



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Rafaela Aprato Menezes

**Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do
residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um
instrumento avaliativo e manual de orientação**

Porto Alegre

2021

Rafaela Aprato Menezes

Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um instrumento avaliativo e manual de orientação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto.

Coorientadora: Profa. Dra. Carmen Vera Giacobbo Daudt.

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional.

Porto Alegre

2021

Catlogação na Publicação

Menezes, Rafaela Aprato

Metodologia de Avaliação por Competências do Residente de Medicina de Família e Comunidade : Qualificando o Processo de Aprendizagem / Rafaela Aprato Menezes. -- 2021.

131 p. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.

Orientador(a): Maria Eugênia Bresolin Pinto ;
coorientador(a): Carmen Vera Giacobbo Daudt.

1. Avaliação médica. 2. Residência médica. 3. Avaliação por Competências. 4. Competência Clínica . 5. Residência de Medicina de Família e Comunidade. I. Título.

Rafaela Aprato Menezes

Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um instrumento avaliativo e manual de orientação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovado em 17 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Prof^a. Dr^a. Maria Amélia Medeiros Mano
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Prof^a. Dr^a. Marta Quintanilha Gomes
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Dr^a. Maria Eugênia Bresolin Pinto (Orientadora)
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Porto Alegre

2021

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus filhos Manuela e Mateus, que foram a força e o motivo para que eu seguisse em frente, mesmo que não compreendessem ou não tivessem a dimensão da importância deles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força de ter seguido até aqui, aquela força que nem mesmo eu acreditava, em alguns momentos, que teria. Transpor todas as situações enfrentadas neste período, incluindo uma pandemia que desestabilizou a todos e trouxe inúmeros questionamentos, só com uma Força Superior.

Agradeço aos meus pais José Paulo e Marilei que sempre foram um exemplo, mostrando que ser íntegro, responsável, estudioso e trabalhador são a forma que temos para obter nossas conquistas de maneira digna.

Agradeço ao Ednei, meu marido, meu companheiro, meu cúmplice, que esteve sempre ao meu lado neste período do mestrado, dando estímulo naquelas longas noites em que o cansaço tomava conta, mas principalmente suprimo muito a minha ausência como mãe, sendo aquele pai-mãe que os pequenos e eu podemos contar sempre.

Agradeço aos meus filhos Manuela e Mateus por compreenderem as ausências da mamãe e darem força nesta etapa e em todos os dias.

Agradeço ao meu irmão Leonardo, pelo orgulho que sente de mim, acarretando uma responsabilidade de nunca o decepcionar.

Agradeço aos demais amigos, colegas e familiares que sempre foram fonte de estímulo.

Agradeço, de forma incondicional, minha orientadora Maria Eugênia, por ser “aquela médica de família e comunidade e preceptora” que sempre desejei ser, com um imenso conhecimento técnico, postura ética e justa; mas acima de tudo, mostrou-se uma orientadora empática e para quem com certeza digo: “Estou aqui graças a forma como tu conduzistes este processo de crescimento profissional.”

Agradeço da forma mais profunda possível a MFC, coorientadora e amiga Carmen, a quem tenho como exemplo por competência profissional e admiração pessoal, por estar junto me dando força durante todo o processo, e não deixando desistir. Imensa gratidão!

Agradeço aos meus colegas do mestrado que foram incansáveis ajudando uns aos outros. Realmente nunca convivi com um grupo tão empático, sem “ vaidades”, aonde o importante era chegarmos todos juntos ao final, mesmo com a pandemia nos afastando do contato presencial. E aqui estamos nós!

Agradeço aos médicos de família e comunidade e residentes que colaboraram na avaliação do material entregue neste mestrado, com colocações extremamente ricas e construtivas. Espero que este trabalho seja importante para o crescimento da nossa especialidade!

Agradeço à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), por me receber de forma tão acolhedora e pela excelência de seu grupo docente.

Agradeço aos residentes de MFC que já preceptorei, por terem sido fonte de inspiração e reflexão para este trabalho.

*Ensinar não é transferir conhecimento,
Mas criar as possibilidades para
A sua produção ou a sua construção.
Quem ensina aprende ao ensinar,
E quem aprende ensina ao aprender.
(FREIRE, 1996, p. 25)*

RESUMO

Introdução: A residência médica (RM), apesar de ser o padrão ouro para a formação especializada do médico ainda apresenta muitas lacunas nas metodologias e processos avaliativos. Trazer o tema da formação médica durante a residência, focando nas questões avaliativas faz-se necessário, visando aprimorar a formação dos preceptores e qualificar a residência de Medicina de Família e Comunidade. O período da residência representa um marco e um amadurecimento profissional e pessoal importantíssimos. Cabe sempre reforçar que a formação durante a RM deve desenvolver atributos técnicos e atributos relacionais, como comportamentos e atitudes, destacando empatia, respeito, compromisso e capacidade de ouvir.

Objetivos: Propor uma metodologia de avaliação formativa para os residentes dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, através da construção de um instrumento de avaliação por competências e um manual de orientações.

Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa e desenvolvimento de um processo avaliativo. Através desta revisão foi estabelecida uma estrutura conceitual sobre avaliação, habilidades e competências, embasamento teórico essencial para construção do instrumento de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade.

Resultados: Nesta dissertação o processo é composto pela construção do instrumento de avaliação, pela construção do manual para o preceptor, considerando cada domínio e subitens, pela organização da metodologia de avaliação, que além da aplicação do instrumento pelo próprio residente e pelo preceptor, consiste em encontros de consenso, onde se estabelecem novas metas a serem atingidas até o próximo momento de avaliação. O instrumento foi construído com base na ampla revisão bibliográfica, considerando as competências a serem desenvolvidas e dominadas no período de formação deste médico, utilizando o Currículo Baseado em Evidências da SBMF, as EPAS, o CRAFT e o CSA canadense.

Conclusão: No Brasil não se tem a cultura de vislumbrar nos sistemas avaliativos formas de crescimento profissional e busca-se, com este trabalho, utilizar o processo avaliativo como momento de formação e de aprendizado. A elaboração deste primeiro Instrumento de Avaliação por Competências do Residente de Medicina de Família e Comunidade e do Manual orientador, no Brasil, propõe-se a ser o início de uma nova forma de abordar a metodologia avaliativa dos residentes de medicina de família e comunidade.

Palavras-chave: Residência médica. Avaliação de desempenho. Instrumento de Avaliação. Competência Clínica. Avaliação Residência de Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency (MR), despite being the gold standard for the specialized training of physicians, still has many gaps in methodologies and evaluation processes. Bringing the topic of medical training during the residency, focusing on evaluative issues is necessary, aiming to improve the training of preceptors and qualify the residency of Family and Community Medicine. The residency period represents a very important professional and personal milestone and maturation. It is always worth emphasizing that training during MR should develop technical attributes and relational attributes, such as behaviors and attitudes, emphasizing empathy, respect, commitment and the ability to listen. **Objectives:** To propose a formative assessment methodology for residents of the Family and Community Medicine Residency Programs, through the construction of an assessment tool by competences and a guidebook. **Methodology:** This is a narrative literature review and development of an evaluation process. Through this review, a conceptual framework was established on assessment, skills and competences, essential theoretical basis for the construction of the assessment instrument by competences of the resident of family and community medicine. **Results:** In this dissertation, the process consists of the construction of the evaluation instrument, the construction of the manual for the preceptor, considering each domain and sub-items, the organization of the evaluation methodology, which in addition to the application of the instrument by the resident and the preceptor, consists of in consensus meetings, where new goals are established to be reached until the next evaluation moment. The instrument was built based on an extensive literature review, considering the skills to be developed and mastered during the training period of this physician, using the SBMF Evidence-Based Curriculum, the EPAS, the CRAFT and the Canadian CSA. **Conclusion:** In Brazil, there is no culture of envisioning forms of professional growth in the evaluation systems and, with this work, we seek to use the evaluation process as a moment of formation and learning. The development of this first Competency Assessment Tool for Family and Community Medicine Residents and the Guidance Manual in Brazil is intended to be the beginning of a new way of approaching the assessment methodology of family and community medicine residents.

Keywords: Medical residency. Performance evaluation. Assessment Tool. Clinical Competence. Evaluation Residency of Family and Community Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Avaliação Formativa Global.....	26
------------	---------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CRAFT	Continuous Reflective Assessment for Training
CSA	Avaliação de Habilidades Clínicas
EPAs	Atividades Profissionais Confiabilizadoras Essenciais para a Prática Médica
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PRMFC	Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS/PMPA	Secretaria Municipal da Saúde / Prefeitura Municipal de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 A RESIDÊNCIA MÉDICA.....	15
2.2 O APRENDIZADO POR COMPETÊNCIAS.....	18
2.3 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS DA SBMFC.....	21
2.4 MODELOS AVALIATIVOS.....	23
2.4.1 EPAS (atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica)	23
2.4.2 CRAFT	23
2.4.3 CSA	24
2.5 MODALIDADES DE AVALIAÇÃO.....	25
2.6 AUTOAVALIAÇÃO.....	27
2.7 AVALIAÇÃO POR CONSENSO.....	27
3 OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GERAL.....	29
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
4 ARTIGO CIENTÍFICO	30
5 RELATÓRIO TÉCNICO DO PRODUTO DO MESTRADO	29
5.1 JUSTIFICATIVA.....	29
5.2 METODOLOGIA.....	30
5.2.1 Tipo de estudo	30
5.2.2 Descrição do processo	30
5.2.3 Desenvolvimento da metodologia	31
5.2.3.1 Desenvolvimento do instrumento de avaliação e manual orientador para o preceptor e autoavaliação do residente	31
5.2.3.2 População Alvo.....	31
5.2.3.3 Tempo para análise do instrumento e do manual e devolutiva.....	32
5.3 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5.4 DESCRIÇÃO DO PRODUTO.....	33
6 RESULTADOS	35
6.1 PRODUTO DO MESTRADO.....	35

6.1.1 Instrumento avaliativo do preceptor ou do residente.....	35
6.1.2 Manual preceptor ou residente.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIA.....	38
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	42
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFCSPA.....	45
ANEXO B – NORMAS DA REVISTA.....	51

1 INTRODUÇÃO

A residência médica, apesar de ser o padrão ouro para a formação especializada do médico, independente da área a seguir, ainda apresenta muitas lacunas nas metodologias e processos de avaliação. Na verdade, existem alguns formatos de avaliação de aprendizagem e dos processos de desenvolvimento das competências, não muito sistematizados, que ficam limitados ao avaliar e não se encontram imbuídos em auxiliar no desenvolvimento e crescimento global desses profissionais egressos das residências médicas.

A formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), seguindo as necessidades da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase em Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, está ganhando cada vez maior importância, com aumento da oferta de vagas de residência. Esse movimento tem desencadeado a necessidade de um número maior de preceptores, com formação adequada para tal. A preocupação com a formação de preceptores, qualificados tanto na ensinagem como nas metodologias de avaliação, tem sido um dos grandes esforços de algumas Universidades e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), promovendo cursos e capacitações nesta área.

Trazer o tema da formação médica durante a residência, focando nas questões avaliativas, é a forma que eu percebo, como preceptora de residência de MFC, de priorizar este estudo ainda deficitário, com vários “gaps”, buscando aprimorar a formação dos preceptores e qualificar a residência de Medicina de Família e Comunidade (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009; MENDES; VIVEIROS, 2018; OCHSMANN *et al.*, 2011).

Nós, como corpo docente, preocupados com a formação dos residentes, ao trabalharmos a avaliação deles devemos ter como foco não somente o conhecimento adquirido (habilidade cognitiva), mas também habilidades de comunicação e profissionalismo, entre outros aspectos relevantes, devendo-se então considerar o conceito das competências. A formação do médico deve buscar como resultado um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, tornando-o capaz de atuar no processo de saúde-doença em diferentes situações e etapas da vida. O planejamento de uma avaliação eficaz no cumprimento de suas funções leva em conta os objetivos educacionais específicos de cada etapa da formação, de acordo com perfil final

desejado de habilidades e competências. A escolha dos métodos deve ser pautada nas finalidades da avaliação, considerando confiabilidade, validade, fidedignidade, viabilidade, aceitabilidade, impacto educacional e efeito catalítico, como atributos indispensáveis a uma boa avaliação (PANÚNCIO-PINTO; DE ALMEIDA TRONCON, 2014). A literatura mostra que a qualidade das conclusões de um processo de avaliação sobre a qualidade do ensino depende da existência de um conjunto de dimensões confiáveis e válidas; no entanto, mostra também que um instrumento bem elaborado é condição necessária, embora não suficiente, para o sucesso de uma pesquisa de avaliação (DE BEM *et al.*, 2011). Na literatura encontramos a definição de confiabilidade como o grau em que uma escala produz resultados consistentes quando se realizam medições repetidas das características em análise; enquanto para outros a validade de um instrumento de medida é o grau com que os indicadores unidimensionais da escala medem com consistência interna as dimensões que foram designadas para medir (MALHOTRA *et. al.*, 2001). Deve-se utilizar indicadores de elevada consistência interna entre os alunos que estão frequentando determinada disciplina, mostrando que há evidência empírica de que cada dimensão do instrumento reflete uma característica importante da qualidade do ensino, ficam evidenciadas as propriedades fundamentais do instrumento de medida, a confiabilidade e validade. Tais propriedades estatísticas, embora mencionadas nos diversos conceitos de avaliação, nem sempre são discutidas cientificamente. Pedhazur e Schmelkin (1991) mostram que uma medida é confiável e válida quando associada com o menor erro possível ao conceito que está sendo medido. Há três categorias de erros que podem estar ligados a uma pesquisa: erros relacionados ao pesquisador, os erros relacionados ao instrumento e aqueles relacionados ao respondente. Os instrumentos podem ter erros de medida relacionados que podem ser reduzidos, através da construção de um instrumento bem planejado. Outra solução é utilizar medidas multivariadas, onde os diversos itens da escala inter-relacionados proporcionam uma medida composta do conceito operacionalizado.

A confiabilidade de consistência interna está relacionada à homogeneidade das respostas dos distintos avaliadores, enquanto a validade está associada ao grau de certeza que se tem sobre o conceito medido. Para Ramos (1987), o tema validade é complexo devido ao caráter indireto da medição,

já que nunca se mede uma variável latente. O que se mede são algumas manifestações do domínio de condutas dos indivíduos. Nesse sentido, fica difícil manifestar se o instrumento é válido ou não válido e, em que grau é válido para medir o que se pretende (DE BEM *et al.*, 2011).

A avaliação de competências clínicas constitui etapa essencial na formação do estudante de Medicina e dos residentes médicos e também deve ser feita pela observação direta do desempenho em situação real. A educação médica baseada em competências está atualmente sendo trabalhada e reforçada na formação profissional, seja na graduação ou na especialização, e conseqüentemente a avaliação também deve acompanhar esta nova abordagem do aprendizado. No entanto, os críticos enfatizam que há ainda uma falta de resultados publicados para educação médica baseada em competências ou ferramentas de avaliação baseadas em competências (LAWRENCE *et al.*, 2018).

Enquanto a qualidade da avaliação formativa se traduz pela validade e pelo contributo que dá para uma ação potenciadora de aprendizagem, primando pela eficácia desta, a qualidade da avaliação somativa é medida por critérios de fidelidade, grau de independência com a pessoa do avaliador, e de validade, medindo realmente ao que se propõe. Não só os critérios de qualidade são distintos, como as inter-relações entre eles também têm naturezas diferentes. Na avaliação somativa, quando pretendemos aumentar o grau de um dos critérios, o efeito sobre os outros é o de redução, diferentemente do que proposto com a avaliação formativa, onde quando aumentamos um, os outros tendem também a aumentar (PONTE NETO *et al.*, 2016; SANTOS, 2016; TRONCON, 2016).

A prática organizada e institucionalizada da avaliação programática do estudante implica a obtenção de inúmeras informações diversificadas sobre o corpo discente, cuja análise pode oferecer respostas para questões relevantes da área educacional. Pode, assim, propiciar a expansão do conhecimento sobre o significado da própria atividade de avaliar, bem como embasar medidas que levem ao aperfeiçoamento dos processos de ensino, aprendizagem e da própria avaliação.

Desenvolver nos residentes a capacidade destes próprios profissionais médicos buscarem individualmente melhoria no seu desempenho profissional

em toda a sua carreira profissional é o que precisamos. Os processos de avaliação e autoavaliação devem ser contínuos e permanentes, passando a constituir uma cultura internalizada de formação profissional, buscando sempre desenvolver as potencialidades individuais. Acreditamos que essa metodologia de avaliação e autoavaliação deve ser algo desenvolvido e praticado durante a formação, descaracterizando o processo avaliativo como algo punitivo ou protocolar, passando a ser algo instrutivo (TRONCON, 2016).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A RESIDÊNCIA MÉDICA

A Residência Médica (RM) é definida como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por formação em serviço, que ocorre em estruturas de saúde, como unidades de saúde ou hospitais, sob a orientação de profissionais médicos com reconhecida capacidade e experiência em determinada especialidade. A importância da RM para a qualificação dos profissionais médicos egressos dos cursos de graduação é reconhecida pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), a qual concluiu, após estudos, que a Residência Médica se incorporou como uma continuidade natural da graduação, já que boa parte dos médicos que se formam ingressam em programas de residência, procurando uma especialização para complementar sua formação. A residência é caracterizada pela aprendizagem em serviço, ou seja, formação em serviço durante a prática em um cenário em que os residentes ocupam papel misto como profissional assistencial e docente, não podendo deixar de focar no ensino e aprendizagem. Portanto, é crucial equilibrar durante a formação na residência médica o ensino, a aprendizagem e a assistência à saúde, algo que não vemos ainda na nossa prática (FILHO *et al.*, 2018).

Quando a residência médica é reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) como um processo educacional, com objetivos de aprendizagem definidos, fica clara a necessidade de uma avaliação deste processo. Considerando que a Residência é formação em serviço que ocorre num momento específico da Educação Médica. Isto ocorre geralmente quando o médico recém-formado vai se aperfeiçoar no exercício da profissão, e devemos considerar que a estruturação do ensino-aprendizagem deve ser feita baseada na complexidade da educação médica (MEIER; GRUENNER; COONEY, 2016).

A educação médica de pós-graduação transforma estudantes de medicina em médicos especialistas que cuidam do paciente, da família e de uma comunidade diversificada; criar e integrar novos conhecimentos na prática; e educar as gerações futuras de médicos para servir o público. Os padrões de prática estabelecidos durante o ensino médico de pós-graduação persistem muitos anos depois. A

educação médica de pós-graduação tem como princípio básico a autoridade e a responsabilidade graduadas pelo atendimento ao paciente. O atendimento aos pacientes é realizado com a supervisão adequada do corpo docente e independência condicional, permitindo que os residentes obtenham o conhecimento, habilidades, atitudes e empatia exigidos pela prática autônoma. (MEIER; GRUESSNER; COONEY, 2016, p. 153)

Alguns modelos conceituais de aprendizado mostram que existe uma forte relação entre a motivação para tal e as estratégias de estimular este desejo, considerando o contexto em que o aprendizado ocorre. Sabemos que as metodologias de aprendizado onde se busca a aproximação do aprendizado e resultados nas avaliações, primando pelo aprendizado integrado e mais afetuoso, com uma aproximação menos superficial, não baseada na simples memorização, trazem resultados melhores, mais efetivos e satisfatórios. O desejo intrínseco de aprender deve ser estimulado, através de práticas onde o entendimento integral e pessoal sejam os vetores para essa busca pela melhoria do desempenho, já que o estudar, o aprender e o questionar devem fazer parte do médico durante todo o seu período de exercício profissional. Interessante lembrar que sensação de estresse no trabalho pode estar ligada a formas desorganizadas de sistematizar o aprendizado, destacando também ser este um dos problemas das evasões das vagas da residência de MFC (SKARE, 2012).

Ao ingressar na residência médica, além da busca por um aperfeiçoamento de competências adquiridas durante a graduação, o crescimento da responsabilidade pelos atos profissionais, o desenvolvimento da capacidade de ter iniciativas, fazer julgamentos e avaliações, assim como o aprofundamento de questões éticas são aspectos relevantes. O período da residência representa um marco e um amadurecimento profissional e pessoal importantíssimos. Considerando estes aspectos, sabemos que o processo de ensino-aprendizagem é ainda muito superficial, deixando pontos importantes do desenvolvimento sem serem considerados. Ao estudar a RM ainda ficamos restritos a levantamentos sobre a titulação do corpo docente, condições de trabalho dos residentes e organização dos programas de residência. Cabe sempre reforçar que a formação durante a RM deve desenvolver atributos técnicos e atributos relacionais, como comportamentos e atitudes, destacando empatia, respeito, compromisso e capacidade de ouvir. Existe uma grande preocupação de quem estuda a aprendizagem e a avaliação na RM que o

médico residente não seja considerado “um médico barato para agilizar o serviço”. Está é uma forma de desvirtuar e desqualificar esse período de formação e aperfeiçoamento, que fica muito clara quando analisamos a pequena importância que alguns programas dão aos processos estabelecidos de aprendizagem-avaliação (LOCHNAN *et al.*, 2020).

A ensinagem na residência médica parece algo simples, visto que estamos tratando com médicos já formados e com recursos técnicos já adquiridos, conforme supomos. No entanto, existem inúmeros aspectos a serem avaliados na relação médico-paciente. A metodologia de avaliação deve contemplar essas peculiaridades para auxiliar na aprendizagem (BOTTI; REGO, 2010).

Então, como acontece o raciocínio que constrói as decisões clínicas e leva aos comportamentos e atitudes? Como se ensina e como se aprende essas competências e atributos durante a residência? E em um último nível, como se avalia a aquisição de tais habilidades e competências?

Durante a residência, a aprendizagem deve ser significativa, com seus objetivos bem explícitos, para que possa motivar o residente. Falando sobre educação em geral, Simon afirma que a motivação pode vir da descoberta, do deixar descobrir. E que o oferecimento de um ambiente no qual novos conhecimentos e habilidades são obtidos regularmente é um ponto essencial. Um bom caminho a seguir é, então, orientar o médico recém-formado a fazer sucessivas descobertas e ofertar exemplos que o façam perceber a existência de alguns padrões, para tomar atitudes pertinentes; e deixar bem claros os objetivos da aprendizagem. (BOTTI; REGO, 2010, p.133).

Outro dilema nesta etapa é a escolha da especialidade médica, pois é aí que rumos de sua carreira médica e pessoal irão tomar forma e serão importantes para a tomada de decisão. Sabe-se que a pressão da seleção para a residência médica e a definição de um currículo paralelo precocemente restrito colocam a escolha da especialidade como fonte de angústia e direcionamento da formação já no início do ciclo acadêmico, o que prejudica de forma importante a formação na graduação médica. Na esfera coletiva, é um desafio permanente e global conciliar as necessidades de saúde da população, que implicam um contingente amplo e bem distribuído de profissionais em algumas áreas, como Médico de Família e Comunidade, assim como com as escolhas pessoais e oportunidades a cada médico recém-formado (CAIRES *et al.*, 2017; LOCHNAN *et al.*, 2020).

2.2 O APRENDIZADO POR COMPETÊNCIAS

O conceito de habilidade está intimamente relacionado com a aptidão para cumprir uma tarefa específica com um determinado nível de destreza. Competência e habilidade são dois conceitos que estão relacionados. A habilidade é conseguir pôr em prática as teorias e conceitos mentais que foram adquiridos, enquanto a competência é mais ampla e consiste na junção e coordenação de conhecimentos, atitudes e habilidades. Define-se competência, para fins da formação médica, uma estrutura conceitual que descreve os domínios necessários para que um médico se torne confiável e capaz na prática autônoma, aprimorando as habilidades desenvolvidas. Essas competências são essenciais para a atividade adequada de todos os médicos, embora as especificidades sejam mais definidas por cada especialidade. As trajetórias de desenvolvimento em cada uma das competências são articuladas através dos marcos para cada especialidade.

Como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, de atitudes e psicomotores. (FREITAS; RIBEIRO; BARATA, 2018, p.3).

Quando estamos organizando o aprendizado baseado em competências, a relação médico-preceptor deve ser muito cordial e preservar o equilíbrio na relação entre autonomia e a relação com o preceptor. O aprendizado do médico residente deve ser progressivo e abordar situações reais em serviço, problematização teórico-crítica e desenvolvimento de vínculos com as pessoas sob seu cuidado.

São considerados os seguintes domínios de competência para organização dos projetos pedagógicos dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade:

- I - Competências prévias;
- II - Competências essenciais;
- III - Competências desejadas; e
- IV - Competências avançadas.

(BRASIL; SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2015).

O objetivo do currículo baseado em competências é formar médicos capazes de exercer a medicina com base em domínios bem definidos, garantindo atendimentos de alta qualidade, buscando sempre a segurança do paciente. Os resultados a serem obtidos são os responsáveis por coordenar o processo educacional. Para que isso ocorra, precisa-se de infraestrutura adequada para aprendizado, avaliação e feedbacks contínuos, para que ao longo da residência médica sejam percebidas e desenvolvidas as modificações e melhorias. Trabalhar com as competências descritas visa também desenvolver no médico esta busca pelo aprendizado constante, como descrito na literatura, um “*continuum de desenvolvimento*”, onde ele consiga identificar qual aspecto precisa ser melhorado, promovendo a autonomia progressiva de aprendizado (CATE; CARRACCIO, 2019).

Quando trabalhamos com currículo por competências, primeiro identificam-se os resultados, onde se deseja chegar, e conseqüentemente o processo para que isso ocorra. O enfoque principal é o aprendizado do educando e não o conteúdo a ser ensinado. A relação entre o professor e o aprendiz é que organizará o fluxo do aprendizado, sem reforçar a relação de hierarquia educacional. Os currículos buscam, através de situações práticas, trabalhar conteúdos necessários para o desenvolvimento do aluno.

As práticas educacionais procuram refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos. (SANTOS, 2011, p. 87).

A competência profissional é multidimensional, estando composta de vários aspectos importantes, como: cognitivos, técnicos, afetivos, relacionais, integrativos e contextuais.

A dimensão cognitiva está relacionada com a aquisição e aplicação do conhecimento científico adquirido para a solução de problemas relativos à execução do trabalho profissional. Aqui estamos falando de ciências básicas, clínicas e sociais, aliado à capacidade de análise dessas aquisições, reforçando a capacidade de exercer a Medicina Baseada em Evidências. Na dimensão cognitiva, o aluno também deve ser capaz de identificar as lacunas do seu conhecimento técnico e comprometer-se a aprender e estudar, acompanhando

as modificações vindas da evolução da ciência. A dimensão técnica é um dos domínios mais específicos, descrita como habilidade no exame físico e realização de procedimentos. A dimensão relacional é a habilidade de estabelecer relações interpessoais com pacientes, familiares, colegas, entre outros. Aqui estamos falando de habilidades de comunicação, tão importante na Medicina de Família e Comunidade, e tantas vezes pouco trabalhada como um aspecto a ser ensinado e aprendido. A habilidade de comunicação inclui a comunicação verbal, não verbal, paraverbal e comunicação escrita. É importante reforçar a questão da escuta ativa e do respeito nas relações. A dimensão afetiva está relacionada a valores morais e éticos do exercício da medicina, onde será demonstrada a compreensão, a empatia e a resiliência. A forma respeitosa de tratar as pessoas, de forma íntegra e dedicada, com um compromisso incessante de crescimento profissional, utilizando-se do autoconhecimento e da avaliação / reconhecimentos dos próprios erros, para se qualificar como profissional. A dimensão integrativa é composta pelo uso adequado das informações adquiridas durante o processo de formação, considerando raciocínio clínico, biológico, humanístico e social, facilitando o processo de elaboração da hipótese diagnóstica neste amplo conceito de saúde. O julgamento clínico e a tomada de decisão estão dentro desta dimensão. A dimensão contextual contempla a prática profissional dentro do contexto em que se encontra, considerando as potencialidades do profissional e as limitações funcionais e estruturais de onde se está atuando. É essencial a compreensão do sistema de saúde, da organização em que se está trabalhando, dos fluxos de trabalho, diretrizes, protocolos, organograma institucional, a fim de ser o mais custo-efetivo para o sistema e resolutivo para o paciente. Compreender as práticas de atenção integral à saúde, considerando recursos individuais, familiares e comunitários. Conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser entendidos como elementos formadores da competência, que darão suporte à prática eficiente e efetiva da prática médica, considerado um dado contexto do exercício profissional (BEN *et al.*, 2017; BORGES COSTA *et al.*, 2018; NEUMANN *et al.*, 2019).

2.3 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E CURRÍCULO BASEADO EM COMPETÊNCIAS DA SBMFC

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica que atende as pessoas ao longo de suas vidas, independentemente de gênero, idade ou possível doença. Reúne ações de promoção e recuperação da saúde em situações agudas ou crônicas. Nesta especialidade, estão sempre influenciando a interação e integração de muitos aspectos, como por exemplo:

1. O médico cuida de pessoas, o que implica ter em conta vários sistemas interrelacionados: individual, familiar, organizacional, sistema comunitário;

2. Cada problema pode apresentar-se de forma indiferenciada, aguda ou com evolução prolongada, com vários determinantes associados, por vezes não relacionáveis com doença orgânica identificável;

3. Frequentemente, coexistem vários problemas na mesma pessoa com os mais diversos graus de interação entre eles, com os resultados os mais variados possíveis;

4. Os estilos de vida e interferências ambientais estão sempre presentes, estando permeáveis em todas as respostas nas condições de saúde;

5. A adesão terapêutica implica a participação e o envolvimento ativo da própria pessoa. Em muitas situações, o tratamento não se restringe a fármacos, mas estão relacionados com relações interpessoais, familiares, laborais, influenciando na complexidade dos casos (MARIA *et al.*, 2007; NEUMANN *et al.*, 2019; ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família iniciou a construção do currículo brasileiro baseado em competências para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, com o auxílio de consultores canadenses da Universidade de Toronto. A construção deste currículo ganhou estruturação e foi organizado por campos e áreas de competência. Os temas foram então categorizados em “domínios” e, para cada um desses, foram elaboradas competências a serem adquiridas e desenvolvidas durante a residência médica, sendo divididas em 4 grupos: pré-requisito, essencial, desejável e avançado. (BORGES COSTA *et al.*, 2018). Quanto aos níveis destes 4 grupos, podem ser definidos da seguinte forma:

Pré-requisito: O que se espera em termos de competência de um profissional antes de entrar na residência.

Essenciais: O que se espera de competências para todo residente ao fim de seu processo de formação como especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Desejáveis: O que se espera de um residente diferenciado que consiga avançar para além das competências essenciais.

Avançadas: O que se espera de um profissional que tenha adquirido uma proficiência em uma área de atuação específica dentro do campo de atuação de um MFC. São competências a serem alcançadas usualmente após o término da residência e muitas vezes demandam outras formações específicas.

2.4 MODELOS DE AVALIAÇÃO

2.4.1 EPAs (atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica)

Conceitualmente, as EPAs são atividades profissionais que são adequadas para o desenvolvimento do processo de confiabilização do estudante de medicina, criadas inicialmente para os graduandos. Existem várias publicações reforçando este conceito, onde fica muito evidente que EPAs estão relacionadas a processos longitudinais e complexos da relação do processo de ensino-aprendizagem-avaliação que levam a acreditar que determinado estudante está apto e pode assumir a responsabilidade de tal atividade profissional (MARIA *et al.*, 2007; SCHMITT; DOMINGUES, 2016).

Os currículos baseados em competências e resultados são projetados para melhorar a avaliação de alunos de graduação e residência em domínios amplos, como profissionalismo, comunicação ou conhecimento médico. Na prática, graduar os alunos em escalas de competências tem sido considerada uma tarefa difícil, mesmo utilizando os marcos de desenvolvimento. Até o final da formação em serviço, os programas devem garantir que os residentes possam oferecer cuidados de alta qualidade e seguros sem supervisão. Dessa forma, pode-se utilizar decisões baseadas na confiança de se realizar uma EPA a fim de refletir em qual estágio de um contínuo de desenvolvimento de competências um aprendiz está (BORGES COSTA *et al.*, 2018; NEUMANN *et al.*, 2019).

2.4.2 CRAFT

CRAFT (*Continuous Reflective Assessment for Training*) é um modelo canadense de avaliação programática que define os padrões para a formação, treinamento e a certificação de Médicos de Família e Comunidade, garantindo dessa forma aos canadenses a qualificação dos MFC que estão lhes atendendo, avaliando sua competência para a prática da profissão. Os programas de residência locais têm uma grande preocupação e responsabilidade em garantir a atuação dos médicos formados nas suas instituições. Esses serviços conhecem bem o nível da avaliação em formação, considerando habilidades e competências. A avaliação é complexa, onde são considerados vários contextos, considerando a formação generalista a que a residência se propõe. A avaliação reflexiva contínua na formação explica claramente “o quê”, “como” e “por que” existe a avaliação, fornecendo uma descrição aprofundada dos objetivos e do modelo, integrado com a formação da pós-graduação (LAWRENCE *et al.*, 2018).

CRAFT utiliza métodos não padronizados de avaliação local, associado a princípios construtivistas e avaliação formativa, utilizadas na aprendizagem de adultos. Considero um destaque neste modelo de avaliação a autorreflexão guiada, como um componente crítico das habilidades do profissional em desenvolvimento. A metodologia reúne todas as ferramentas e fornece descrições e *feedbacks* ricos, embasados em um suporte teórico. São utilizadas avaliações de campo, avaliações observacionais, *feedback*, avaliação de prontuários, documentos e um grande conjunto de formas de avaliação que subsidiam esta revisão periódica guiada. Os residentes são afetados pelos resultados da avaliação, sendo então estabelecido um “plano de desenvolvimento” personalizado ao que ainda não tiver sido satisfatoriamente desenvolvido em cada situação. Eles serão sempre estimulados a participar de atividades reflexivas juntamente com as aprendizagens práticas ao longo da vida profissional. O objetivo é promover não apenas a competência no momento da residência, mas seguir desenvolvendo as habilidades ao longo da prática médica. Problema esse muito comum entre profissionais da saúde. Os residentes devem participar plenamente da busca de dados, identificando suas próprias lacunas e desenvolvendo planos de aprendizado.

Os objetivos dos programas são garantir que residentes competentes se formem, identificar e corrigir os residentes que ainda não são

competentes, e sustentar que não se formem aqueles que não são competentes nem remediáveis. (LAWRENCE *et al.*, 2018).

2.4.3 CSA

CSA (*Clinical Skills Assessment*) é o sistema de Avaliação de Habilidades Clínicas inglês, que testa a capacidade e habilidade do médico generalista de coletar informações e de aplicar conhecimentos adquiridos no processo de aprendizagem, com a medicina centrada na pessoa, dentro do seu contexto. Avalia-se a capacidade de tomar decisões baseadas em evidências e comunicar-se de forma efetiva e habilidosa com pacientes, familiares e colegas. A avaliação fica centrada na capacidade de integrar todos os conhecimentos adquiridos, nos diferentes aspectos a considerar.

O modelo adotada parte de uma grande variedade de casos clínicos complexos, onde alguns são apresentados a cada médico, para avaliar todo o processo, desde habilidade de comunicação, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, diagnósticos diferenciais, exames complementares, rede de apoio, tratamento, seguimento, orientações, prevenção, entre outros.

Como o CSA busca testar habilidades em várias áreas clínicas, surgem casos que contemplam situações mais comuns como doenças cardiovasculares, pulmonares, endocrinológicas, saúde mental, entre outras, assim como alguns casos clínicos de áreas menos comuns, como oftalmologia, otorrinolaringologia, genética. Aparecem também situações clínicas envolvendo o trabalho em equipe, a rede de apoio, contextos sociais são abordados, não ficando a APS restrita a problemas clínicos. (HABILIDADES; CSA, 2020; RCGP, 2016).

2.5 MODALIDADES DE AVALIAÇÃO

Existem 3 modalidades de avaliação fundamentais e básicos: avaliação diagnóstica, somativa e formativa. A avaliação diagnóstica busca identificar se os alunos adquiriram conhecimentos básicos e necessários para a continuidade do aprendizado, sendo relevante a organização do aprendizado de forma sequencial e de aprofundamento. Aqui, consideramos então os pré-requisitos, falados anteriormente, na construção do Currículo Baseado em Competências da SBMFC. Ao trabalharmos com residentes médicos, partimos do pressuposto que alguns conhecimentos já estão adquiridos e consolidados.

A avaliação somativa geralmente é mais pontual, utilizando um instrumento específico de análise de aquisição de conhecimento, geralmente técnico. Por exemplo, a prova escrita permite verificar o domínio cognitivo adquirido em determinado período.

A avaliação formativa é aquela que ocorre durante o período de aprendizagem, que busca identificar se os conhecimentos e habilidades estão sendo adquiridos gradativamente. Neste sentido, é importante considerar que os alunos progredirão se compreenderem suas possibilidades e fragilidades, e forem auxiliados na construção de um plano de melhoria das competências. (MEIER; GRUENNER; COONEY, 2016).

Figura 1 – Avaliação formativa global



Fonte: Carlos Eduardo Aragão. <https://br.pinterest.com/pin/479422322809210311/>

Métodos de avaliação são importantes tanto para qualificação de desempenho dos residentes quanto para melhoria dos serviços e do cuidado aos pacientes. Muitos sistemas avaliativos já foram propostos baseados em medidas educacionais tradicionais, tais como taxas de aprovação de provas de título ou processos de certificação, métodos qualitativos baseados na avaliação de satisfação de pacientes e no escopo de habilidades dos residentes, como a combinação dessas duas abordagens, mas sempre se percebeu que estas não

eram formas suficientemente adequadas para avaliar a formação dos residentes na sua magnitude e complexidade.

Existem vários instrumentos já validados para avaliação de residentes que podem ser utilizados, mas com limitações, principalmente na questão da avaliação de domínios e acompanhamento longitudinal do desenvolvimento de aprendizado. Cabe destacar aqui: 1. Portfólio (bastante utilizado para avaliação médica, na graduação); 2. OSCE - *Objective Structured Clinical Examination* - bastante utilizado na área médica, avalia o desempenho do estudante em situações delimitadas, com roteiro preestabelecido (*checklists*), podendo haver interação com paciente simulado ou recursos didáticos; 3. *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-Cex), consiste numa observação estruturada de diversos itens de atitudes e habilidades, seguida de *feedback* e com duração total de 20-30 minutos. Ele pode ser repetido várias vezes para o mesmo aluno, podendo constituir uma avaliação complementar dentro de um conjunto de instrumentos e processos avaliativos; 4. Avaliação 360° - A avaliação por pares e outros integrantes da equipe tem sido apontada como um importante indicador de desempenho, sendo considerada consistente e confiável, fornecendo informações que não poderiam ser identificadas por métodos tradicionais de avaliação. A opinião de um colega muitas vezes pode provocar um processo reflexivo e desencadear mudanças positivas comportamentais, principalmente na área das competências humanísticas.

2.6 AUTOAVALIAÇÃO

Sabe-se que a autoavaliação proporciona uma forma de enxergar a situação não observada por nenhum outro instrumento. Além de facilitar o autoconhecimento, auxilia com a reflexão sobre a realidade do local de trabalho, sobre nossas perspectivas, sobre o nosso empenho e desempenho, sobre as relações interpessoais. Este método auxilia na sistematização mais consistente do desenvolvimento de aprendizagem, quando se utiliza de uma padronização e busca verdadeira das limitações. Conseguir ao mesmo tempo avaliar-se de forma adequada, sem achar que faz tudo da melhor maneira possível e nem do pior modo, ajuda a não produzir resultados muito limitados (JESUS; BEDRITICHUK, 2018; VENTURA *et al.*, 2009). A prática da autoavaliação está

associada também ao processo de construção da própria autonomia profissional, com melhorias no processo pedagógico e na organização.

2.7 AVALIAÇÃO POR CONSENSO

O trabalho de avaliação desenvolvido através de encontros de consenso geralmente é indicado quando não existe unanimidade de opinião sobre determinada questão, seja por falta de subsídios sobre determinado assunto, seja por incongruência de avaliações. Costumam ser aplicados para resolver, por exemplo, incoerências entre resultados de estudos publicados e as suas potencialidades, sendo mais bem aproveitados na avaliação qualitativa das evidências. No campo da saúde, são utilizados tanto para a prática clínica como para problemas em serviços de saúde. Conceitualmente, a avaliação de consenso consiste em fazer julgamento de valor a respeito de intervenções ou de seus componentes, para subsidiar a tomada de decisões, por meio de dispositivo que possa fornecer informações válidas e legítimas (DA SILVA SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Neste projeto, o Encontro de Consenso servirá para preceptor e residente não fazerem julgamento de valor, mas para ajustarem os domínios que mostrarem diferenças de avaliação e reflitam sobre a questão, construindo um planejamento de melhoria e qualificação do aprendizado. Desta forma, ao final do período da residência, teremos desenvolvido uma metodologia reflexiva, investigativa, contínua, participativa e negociada, devendo ser ancorada em uma relação preceptor-residente democrática, dialogada e de reciprocidade (LOURDES *et al.*, [s. d.]).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor uma metodologia de avaliação formativa para os residentes dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade, através da construção de um instrumento de avaliação por competências e um manual de orientações.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar, através da sistematização, os métodos mais utilizados para avaliação na formação dos médicos, desde a graduação até a residência médica, com especial foco no médico de família e comunidade.
- Aprimorar o instrumento de avaliação por competências desenvolvido através da avaliação de médicos de família e comunidade com *expertise* em preceptoria e residentes de MFC durante seu período de formação.
- Desenvolver a metodologia de avaliação do residente utilizando este instrumento.
- Elaborar um manual com orientações sobre a metodologia de avaliação para os preceptores dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC).

4 ARTIGO CIENTÍFICO

REVISÃO DE MÉTODOS AVALIATIVOS POR COMPETÊNCIAS PARA CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

REVIEW ON COMPETENCE ASSESSMENT FOR CONSTRUCTION OF AN INSTRUMENT FOR RESIDENCE IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

Rafaela Aprato Menezes

Maria Eugênia Bresolin Pinto

Carmen Vera G. Daudt

RESUMO

Introdução: A residência médica, apesar de ser o padrão ouro para a formação especializada do médico, ainda apresenta muitas lacunas nas metodologias e processos de avaliação, independente da especialidade. Trazer o tema da formação médica durante a residência, focando nas questões avaliativas, é a forma de priorizar este estudo ainda deficitário, buscando aprimorar a formação dos preceptores e qualificar a residência de medicina de família e comunidade. **Objetivos:** Revisar a literatura de forma sistematizada sobre avaliação na formação do médico, desde a graduação até a residência médica, com especial foco no médico de família e comunidade. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, Através desta revisão foi estabelecida uma estrutura conceitual sobre avaliação, habilidade e competências, embasamento teórico essencial para construção futura de um instrumento de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade. **Resultado:** A literatura médica mostra que existe uma preocupação com a formação dos Médicos de Família e Comunidade, pois a tendência revela que a formação está mais aprofundada e específica em algumas áreas, mas o escopo de atividades está ficando mais restrito, o que não é o esperado e desejado para um médico de família e comunidade, focado no atendimento da APS. A revisão trouxe como principais métodos avaliativos de estudantes de medicina, com uma proposta de avaliação formativa, seja na graduação ou na pós-graduação, no Brasil e demais países, as EPAS (Atividades Profissionais Confiabilizadoras Essenciais para a Prática Médica), CRAFT (*Continuous Reflective Assessment for Training*), CSA (*Clinical Skills Assessment*), além da orientação dada pelo Currículo Baseado em Competências da SBMFC. **Conclusão:** A pesquisa evidencia a necessidade de desenvolvimento de uma metodologia de avaliação para residentes de medicina de família e comunidade no Brasil, onde os domínios sejam abordados considerando as características específicas dos Programas de Residência, olhando a formação especializada em sua integralidade. Métodos de avaliação são importantes tanto para qualificação de desempenho dos residentes quanto para melhoria dos serviços e do

cuidado aos pacientes, mas percebe-se que no Brasil ainda não existe uma metodologia suficientemente adequada para avaliar a formação dos residentes de MFC na sua magnitude e complexidade.

Palavras-chave: Residência médica, Avaliação de desempenho, Avaliação Educacional, Competência Clínica.

ABSTRACT

Introduction: Medical residency, despite being the gold standard for specialized medical training, still has many gaps in assessment methodologies and processes, regardless of the specialty. Bringing the theme of medical training during residency, focusing on evaluative issues, is the way to prioritize this still deficient study, seeking to improve the training of preceptors and qualify the residency in family and community medicine. **Objectives:** To review the literature in a systematic way on the assessment of physician education, from graduation to medical residency, with a special focus on family and community physicians. **Method:** This is a narrative literature review. Through this review, a conceptual framework was established on assessment, skills and competences, an essential theoretical basis for the future construction of an assessment instrument by competences of the resident of family and community medicine. **Result:** The medical literature shows that there is a concern with the training of Family and Community Doctors, as the trend reveals that training is more in-depth and specific in some areas, but the scope of activities is becoming more restricted, which is not the expected and desired for a family and community doctor, focused on PHC care. The review brought as the main assessment methods for medical students, with a proposal for formative assessment, whether in undergraduate or graduate studies, in Brazil and other countries, the EPAS (Entrustable Professional Activities), CRAFT (Continuous Reflective Assessment for Training), CSA (Clinical Skills Assessment), in addition to the guidance given by the SBMFC Competency-Based Curriculum. **Conclusion:** The research highlights the need to develop an assessment methodology for residents of family and community medicine in Brazil, where the domains are addressed considering the specific characteristics of the Residency Programs, looking at specialized training in its entirety. Assessment methods are important both for qualifying the performance of residents and for improving services and patient care, but it is clear that in Brazil there is still no sufficiently adequate methodology to assess the training of FCM residents in its magnitude and complexity.

Key-words: educational measurement, self assessment, clinical competency

INTRODUÇÃO:

A residência médica, apesar de ser o padrão ouro para a formação especializada do médico, independente da área a seguir, ainda apresenta muitas lacunas nas metodologias e processos de avaliação. Na verdade, existem alguns formatos de avaliação de aprendizagem e de processos de desenvolvimento das competências, não muito sistematizados, principalmente dos residentes, que ficam limitados ao avaliar e não se encontram imbuídos em auxiliar no desenvolvimento e crescimento global desses profissionais egressos da pós-graduação.

A formação em Medicina de Família e Comunidade, seguindo as necessidades da organização do SUS, com ênfase em APS no Brasil, está ganhando uma dimensão maior, com aumento da oferta de vagas de residência. Esse movimento tem desencadeado a necessidade de um número maior de preceptores, com formação adequada para tal. A preocupação com a formação de preceptores, qualificados tanto na ensinagem como nas metodologias de avaliação, tem sido um dos grandes esforços de Universidades e da SBMFC, promovendo cursos e capacitações nesta área.

Trazer o tema da formação médica durante a residência, focando nas questões avaliativas, é a forma de priorizar este estudo ainda deficitário, buscando aprimorar a formação dos preceptores e qualificar a residência de Medicina de Família e Comunidade^{2,4}. Ao trabalharmos a avaliação de residentes deve-se ter uma preocupação além somente do conhecimento adquirido (habilidade cognitiva), mas também habilidades de comunicação e profissionalismo devem ser considerados, entre outros aspectos relevantes, considerando o desenvolvimento de competências. A formação do MFC deve buscar como resultado um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, tornando-o capaz de atuar no processo de saúde-doença em diferentes situações e etapas da vida. O planejamento de uma avaliação eficaz no cumprimento de suas funções leva em conta os objetivos educacionais específicos de cada etapa da formação, de acordo com perfil final desejado de habilidades e competências. A escolha dos métodos deve ser pautada nas finalidades da avaliação, considerando confiabilidade, validade, fidedignidade, viabilidade, aceitabilidade, impacto educacional e efeito catalítico, como atributos indispensáveis a uma boa avaliação⁵. A literatura mostra que a qualidade das conclusões de um processo de avaliação sobre a qualidade do ensino depende da existência de um conjunto de dimensões confiáveis e válidas; no entanto, mostra também que um instrumento bem elaborado é condição necessária, embora não suficiente, para o sucesso de uma pesquisa de avaliação⁶. Na literatura encontramos a definição de confiabilidade como o grau em que uma escala produz resultados consistentes quando se realizam medições repetidas das características em análise; enquanto para outros a validade de um instrumento de medida é o grau com que os indicadores unidimensionais da escala medem com consistência interna as dimensões que foram designadas para medir^{7,8}. Deve-se utilizar indicativos de elevada consistência interna entre os alunos que estão frequentando determinada disciplina, mostrando que há evidência empírica de que cada dimensão do instrumento reflete uma característica importante da qualidade do ensino, ficam evidenciadas as propriedades

fundamentais do instrumento de medida, a confiabilidade e validade. Tais propriedades estatísticas, embora mencionadas nos diversos conceitos de avaliação, nem sempre são discutidas cientificamente. Pedhazur e Schmelkin (1991) mostram que uma medida é confiável e válida quando associada com o menor erro possível ao conceito que está sendo medido⁶. Há três categorias de erros que podem estar ligados a uma pesquisa: erros relacionados ao pesquisador, os erros relacionados ao instrumento e aqueles relacionados ao respondente. Os erros de medida relacionados ao instrumento podem ser reduzidos, principalmente pela construção de instrumento de medida bem planejado. Uma solução é optar por medições multivariadas, em que diversos itens da escala inter-relacionados proporcionam uma medida composta do conceito operacionalizado. Segundo Hair et al (1999), o uso de vários indicadores inter-relacionados proporciona uma medição do conceito numa perspectiva mais completa^{9,6}.

A confiabilidade de consistência interna está relacionada à homogeneidade das respostas dos distintos avaliadores, enquanto a validade está associada ao grau de certeza que se tem sobre o conceito medido. Para muitos autores, o tema validade é complexo devido ao caráter indireto da medição, já que nunca se mede uma variável latente. O que se mede são algumas manifestações do domínio de condutas dos indivíduos. Nesse sentido, fica difícil manifestar se o instrumento é válido ou não válido e, em que grau é válido para medir o que se pretende⁶.

A avaliação de competências clínicas constitui etapa essencial na formação do estudante de Medicina e dos residentes médicos e também deve ser feita pela observação direta do desempenho em situação real. A educação médica baseada em competências está atualmente sendo trabalhada e reforçada na formação profissional, seja na graduação ou na especialização, e conseqüentemente a avaliação também deve acompanhar esta nova abordagem do aprendizado. No entanto, os críticos enfatizam que há ainda uma falta de resultados publicados para educação médica baseada em competências ou ferramentas de avaliação baseadas em competências¹⁰.

Enquanto a qualidade da avaliação formativa se traduz pela validade e pelo contributo que dá para uma ação potenciadora de aprendizagem, primando pela eficácia desta, a qualidade da avaliação somativa é medida por critérios de fidelidade, grau de independência com a pessoa do avaliador, e de validade, medindo realmente ao que se propõe. Não só os critérios de qualidade são distintos, como as inter-relações entre eles também têm naturezas diferentes. Na avaliação somativa, quando pretendemos aumentar o grau de um dos critérios, o efeito sobre os outros é o de redução, diferentemente do que proposto com a avaliação formativa, onde quando aumentamos um, os outros tendem também a aumentar^{11,12,13}.

A prática organizada e institucionalizada da avaliação programática do estudante implica a obtenção de inúmeras informações diversificadas sobre o corpo discente, cuja análise pode oferecer respostas para questões relevantes da área educacional. Pode, assim, propiciar a expansão do conhecimento sobre o significado da própria atividade de avaliar, bem como embasar medidas que levem ao aperfeiçoamento dos processos de ensino, aprendizagem e da própria avaliação. Desenvolver nos residentes a capacidade destes profissionais médicos buscarem

individualmente melhora no seu desempenho profissional em toda a sua carreira profissional é o que precisamos trabalhar. Os processos de avaliação e autoavaliação devem ser contínuos e permanentes, passando a constituir uma cultura internalizada de formação profissional, buscando sempre desenvolver as potencialidades individuais. Acreditamos que essa metodologia de avaliação e autoavaliação deve ser algo desenvolvido e praticado durante a formação, descaracterizando o processo avaliativo como algo punitivo ou protocolar, passando a ser algo instrutivo¹³.

MÉTODO:

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa, através da qual foi estabelecida uma estrutura conceitual sobre avaliação, habilidade e competências no ensino médico, embasamento teórico essencial para construção futura de um instrumento de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade. Com esta bibliografia foi possível elaborar a estrutura conceitual de um instrumento avaliativo de residentes de medicina de família e comunidade e o manual de orientação, além da estruturação deste, estabelecendo domínios e subitens a serem avaliados e criando a escala de resposta, servindo para validação de constructo.

Este artigo trata de uma ampla revisão da literatura onde os seguintes DeCs/MeSHs foram utilizados: residência médica, intership, residency, educational measurement, avaliação educacional, autoavaliação, self-assessment, self-assessment program, clinical competency. A revisão narrativa também utilizou conceitos trabalhados no material das EPAs (Entrustable Professional Activities) / Atividades Profissionais Confiabilizadoras Essenciais para a Prática Médica, recentemente elaborado em parceria UFRGS/ UFCSPA, assim como materiais desenvolvidos pelo Royal College of General Practitioners sobre avaliação de habilidades clínicas (CSA) e material do exame de qualificação do Conselho do Canadá (OSCE). Os bancos de dados e portais pesquisados foram: BVS Brasil, LILACS, Periódicos da CAPS e Medline (PubMed).

RESULTADO:

O Aprendizado por Competências

Define-se competência, para fins da formação médica, como as competências que fornecem uma estrutura conceitual que descreve os domínios necessários para que um médico se torne confiável e capaz na prática autônoma. Essas competências são essenciais para a atividade adequada de todos os médicos, embora as especificidades sejam mais definidas por cada especialidade. As trajetórias de desenvolvimento em cada uma das competências são articuladas através dos marcos para cada especialidade.

“como a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, a partir de aspectos cognitivos, de atitudes e psicomotores”¹⁴.

Quando estamos organizando o aprendizado baseado em competências, a relação médico-preceptor deve ser muito cordial e preservar o equilíbrio na relação entre autonomia e a relação com o preceptor. O aprendizado do médico residente deve ser progressivo e abordar situações reais em serviço, problematização teórico-crítica e desenvolvimento de vínculos com as pessoas sob seu cuidado.

São considerados os seguintes domínios de competência para organização dos projetos pedagógicos dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade:

- I - Competências prévias;
- II - Competências essenciais;
- III - Competências desejadas; e
- IV - Competências avançadas¹⁵.

O objetivo do currículo baseado em competências é formar médicos capazes de exercer a medicina com base em domínios bem definidos, garantindo atendimentos de alta qualidade, buscando sempre a segurança do paciente. Os resultados a serem obtidos são os responsáveis por coordenar o processo educacional. Para que isso ocorra, precisa-se de infraestrutura adequada para aprendizado, avaliação e feedbacks contínuos, para que ao longo da residência médica sejam percebidas e desenvolvidas as modificações e melhorias. Trabalhar com as competências descritas visa também desenvolver no médico esta busca pelo aprendizado constante, como descrito na literatura, um “*continuum de desenvolvimento*”, onde ele consiga identificar qual aspecto precisa ser melhorado, promovendo a autonomia progressiva de aprendizado¹⁶.

Quando trabalhamos com currículo por competências, primeiro identificam-se os resultados, onde se deseja chegar, e conseqüentemente o processo para que isso ocorra. O enfoque principal é o aprendizado do educando e não o conteúdo a ser ensinado. A relação entre o professor e o aprendiz é que organizará o fluxo do aprendizado, sem reforçar a relação de hierarquia educacional. Os currículos buscam, através de situações práticas, trabalhar conteúdos necessários para o desenvolvimento do aluno. Comparativamente à MFC utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), poderíamos falar no Método de Avaliação Centrado no Residente (MACR).

“As práticas educacionais procuram refletir a vida profissional, considerando as múltiplas dimensões de seu exercício junto à sociedade. A proposta é trazer a prática e o desenvolvimento da identidade profissional para o centro das atividades de aprendizado, preocupando-se com a identificação e adequação de processos que conduzam aos resultados previamente estabelecidos.”¹⁷

A competência profissional é multidimensional, estando composta de vários aspectos importantes, como: cognitivos, técnicos, afetivos, relacionais, integrativos e contextuais.

A dimensão cognitiva está relacionada com a aquisição e aplicação do conhecimento científico adquirido para a solução de problemas relativos à execução do trabalho profissional. Aqui estamos falando de ciências básicas, clínicas e sociais, aliado à capacidade de análise dessas

aquisições, reforçando a capacidade de exercer a Medicina Baseada em Evidências. Na dimensão cognitiva, o aluno também deve ser capaz de identificar as lacunas do seu conhecimento técnico e comprometer-se a aprender e estudar, acompanhando as modificações vindas da evolução da ciência. A dimensão técnica é um dos domínios mais específicos, descrita como habilidade no exame físico e realização de procedimentos. A dimensão relacional é a habilidade de estabelecer relações interpessoais com pacientes, familiares, colegas, entre outros. Aqui estamos falando de habilidades de comunicação, tão importante na Medicina de Família e Comunidade, e tantas vezes pouco trabalhada como um aspecto a ser ensinado e aprendido. A habilidade de comunicação inclui a comunicação verbal, não verbal, paraverbal e comunicação escrita. É importante reforçar a questão da escuta ativa e do respeito nas relações. A dimensão afetiva está relacionada a valores morais e éticos do exercício da medicina, onde será demonstrada a compreensão, a empatia e a resiliência. A forma respeitosa de tratar as pessoas, de forma íntegra e dedicada, com um compromisso incessante de crescimento profissional, utilizando-se do autoconhecimento e da avaliação / reconhecimentos dos próprios erros, para se qualificar como profissional. A dimensão integrativa é composta pelo uso adequado das informações adquiridas durante o processo de formação, considerando raciocínio clínico, biológico, humanístico e social, facilitando o processo de elaboração da hipótese diagnóstica neste amplo conceito de saúde. O julgamento clínico e a tomada de decisão estão dentro desta dimensão. A dimensão contextual contempla a prática profissional dentro do contexto em que se encontra, considerando as potencialidades do profissional e as limitações funcionais e estruturais de onde se está atuando. É essencial a compreensão do sistema de saúde, da organização em que se está trabalhando, dos fluxos de trabalho, diretrizes, protocolos, organograma institucional, a fim de ser o mais custo-efetivo para o sistema e resolutivo para o paciente. Compreender as práticas de atenção integral à saúde, considerando recursos individuais, familiares e comunitários. Conhecimentos, habilidades e atitudes devem ser entendidos como elementos formadores da competência, que darão suporte à prática eficiente e efetiva da prática médica, considerado um dado contexto do exercício profissional^{18,17,19}.

Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

A MFC é uma especialidade médica que atende as pessoas ao longo de suas vidas, independentemente de gênero, idade ou possível doença. Reúne ações de promoção e recuperação da saúde em situações agudas ou crônicas. Nesta especialidade, estão sempre influenciando a interação e integração de muitos aspectos, como por exemplo: o médico cuida de pessoas, o que implica ter em conta vários sistemas interrelacionados - individual, familiar, organizacional e comunitário-; os problemas podem apresentar-se de forma indiferenciada, aguda ou com evolução prolongada, com vários determinantes associados, por vezes não relacionáveis com doença orgânica identificável; podem coexistir vários problemas na mesma pessoa com os mais diversos graus de interação entre eles, com os resultados os mais variados possíveis; os

estilos de vida e interferências ambientais estão sempre presentes, estando permeáveis em todas as respostas nas condições de saúde; a adesão terapêutica implica a participação e o envolvimento ativo da própria pessoa. Em muitas situações, o tratamento não se restringe a fármacos, mas estão relacionados com relações interpessoais, familiares, laborais, influenciando na complexidade dos casos. Considerando todas estas variáveis, fica muito difícil avaliar os residentes apenas por seguirem protocolos ou terem conhecimentos técnicos primorosos, ser um bom MFC consiste em “algo mais” que ainda não está bem sistematizado^{20,19,21}.

Em 2014, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família iniciou a construção do Currículo Baseado em Competências para a Residência de Medicina de Família e Comunidade, com o auxílio de consultores canadenses da Universidade de Toronto. A construção deste currículo ganhou estruturação e foi organizado por campos e áreas de competência. Os temas foram então categorizados em “domínios” e, para cada um desses, foram elaboradas competências a serem adquiridas e desenvolvidas durante a residência médica, sendo divididas em 4 grupos: pré-requisito, essencial, desejável e avançado^{17,22}.

EPAs (Atividades Profissionais Confiabilizadoras Essenciais para a Prática Médica)

Conceitualmente, as EPAs são atividades profissionais que são adequadas para o desenvolvimento do processo de confiabilização do estudante de medicina, criadas inicialmente para os graduandos dos últimos anos. Existem várias publicações reforçando este conceito, onde fica muito evidente que EPAs estão relacionadas a processos longitudinais e complexos da relação do processo de ensino-aprendizagem-avaliação que levam a acreditar que determinado estudante está apto e pode assumir a responsabilidade de tal atividade profissional^{23,24}.

Os currículos baseados em competências e resultados são projetados para qualificar a avaliação de alunos de graduação e residência em domínios amplos, como profissionalismo, comunicação e conhecimento médico. Na prática, graduar os alunos em escalas de competências tem sido considerada uma tarefa difícil, mesmo utilizando os marcos de desenvolvimento. Até o final da formação em serviço, os programas devem garantir que os residentes possam oferecer cuidados de alta qualidade e seguros sem supervisão. Dessa forma, pode-se utilizar decisões baseadas na confiança de se realizar uma EPA a fim de refletir em qual estágio de um contínuo de desenvolvimento de competências um aprendiz está^{17,19}.

CRAFT

CRAFT (*Continuous Reflective Assessment for Training*) é um modelo canadense de avaliação programática que define os padrões para a formação, treinamento e a certificação de Médicos de Família e Comunidade, garantindo dessa forma aos canadenses a qualificação dos MFC que estão lhes atendendo, avaliando sua competência para a prática da especialidade. Os programas de residência locais têm uma grande preocupação e responsabilidade em garantir a atuação dos médicos formados nas suas instituições. Esses serviços conhecem bem o nível da avaliação em formação, considerando habilidades e competências. A avaliação é complexa, onde são considerados vários contextos, focando na formação generalista a que a residência se propõe.

A avaliação reflexiva contínua na formação explica claramente “o quê”, “como” e “por que” existe a avaliação, fornecendo uma descrição aprofundada dos objetivos e do modelo, integrado com a formação da pós-graduação¹⁰.

CRAFT utiliza métodos não padronizados de avaliação local, associado a princípios construtivistas e avaliação formativa, utilizadas na aprendizagem de adultos. Considero um destaque neste modelo de avaliação a autorreflexão guiada, como um componente crítico das habilidades do profissional em desenvolvimento. A metodologia reúne todas as ferramentas e fornece descrições e “*feedbacks*” ricos, embasados em um suporte teórico aprofundado. São utilizadas avaliações de campo, avaliações observacionais, feedback, avaliação de prontuários, documentos e um grande conjunto de formas de avaliação que subsidiam esta revisão periódica guiada. Os residentes sofrem intervenções em função dos resultados obtidos na avaliação, sendo então estabelecido um “plano de desenvolvimento” personalizado ao que ainda não tiver sido satisfatoriamente desenvolvido em cada situação. Eles serão sempre estimulados a participar de atividades reflexivas juntamente com as aprendizagens práticas ao longo da vida profissional. O objetivo é promover não apenas a competência no momento da residência, mas seguir desenvolvendo as habilidades ao longo da prática médica. Os residentes devem participar plenamente da busca de dados, identificando suas próprias lacunas e desenvolvendo planos de aprendizado.

“Os objetivos dos programas são garantir que residentes competentes se formem, identificar e corrigir os residentes que ainda não são competentes, e sustentar que não se formem aqueles que não são competentes nem remediáveis.”¹⁰

CSA

CSA (*Clinical Skills Assessment*) é o sistema de Avaliação de Habilidades Clínicas inglês, que testa a capacidade e habilidade do médico generalista de coletar informações e de aplicar conhecimentos adquiridos no processo de aprendizagem, com a medicina centrada na pessoa, dentro do seu contexto. Avalia-se a capacidade de tomar decisões baseadas em evidências e comunicar-se de forma efetiva e habilidosa com pacientes, familiares e colegas. A avaliação fica centrada na capacidade de integrar todos os conhecimentos adquiridos, nos diferentes aspectos a considerar.

A metodologia adotada parte de uma grande variedade de casos clínicos complexos, onde alguns são apresentados a cada médico, para avaliar todo o processo, desde habilidade de comunicação, anamnese, exame físico, hipótese diagnóstica, diagnósticos diferenciais, exames complementares, rede de apoio, tratamento, seguimento, orientações, prevenção, entre outros.

Como o CSA busca testar habilidades em várias áreas clínicas, surgem casos que contemplam situações mais comuns como doenças cardiovasculares, pulmonares, endocrinológicas, saúde mental, entre outras, assim como alguns casos clínicos de áreas menos comuns, como oftalmologia, otorrinolaringologia, genética. Aparecem também situações clínicas

envolvendo o trabalho em equipe, a rede de apoio, contextos sociais são abordados, não ficando a APS restrita a problemas clínicos^{25,26,27}.

MINIEX (Miniexercício Clínico Avaliativo)

Um dos instrumentos atualmente mais utilizados nos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil é o MiniEx. Ele é um instrumento em que o professor / preceptor faz a observação direta de desempenho do aluno, enquanto ele realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em determinada necessidade do paciente. Destaca-se por sua maneira prática de ser aplicado, sem interferir na rotina do serviço, identificando e corrigindo deficiências do desempenho^{3,2}. Durante o encontro do residente com o paciente, o preceptor fica no consultório anotando no instrumento (ficha padronizada). Logo após ser dado o desfecho do atendimento, é ofertado um exercício avaliativo um *feedback* ao estudante, apontando-lhe as áreas em que foi bem avaliado e aquelas em que há necessidade de aperfeiçoamento². Como desvantagem neste instrumento está o fato de ser uma avaliação pontual, com os aspectos positivos e negativos que isto possa acarretar. O Miniex já demonstrou ser um instrumento com bom índice de confiabilidade e de consistência interna². Os trabalhos, no entanto, mostram que ele é um ótimo instrumento para avaliações mais dinâmicas, ou em outras especialidades, onde vínculo, longitudinalidade, método clínico centrado na pessoa, entre outros, não sejam aspectos tão importantes.

DISCUSSÃO:

Esta revisão bibliográfica sobre avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade foi muito importante para reforçar a ideia da necessidade iminente do desenvolvimento de um instrumento que sistematize este processo. Os métodos utilizados nos programas de residência no Brasil atualmente ou não são sistematizados e padronizados, ou utilizam métodos avaliativos que se mostram incompletos ou ineficazes para as necessidades da formação do residente de medicina de família e comunidade. A avaliação não deve ser um momento único, mas é um processo em que avaliado e avaliador, residente e preceptor, devem exercitar sua comunicação e potencialidades. Uma metodologia de avaliação bem estruturada e bem executada nos programas de residência poderá trazer resultados imediatos e a longo prazo na qualificação profissional dos MFC. O processo avaliativo proporciona o crescimento profissional e a busca por aperfeiçoamento das competências de cada profissional especializado que entrará no mercado de trabalho. Utilizar a avaliação para o processo de aprendizagem é uma forma muito eficaz de adquirir novos conhecimentos e formar profissionais que tenham na sua vida profissional incorporado o hábito da busca sempre por novos conhecimentos e novos domínios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após este amplo trabalho de revisão sobre metodologias avaliativas na formação médica, mostrando algumas modalidades praticadas em vários países, vemos que este é um tema que necessita ser abordado com maior profissionalismo pelos programas de residência médica e pela Comissão Nacional de Residência Médica. Precisamos compreender que o período de residência médica é um período em que o ensino deve ser compartilhado com a prática, ou melhor ainda, conjugado com ela. Não se pode reforçar a ideia de período de “mão-de-obra barata”, sem preocupação alguma com o aprendizado e desenvolvimento destes profissionais. Devemos lembrar que tal preocupação só trará benefícios, com profissionais mais competentes e satisfeitos com sua atividade profissional.

REFERÊNCIAS

1. Freitas LS, Ribeiro MF, Barata JLM. The development of competencies in medical education: the challenges of reconciling the National Curricular Guidelines in a changing educational scenario. *Rev Médica Minas Gerais*. 2018;28:1–8.
2. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):166–75.
3. Mendes AO, Viveiros LB. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2018;13(40):1–9.
4. Ochsmann EB, Zier U, Drexler H, Schmid K. Well prepared for work? Junior doctors' self-assessment after medical education. *BMC Med Educ*. 2011;11(1).
5. Panúncio-Pinto MP, De Almeida Troncon LE. Avaliação do estudante - Aspectos gerais. *Med*. 2014;47(3):314–23.
6. De Bem AB, Lanzer EA, Tambosi Filho E, Sanchez OP, Bernardi Junior P. Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super*. 2011;16(2):375–401.
7. FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE FEEDBACK APÓS MINIEXERCÍCIO CLÍNICO AVALIATIVO-MINI CEX NO INTERNATO MÉDICO DE UMA FACULDADE NO NORDESTE DO BRASIL: UM ESTUDO TIPO.
8. Lucian R, Dornelas JS. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas Measurement of Attitude: Proposition of a Protocol for Preparation of Scales. *Rev Adm Contemp [Internet]*. 2015;19(2):157–77. Available from: <http://www.anpad.org.br/rac>
9. Matia G de, Almeida MJ de, Esteves RZ, Ribeiro ER, Coelho ICMM. Desenvolvimento e Validação de Instrumento para Avaliação das Competências Gerais nos Cursos da Área da Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1 suppl 1):598–605.
10. Lawrence K, van der Goes T, Crichton T, Bethune C, Brailovsky C, Donoff M, et al. Continuous Reflective Assessment for Training (CRAFT): A national programmatic assessment model for family medicine. Mississauga. Mississauga, Coll Fam Physicians Canada. 2018;
11. Ponte Neto OA da, Silva MMS da, Saraiva MJG, Dias MS de A, Vasconcelos MIO, Cavalcante ASP, et al. Auto avaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental TT - Self-evaluation as an educational strategy in the context of multiprofessional residence program in family health and. *Tempus (Brasília) [Internet]*. 2016;10(4):247–63. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2363%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/mvd7c>
12. Santos L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: Uma impossibilidade ou um desafio? *Ensaio*. 2016;24(92):637–69.
13. Troncon LE de A. Estruturação de Sistemas para Avaliação Programática do Estudante de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(1):30–42.
14. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2005;9(17):369–79.
15. BRASIL, Secretaria de Educação Superior. Resolução Nº 1, de 25 de maio de 2015. 2015;

Available from:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192

16. Cate O Ten, Carraccio C. Envisioning a True Continuum of Competency-Based Medical Education, Training, and Practice. *Acad Med.* 2019;94(9):1283–8.
17. Borges Costa L, Esteche FF, Fernandes Augusto Filho R, Benevides Bomfim AL, Aguiar Mourão Ribeiro MT. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2018 Mar 20;13(40):1–11.
18. Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CVG, Pinto MEB, Oliveira MMC de. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2017;12(39):1–16.
19. Neumann CR, Gerbase MW, Blank D, Capp E. Avaliação de competências no internato: Atividades Profissionais Confiabilizadoras essenciais para a prática médica. 2019.
20. Castro VS de. RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE : AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO FORTALEZA - CEARÁ. 2007;
21. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. *Cad ABEM [Internet].* 2007;3:39–43. Available from: http://integradoras_i_programa_2008.pdf.medicina.ufg.br/up/148/o/AVALIACAO_DA_APRENDIZAGEM.pdf
22. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo Baseado em Competências SBMFC.
23. Maria A, Zeferino B, Riceto SM, Passeri R. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE. Vol. 3. 2007.
24. Schmitt C da S, Domingues MJC de S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. *Avaliação Rev da Avaliação da Educ Super.* 2016;21(2):361–86.
25. Habilidades A De, Csa C. Avaliação de Habilidades Clínicas (CSA). 2020;1–5.
26. Information CSA, Palette C, Assessment CS, Examiner R, Statement C. Introduction to the CSA cases. :2–4.
27. RCGP. MRCGP Clinical Skills Assessment CSA Candidate Feedback - August 2016. 2016;(March):1–10.

5 RELATÓRIO TÉCNICO DO PRODUTO DO MESTRADO

5.1 JUSTIFICATIVA

Realizar um projeto de pesquisa tendo a avaliação de residentes do PRMFC como tema é necessário pela dificuldade que atualmente encontramos em avaliar múltiplas questões relevantes para a formação adequada do médico residente de Medicina de Família e Comunidade, entre elas: anamnese, habilidade de comunicação, profissionalismo e relações interpessoais, de forma eficaz e padronizada. A avaliação não deve ser um momento único, mas é um processo onde avaliado e avaliador, residente e preceptor, devem exercitar sua comunicação e potencialidades. Uma metodologia de avaliação bem estruturada e bem executada nos programas de residência poderá trazer resultados imediatos e a longo prazo na qualificação profissional dos MFC. O processo avaliativo proporciona o crescimento profissional e a busca por aperfeiçoamento das competências de cada profissional especializado que entrará no mercado de trabalho.

Utilizar a avaliação para o processo de aprendizagem é uma forma muito eficaz de adquirir novos conhecimentos. Este trabalho buscará reforçar uma nova forma de avaliação formativa, onde “gaps” ou falhas deverão ser encarados como metas a serem aperfeiçoadas.

A literatura médica mostra que existe uma preocupação com a formação dos Médicos de Família e Comunidade, pois a tendência revela que a formação está mais aprofundada e específica em algumas áreas, mas o escopo de atividades está ficando mais restrito, o que não é o esperado e desejado para um médico focado no atendimento da APS.

“O declínio no escopo da prática tem implicações negativas para a amplitude e riqueza das práticas individuais dos médicos, bem como para o acesso dos pacientes aos cuidados.”

(WEIDNER; CHEN, 2019)

Avaliar o residente de Medicina de Família e Comunidade que os programas estão formando, de modo a conseguirmos saber onde queremos

chegar e que tipo de profissional estamos formando e quem queremos oferecer ao mercado de trabalho é importantíssimo, possibilitando a qualificação constante da especialidade médica.

5.2 METODOLOGIA

5.2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa. A revisão desenvolveu-se com o estabelecimento da estrutura conceitual sobre avaliação, habilidades e competências, definição de objetivos e população, construção de domínios e subitens e da escala de resposta, estruturação do instrumento, avaliação do instrumento por residentes e preceptores, servindo para validação de constructo.

5.2.2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

O estudo inicia com uma ampla revisão da literatura onde os seguintes DeCs / MeSHs foram utilizados: residência médica, internship, residency, educational measurement, avaliação educacional, autoavaliação, self-assessment, self-assessment program, clinical competency. A revisão narrativa também utilizou conceitos trabalhados no material das EPAs (Entrustable Professional Activities) / Atividades Profissionais Confiabilizadoras Essenciais para a Prática Médica, recentemente elaborado em parceria UFRGS/ UFCSPA, assim como materiais desenvolvidos pelo Royal College of General Practitioners sobre avaliação de habilidades clínicas (CSA) e material do exame de qualificação do Conselho do Canadá (OSCE). Os bancos de dados e portais pesquisados foram: BVS Brasil, LILACS, Periódicos da CAPS e Medline (PubMed).

O grande destaque desta dissertação é o processo composto pela construção do instrumento de avaliação, pela construção do manual para o preceptor, considerando cada domínio e subitens, pela organização da metodologia de avaliação, que além da aplicação do instrumento pelo próprio residente e pelo preceptor, consiste em encontros de consenso, onde se

estabelecem novas metas a serem atingidas até o próximo momento de avaliação.

A metodologia preconiza a utilização do instrumento em 4 momentos da formação do residente de medicina de família e comunidade. O primeiro deve ocorrer após transcorridos cinco meses do primeiro ano da residência médica; o segundo momento, no 11º mês deste primeiro ano; o terceiro momento da avaliação, no 5º mês do segundo ano da residência, e o encerramento no 11º mês do segundo ano de formação, buscando assim tempo adequado de mudanças e aquisição / aprimoramento de competências.

5.2.3 DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA

5.2.3.1 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E MANUAL ORIENTADOR PARA O PRECEPTOR E AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE

O Instrumento foi desenvolvido para avaliação pelo preceptor do residente de medicina de família e comunidade e para autoavaliação pelo residente, no transcorrer do período de formação como especialista, sistematizando o processo avaliativo e utilizando ele como organizador do processo de aprendizagem. O instrumento foi construído com base na ampla revisão bibliográfica, considerando as competências a serem desenvolvidas e dominadas no período de formação deste médico, utilizando o Currículo Baseado em Evidências da SBMF, as EPAS, o CRAFT e o CSA canadense.

5.2.3.2 POPULAÇÃO ALVO

O Instrumento de Avaliação dos Residentes foi revisado por 10 residentes de MFC do município de Porto Alegre e 10 preceptores. Foram convidados profissionais de diferentes programas de residência de medicina de família e comunidade, possibilitando desta forma diferentes visões e vivências, reforçando a qualificação da metodologia.

Os 10 preceptores foram selecionados pelas pesquisadoras considerando a “*expertise*” na Medicina de Família e Comunidade, considerando o tempo de

atuação como MFC e como preceptor de programas conceituados, envolvimento com docência e por serem profissionais nacionalmente reconhecidos. Foram selecionados 2 preceptores do programa do GHC, 1 de Florianópolis, 1 de São Paulo, 1 de Rio Grande, 2 da SMS/ POA, 1 do Rio de Janeiro, 1 do Ceará e 1 do Espírito Santo. Foram descartados preceptores que tivessem proximidade pessoal ou profissional das pesquisadoras. Todos os preceptores receberam uma carta-convite por e-mail e whatsapp e após o aceite deles, receberam o material para análise e devolveram no prazo estabelecido de 15 dias. Os retornos foram dados de várias formas, conforme a preferência de cada avaliador, com ajustes no próprio instrumento / manual, com áudio narrado, tópicos ou pequenos textos pontuando as alterações indicadas. As avaliações do instrumento e do manual foram compiladas em uma tabela e foram os itens analisados pontualmente, com os ajustes considerados relevantes. Aquelas questões que foram levantadas por vários MFC receberam atenção especial e modificações no instrumento e no manual. Demais observações foram todas avaliadas e discutidas entre pesquisadora e orientadoras e modificadas conforme necessário.

Os residentes foram todos selecionados em 3 programas de Porto Alegre (GHC, HCPA e SMS/PMPA) devido à comodidade. Eles foram indicados por preceptores dos respectivos programas de residência de MFC, sendo 4 residentes de primeiro ano e 6 residentes de segundo ano. Foram excluídos aqueles com proximidade profissional ou pessoal com a pesquisadora. Eles passaram pelo mesmo processo dos preceptores, com carta-convite e encaminhamento do material para análise após o aceite. Dos 10 residentes, 8 devolveram no prazo estabelecido de 15 dias e 2 solicitaram um prazo de mais 5 dias. Das 20 devolutivas (preceptores e residentes), apenas um residente realizou uma autoavaliação, não podendo ser utilizada então no processo de aprimoramento do instrumento.

Destaco que O Manual do Preceptor e Residentes também foi analisado pelos preceptores e residentes dos PRMFC que fizeram a devolutiva da avaliação do instrumento, complementando a execução da metodologia proposta.

5.2.3.3 TEMPO PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO E DO MANUAL E DEVOLUTIVA

O tempo para análise e sugestões de modificações do instrumento de avaliação de residentes pelos próprios e por preceptores foi de 15 dias e mais 15 dias para avaliação do Manual de Orientações para o Preceptor.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi realizado um levantamento de informações para o conhecimento teórico sobre o assunto a ser pesquisado. Após o encaminhamento do Projeto de Pesquisa ter sido submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), respeitando os princípios e diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa em Saúde que envolva seres humanos.

Esta pesquisa não apresentou riscos, pois não foi aplicado o instrumento. O projeto consistiu na elaboração do instrumento e submissão deste a avaliação por médicos residentes, objetos do instrumento, e preceptores dos programas de residência de medicina de família e comunidade de vários locais do Brasil, não ocorrendo questões como desconforto ou constrangimento. O tempo máximo para análise e devolutiva do instrumento foi de 15 dias em ambas as atividades - análise do Instrumento de Avaliação, assim como o Manual de Orientação para Preceptores.

Os potenciais benefícios deste produto serão contribuir para a melhoria e qualificação da Residência de Medicina de Família e Comunidade, com o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação formativa mais robusta e completa, servindo de base para criar reflexões sobre esta etapa de formação.

Em qualquer etapa deste estudo, o participante da pesquisa teve acesso ao profissional responsável para o esclarecimento de dúvidas eventuais. Se após consentir sua participação, o participante poderia desistir de continuar, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em

qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Os participantes como avaliadores do material não tiveram nenhuma despesa pessoal e não receberam compensação financeira relacionada à sua participação, sendo isto informado no termo de consentimento livre e esclarecido. Para qualquer outra informação adicional, o participante poderia entrar em contato com a Professora pesquisadora responsável Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto, pesquisadora coorientadora Dra. Carmen Daudt (docentes da UFCSPA) ou com a Pesquisadora (mestranda) Rafaela Aprato Menezes, todas pelos telefones fornecidos no termo de consentimento livre e esclarecido ou por e-mail. E se houver necessidade, o participante também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – CEP/UFCSPA pelo e-mail, endereço e telefone também informados no termo de consentimento individual livre e esclarecido que será entregue ao participante da pesquisa.

Foi elaborado um TERMO DE CONSENTIMENTO INDIVIDUAL LIVRE E ESCLARECIDO que foi entregue aos residentes e preceptores que foram convidados para participar da avaliação do instrumento e do manual de orientações para preceptores. (APENDICE A)

5.4 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O instrumento ficou então composto por seis competência / domínios / dimensões, sendo eles: Gestão de Casos de Atenção Primária, Habilidades de Comunicação, Comprometimento Profissional, Procedimentos, Abordagem Comunitária e Conhecimento Médico Baseado na Prática. Esse instrumento foi desenvolvido com o intuito de compor uma avaliação formativa, na qual o preceptor e o residente responderão quanto a segurança ou capacidade em determinado domínio, auxiliando na busca de melhoria no desempenho das avaliações subsequentes e no crescimento profissional. Os domínios estão divididos em subitens, que deverão servir para exemplificar cada domínio, deixando as respostas mais objetivas e claras sobre cada competência a ser avaliada, norteando preceptor e residente. As respostas utilizam a escala Likert

com 5 pontos, pois assim tem-se as seguintes vantagens - ponto neutro (decorrente das escalas ímpares); nível de confiabilidade adequado; ajuste aos respondentes com diferentes níveis de habilidade. (BRITO *et al.*, 2018; DALMORO; VIEIRA, 2013)

O Manual de Orientação ao Preceptor servirá tanto para orientar o preceptor sobre o modo como utilizar o instrumento, especificando características de cada domínio, ressaltando questões relevantes a serem avaliadas e observadas, tornando o instrumento mais uniforme; assim como será utilizado para o preceptor orientar o residente sobre a utilização do instrumento para sua própria avaliação. O manual traz cada domínio descrito com os subitens claramente especificados, com situações exemplificadas, tornando este instrumento bastante ilustrativo, minimizando dúvidas.

O Manual também terá proposições orientadoras para o encontro de consenso, onde residente e seu preceptor deverão comparar seus instrumentos de avaliação, culminando com pactuações de melhoria nas competências não ainda completamente satisfatórias.

6 RESULTADOS

6.1 PRODUTO DO MESTRADO

6.1.1 INSTRUMENTO AVALIATIVO DO PRECEPTOR OU DO RESIDENTE

IAC-MFC

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO PELO PRECEPTOR OU RESIDENTE -

RESIDENTE: _____

PRECEPTOR: _____

UNIDADE DE SAÚDE OU LOCAL DE ESTÁGIO: _____

() 1ª avaliação - data: _____ 6º mês R1

() 2ª avaliação - data: _____ 12º mês R1

() 3ª avaliação – data: _____ 6º mês R2

() 4ª avaliação – data: _____ 11º mês R2

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
1.	GESTÃO DE CASOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TI	I	C	S	ES	NA
1.1	Coleta da história <ul style="list-style-type: none"> - Coletar uma anamnese completa, com informações pertinentes de forma objetiva e concisa, considerando o MCCP. - Organizar o raciocínio clínico na condução da coleta da anamnese. 						
1.2	Exame físico <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exame físico conforme a necessidade clínica de cada situação, de acordo com a anamnese (otoscopia, oroscopia, exame ginecológico, exame sistema osteomuscular, exame dermatológico, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar, dados antropométricos, entre outros) - Registrar o exame físico de forma clara e sistematizada, sempre zelando pelo respeito ao paciente. 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
1.	GESTÃO DE CASOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	TI	I	C	S	ES	NA
1.3	<p>Diagnóstico diferencial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer o atendimento médico, pensando em 2 ou 3 hipóteses diagnósticas diferenciais, incluindo as mais comuns em APS. - Pensa situações clínicas mais raras, aumentando o escopo de hipóteses diagnósticas. - Realizar diagnósticos sindrômicos considerando os achados clínicos. 						
1.4	<p>Exames complementares pertinentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Considerar diagnósticos diferenciais, utilizando os exames complementares de uma forma custo/efetiva na APS. - Explicar ao paciente o porquê dos exames complementares. - Considerar prevenção quaternária na solicitação de exames complementares. 						
1.5	<p>Prescrição / Desprescrição</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar um plano terapêutico conjunto com o paciente, considerando a perspectiva deste, ouvindo suas ponderações. - Atentar para a prescrição dos tratamentos e orientações, considerando indicações corretas e posologias. Considerar interações medicamentosas. - Explicar sobre tratamentos prescritos de forma clara, preocupando-se com a compreensão do paciente. - Preocupar-se em saber o que o paciente compreendeu sobre alguma orientação / prescrição. - Preocupar-se com desprescrição de medicamentos, orientando os pacientes sobre descontinuidade e potenciais efeitos colaterais, considerando os múltiplos aspectos envolvidos. 						
1.6	<p>Registro em prontuário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar o prontuário previamente ao atendimento. - Fazer o registro de forma organizada (SOAP), não esquecendo de atualizar e revisar a lista de problemas. - Deixar claro o registro da conduta e do plano terapêutico. - Realizar o registro em tempo adequado. 						
1.7	<p>Coordenação e ordenação do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Praticar a prevenção quaternária (P4), considerando rastreamentos, solicitação de exames complementares e tratamentos. 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO				
	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar referência / contrarreferência em diferentes níveis de atenção à saúde. - Utilizar a consultoria em recursos como telessaúde sempre que necessário. - Saber como e quando fazer um Plano Terapêutico Singular (PTS). 					
1.8	<p>Conhecimento sobre evidências / atualização técnica e aplicação nos casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar meios para busca das melhores evidências clínicas. - Fazer busca em livros, artigos, entre outros, relacionando com os casos do cotidiano. - Fazer estudo imediato, quando necessário. - Aplicar os conhecimentos para prática de uma medicina mais qualificada. - Auxiliar colegas, estimulando essa prática na rotina do MFC. 					
1.9	<p>Cuidado Domiciliar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominar conceitos e aplicabilidade de AD1, AD2 e AD3 (Atenção Domiciliar). - Planejar VD (visita domiciliar), através da revisão prévia do prontuário, levantamento da demanda / objetivo da VD, contato com cuidador, planejamento de itinerário, organização do material. - Explicar papel da VD na APS ao paciente e familiares, observar acesso até o domicílio, comportamento no domicílio, observação atenta aos aspectos sociais, ambientais e familiares, perceber questões relacionadas ao cuidado com o paciente, mostrar-se disponível para coordenar o cuidado). - Registrar VD (registro completo em tempo oportuno, evitando que informações importantes se percam, registro de plano terapêutico). - Avaliar a VD (discussão do caso, avaliar se o objetivo da VD foi atingido, construção de PTS e contato com demais membros da equipe, caso necessário, avaliação e integração da rede para qualificar o cuidado). 					
1.10	<p>Abordagem familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interesse na compreensão do contexto familiar e das dinâmicas envolvidas. - Conhecer as ferramentas da abordagem familiar (ciclo vital, genograma, ecomapa, identifica padrões, tipologias familiares, entre outras). - Aplicar as ferramentas nos seus atendimentos. - Utilizar os recursos da abordagem familiar nos seus atendimentos. 					

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
2.	COMUNICAÇÃO CLÍNICA	TI	I	C	S	ES	NA
2.1	Abordagem abrangente das situações atendidas - Considerar o contexto individual, familiar, comunitário e social.						
2.2	Cuidado centrado na pessoa - Focar o cuidado no indivíduo e não na patologia. - Trabalhar os 4 componentes do MCCP (Método Clínico Centrado na Pessoa).						
2.3	Resolução de problemas - Manejar situações sociais complexas, encontros difíceis, pacientes altamente demandantes. - Fazer gestão de conflitos com usuários e familiares e dentro da própria equipe.						
2.4	Abordagem de questões específicas - Conversar sobre assuntos como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto, entre outros temas difíceis, de forma cuidadosa e empática, conseguindo trabalhar medos e angústias, próprias e dos pacientes e familiares.						
2.5	Passagem de caso - Discutir caso com preceptor, organizando raciocínio clínico e aprofundando conhecimentos. - Utilizar o feedback imediato como forma de aprendizado. - Integrar a rede em prol do cuidado do paciente e família.						
2.6	Passagem de informações aos pacientes e aos familiares - Trabalhar questões de comunicação oral/verbal e não verbal (escrita, gestual, comportamental). - Utilizar as várias formas de comunicação para as orientações, planos e prescrições. - Trabalhar a comunicação de notícias difíceis ou más notícias, como doenças, prognósticos ou desfechos. - Utilizar, além da comunicação verbal, outros recursos para orientação e explicação, facilitando a compreensão. - Mostrar-se acessível aos pacientes e familiares, estabelecendo um bom vínculo, onde as pessoas sentem-se à vontade para questionamentos.						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
3.	COMPROMETIMENTO PROFISSIONAL	TI	I	C	S	ES	NA
3.1	<p>Ética com pacientes e familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender e praticar o cuidado centrado no paciente. - Dialogar de forma respeitosa com o paciente e seus familiares, esclarecendo dúvidas e priorizando a confidencialidade / sigilo médico. - Trabalhar adequadamente a decisão compartilhada. 						
3.2	<p>Ética com colegas e no ambiente de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar-se empático e respeitoso com colegas, compreendendo seu papel no trabalho e a dinâmica do trabalho em equipe. - Compreender hierarquia do serviço e da residência médica. - Adequar-se às hierarquias, sem deixar de ser propositivo e questionador. 						
3.3	<p>Profissionalismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar postura adequada frente aos pacientes e colegas, cumprindo normas estabelecidas, incluindo pontualidade no trabalho e compromissos, assim como apresentação no ambiente de trabalho. - Mostrar-se colaborativo, trazendo propostas aos problemas identificados. 						
3.4	<p>Preocupação com segurança do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter sigilo em relação aos pacientes e suas famílias. - Preocupar-se ao discutir casos com outros profissionais de saúde (rede, equipe multiprofissional, tele consulta) - Ter preocupação e cuidado nos meios eletrônicos ao discutir alguma situação clínica, mantendo sigilo sobre o paciente. 						
3.5	<p>Proatividade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propor mudanças, sugestões pertinentes, envolvimento no trabalho da equipe, sem necessitar estímulos externos. - Pensar processo de trabalho e aprendizado, sugerindo alternativas para o aprimoramento do trabalho individual e em equipe. - Mostrar-se impulsionado ao futuro, buscando novas práticas, novos fazeres, novas soluções. - Ter sentido de responsabilidade social e pessoal, que se reflete no modo como assegura seu crescimento profissional. 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

Considerando o domínio COMPROMETIMENTO PROFISSIONAL, descreva aspectos a serem trabalhados com o residente até a próxima avaliação. Aspectos a serem destacados, melhorados e metas a serem atingidas:

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
4.	PROCEDIMENTOS	TI	I	C	S	ES	NA
4.1	Lavagem otológica <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						
4.2	Inserção de DIU e implante contraceptivo subdérmico <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

- COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
	<ul style="list-style-type: none"> - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências 						
4.3	<p>Exérese de cisto, lipomas ou nodularidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						
4.4	<p>Pequenas suturas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						
4.5	<p>Cantoplastia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						
4.6	<p>Drenagem de abscesso e colocação de dreno</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						
4.7	<p>Aplicação de ATA (ácido tricloroacético) 80-90%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a indicação do procedimento. - Agendar, verificar a disponibilidade do material e organizar o ambiente, evitando intercorrências. - Executar o procedimento sem dúvidas, com o cuidado de explicar ao paciente. - Cuidar do pós procedimento, orientando o paciente e ficando à disposição para intercorrências. 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
5	ABORDAGEM COMUNITÁRIA	TI	I	C	S	ES	NA
5.1	<p>Territorialização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter conhecimento teórico sobre territorialização. - Mostra-se empenhado em realizar uma boa territorialização. - Utilizar ferramentas gráficas e/ou digitais para territorialização. - Utilizar a territorialização como ferramenta para a atuação do MFC. - Conseguir integrar conceitos, por exemplo, territorialização nas visitas domiciliares ou territorialização e redes. - Respeitar aspectos éticos do território. 						
5.2	<p>Conhecimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecer a rede de saúde local (serviços de saúde, fluxos, referências, possibilidades, UPAs). - Conhecer os serviços públicos locais (CRAS, serviço social, escolas, entre outros). - Conhecer os recursos próprios da comunidade (movimentos sociais, ONG, organizações comunitárias). - Compreender a formação da RAS e seus 5 componentes e a interligação entre eles. - Aplicar no cotidiano os conceitos estudados e identificá-los na sua prática. - Compreender o financiamento do SUS. Busca atualizar-se sobre questões relevantes para o SUS. 						
5.3	<p>Recursos da comunidade em prol dela mesma</p> <p>Identificar recursos que auxiliam em questões da população local, através do conhecimento da sua comunidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar recursos para apontar para a população caminhos de resolução de problemas, que ela própria pode construir. - Trabalhar a autonomia da comunidade. - Participar e estimular a participação, de forma construtiva, no Conselho Local de Saúde. - Promover trabalhos da equipe de saúde com as escolas, creches, igrejas e grupos comunitários locais. - Elaborar, juntamente com a comunidade, ferramentas do meio digital para grupos online, materiais informativos (e-cards), podcasts comunitários, entre outros. - 						

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

COMPETÊNCIA / DOMÍNIO / DIMENSÃO		AVALIAÇÃO					
6	CONHECIMENTO MÉDICO BASEADO NA PRÁTICA	TI	I	C	S	ES	NA
6.1	Preocupação com seu aprendizado e estudo autodirigido <ul style="list-style-type: none"> - Buscar e compreender informações técnicas com evidências científicas. - Construir a prática da aprendizagem autodirigida ao longo da vida profissional, a partir dos casos clínicos atendidos e acompanhados. - Despertar e absorver conhecimentos desenvolvidos através das supervisões com preceptores e discussões com os colegas. 						
6.2	Influência das suas práticas médicas no local em que atua. <ul style="list-style-type: none"> - Qualificar o cuidado prestado em seu local de trabalho (registrar em prontuário de forma completa 						
	e em momento oportuno, estimula discussões, auxilia com protocolos para o serviço, ajuda na construção de fluxos adequados ao local e aos usuários, mantém-se atento às necessidades do seu serviço). Estimula outros colegas a melhorarem o padrão de práticas e registros.						
6.3	Utiliza situações clínicas anteriores para aprimoramento dos conhecimentos clínicos <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar conhecimentos de situações prévias para aplicar em casos clínicos em atendimento. - Aplicar conhecimentos teóricos nas situações clínicas vivenciadas. 						

Considerando o domínio CONHECIMENTO MÉDICO BASEADO NA PRÁTICA, descreva aspectos a serem trabalhados com o residente até a próxima avaliação. Aspectos a serem destacados, melhorados e metas a serem atingidas:

LEGENDA

ES - EXTREMAMENTE SEGURO (Seria capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento. Demonstra que sabe fazer e sabe ensinar)

S - SEGURO (Na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e domínio da situação. Demonstra que sabe fazer)

C - CAPAZ (Tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada. Sabe fazer)

I - INSEGURO (Não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes)

TI - TOTALMENTE INSEGURO (Apresenta-se de forma instável, incerto, trazendo muitas vezes prejuízo ao paciente ou à situação de saúde)

NA - NÃO AVALIADO (Utilizado nas situações que determinado domínio não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação / vontade do residente)

6.1.2 MANUAL PRECEPTOR OU RESIDENTE

MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (IAC-MFC) PARA PRECEPTORES OU RESIDENTES



- UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE -
- UFCSPA -

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Mestranda: Rafaela Aprato Menezes

Orientadora: Dr^a. Maria Eugênia Bresolin Pinto

Coorientadora: Dr^a. Carmen Vera Giacobbo Daudt

Porto Alegre, 2021

Sumário

APRESENTAÇÃO	4
SÍNTESE DO INSTRUMENTO IAC-MFC	4
ORIENTAÇÕES SOBRE CADA DOMÍNIO E SEUS SUBITENS:	7
1. GESTÃO DE CASOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	7
1.1 COLETA DA HISTÓRIA	7
1.2 EXAME FÍSICO	8
1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	9
1.4 EXAMES COMPLEMENTARES PERTINENTES	10
1.5 PRESCRIÇÃO / DESPRESCRIÇÃO	11
1.6 REGISTRO EM PRONTUÁRIO	12
1.7 COORDENAÇÃO E ORDENAÇÃO DO CUIDADO	13
1.8 CONHECIMENTO SOBRE EVIDÊNCIAS / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA E APLICAÇÃO NOS CASOS	14
1.9 CUIDADO DOMICILIAR	15
1.10 ABORDAGEM FAMILIAR	16
2. HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	17
2.1 ABORDAGEM ABRANGENTE DAS SITUAÇÕES ATENDIDAS	17
2.2 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA	18
2.3 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	18
2.5 PASSAGEM DE CASO	20
2.6 PASSAGEM DE INFORMAÇÕES AOS PACIENTES E AOS FAMILIARES	21
2.7 2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	22
3. COMPROMETIMENTO PROFISSIONAL	23
3.1 ÉTICA COM PACIENTES E FAMILIARES	23
3.2 ÉTICA COM COLEGAS E NO AMBIENTE DE TRABALHO	24
3.3 PROFISSIONALISMO	25
3.4 PREOCUPAÇÃO COM SEGURANÇA DO PACIENTE	26
3.5 PROATIVIDADE	27
4. PROCEDIMENTOS	28
4.1 LAVAGEM OTOLÓGICA	28
4.2 INSERÇÃO DE DIU E IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO	29
4.3 EXÉRESE CISTO / LIPOMA	29
4.4 PEQUENAS SUTURAS	30

	39
4.5 CANTOPLASTIA	31
4.6 4.6 DRENAGEM DE ABSCESSO E COLOCAÇÃO DE DRENO	32
4.7 4.7 APLICAÇÃO DE ATA (ÁCIDO TRICLOROACÉTICO) 80-90%	32
5. ABORDAGEM COMUNITÁRIA	33
5.1 TERRITORIALIZAÇÃO	33
5.2 CONHECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	34
5.3 RECURSOS DA COMUNIDADE EM PROL DELA MESMA	35
5.4 TRABALHO EM GRUPO OU COM A COMUNIDADE	35
6. CONHECIMENTO MÉDICO BASEADO NA PRÁTICA	36
6.1 PREOCUPAÇÃO COM SEU APRENDIZADO E ESTUDO AUTODIRIGIDO	36
6.2 INFLUÊNCIA DAS SUAS PRÁTICAS NO LOCAL EM QUE ATUA	37
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	39

APRESENTAÇÃO

A residência médica, apesar de ser o padrão ouro para a formação especializada do médico, independente da área a seguir, ainda apresenta muitas lacunas nas metodologias e processos de avaliação. Atualmente, existem avaliações que não são capazes de fazer o acompanhamento da progressão dos residentes de forma sistematizada. Estes instrumentos ficam limitados ao processo avaliativo e não têm o propósito de serem métodos que auxiliem no desenvolvimento e crescimento global dos egressos das residências. Na residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil percebemos também tal lacuna em relação ao processo de avaliação, o que justifica o desenvolvimento deste instrumento e metodologia.

Este Instrumento de Avaliação por Competências do Residente de Medicina de Família e Comunidade (IAC-MFC) e o Manual de Orientação para Preceptores e Residentes são produtos do Mestrado Profissional de Saúde da Família e Comunidade da UFCSPA, que buscam suprir essas lacunas em relação à avaliação dos residentes, proporcionando um processo mais homogêneo, com parâmetros claros e estabelecidos, favorecendo uma avaliação formativa mais prática, com um resultado claro a ser buscado.

SÍNTESE DO INSTRUMENTO IAC-MFC

O IAC-MFC (Instrumento de Avaliação por Competências do Residente de Medicina de Família e Comunidade) foi desenvolvido tendo como estruturante o Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), documento que sintetiza competências esperadas ao final da formação do médico especialista no Brasil.

Este instrumento é composto por 6 dimensões ou domínios do conhecimento, sendo estes analisados sob vários aspectos. Os domínios são: 1. Gestão de caso de Atenção Primária; 2. Habilidades de Comunicação; 3. Comprometimento Profissional; 4. Procedimentos; 5. Abordagem Comunitária; 6. Conhecimento Médico Baseado na Prática.

Importante destacar que vários aspectos e conceitos se sobrepõem em diferentes domínios, pois eles são transversais ao longo do desenvolvimento das diferentes competências. SOAP, MCCP e P4, por exemplo, estão presentes em mais de duas dimensões, não inviabilizando a aplicabilidade do instrumento. O escopo de assuntos pertinentes à formação do MFC é muito dinâmico e alguns outros subitens ainda não bem consolidados entre os preceptores e nos programas de residência poderiam ter sido incluídos. Considerando, no entanto, que devemos avaliar nos residentes competências bem estabelecidas na especialidade, baseado no currículo da SBMFC, e com amplo domínio pelos preceptores, optou-se por não os colocar neste momento no instrumento. Caso seu residente ou você trabalhe outras competências que não aparecem no IAC-MFC, você deverá colocá-la na área de observação, no final do instrumento.

Além do instrumento ser utilizado pelo preceptor, ele também será usado pelo residente, num momento de reflexão e autoavaliação, sendo o encontro de consenso (conciliação) o momento de entendimento conjunto do estágio de aprendizagem do residente através do processo avaliativo e da construção de um plano de desenvolvimento até a próxima avaliação.

O objetivo deste Manual de Orientação do IAC-MFC para Preceptores e Residentes é ser um documento norteador, com exemplos práticos em cada item a ser analisado, para auxiliar o processo de avaliação do preceptor e do próprio residente. Analisar, buscando padronizar os tópicos avaliados e construir um plano de desenvolvimento individual do residente, com questões a serem melhoradas como profissional em formação, tendo o maior crescimento possível dentro dos 2 anos de residência médica. Esta metodologia, de forma similar ao método clínico centrado na pessoa (MCCP), pode ser chamado de Método Avaliativo Centrado no Residente (MACR).

O instrumento deverá ser aplicado na sua integralidade em cada um dos quatro momentos avaliativos ao longo dos 2 anos de residência e, como ele considera um período da formação, não existe um mínimo de consultas, procedimentos, entre outras atividades, que devam ser observadas para dar-se o processo avaliativo.

O encontro de consenso deverá ocorrer logo após o preceptor e o residente, individualmente, realizarem a avaliação por competências através do IAC-MFC. Sugere-se que este encontro seja marcado para a mesma semana em que cada um aplicou o instrumento, para que questões importantes não se percam. Nas competências em que o escore de avaliação for igual entre preceptor e residente, constroem-se metas para serem desenvolvidas e busca-se um escore melhor para a próxima avaliação, caso seja possível. Nos casos em que as avaliações são diferentes, o preceptor deverá primeiro compreender o que o residente avaliou naquele domínio, e então posicionar-se sobre sua avaliação. Decisão por consenso é um processo de decisão utilizado por pessoas que buscam a concordância ou o consentimento de todos os participantes. Consenso pode ser definido como uma resolução aceitável, uma que possa ser apoiada, mesmo que não seja a decisão "favorita" de cada um dos participantes. Portanto, é isto que preceptor e residente buscarão: chegar em um escore aceitável por ambos e construir uma meta clara e objetiva, com um planejamento de como atingir um escore melhor naquele domínio na próxima avaliação.

Em cada subitem de cada domínio, o residente deverá ser avaliado de acordo com a seguinte escala:

ES - EXTREMAMENTE SEGURO: utilizar este conceito nas situações em que o residente é SEGURO e também se sente e demonstra ser capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento.

S - SEGURO: utilizar este conceito nas situações em que o residente na grande maioria das vezes não apresenta dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, fazendo a atividade com tranquilidade, segurança e domínio da situação.

C - CAPAZ: utilizar esse conceito nas situações em que o residente tem domínio da dimensão, mas faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada.

I - INSEGURO: utilizar esse conceito quando o residente não se sente seguro e precisa desenvolver melhor este item. Necessita do suporte do preceptor muitas vezes para executar esta competência.

TI - TOTALMENTE INSEGURO - utilizar esse conceito quando o residente se apresentar de forma inconsistente, inseguro, incerto, conduzindo a situação ou o caso de forma inadequada com potencial prejuízo ao paciente.

NA – NÃO AVALIADO – utilizar esse conceito nas situações que determinado domínio / subitem não pode ser avaliado por questões que extrapolam a ação ou vontade do residente. Aplicado em situações que demonstram deficiência (física, organizacional, profissional) do serviço.

ORIENTAÇÕES SOBRE CADA DOMÍNIO E SEUS SUBITENS:

1. GESTÃO DE CASOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

1.1 COLETA DA HISTÓRIA

ES - O residente apresenta coerência e relevância nos dados coletados. Considera a queixa principal do paciente e as demandas apresentadas, trabalhando o MCCP. A anamnese apresenta as informações relevantes, sem ser prolixo, mas permitindo seguimento do raciocínio clínico para si ou para outro profissional na continuidade dos cuidados de saúde. Ele é capaz de organizar as queixas e a agenda do paciente, registrando no formato adequado para a APS - SOAP (Prontuário ou Registro Orientado por Problemas). O residente mostra-se capaz e se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S - O residente coleta a história clínica de maneira completa e concisa na grande maioria das vezes. Apresenta dificuldade em algumas consultas, onde necessita delimitar a abordagem e conciliar a agenda do paciente e a sua própria. Perde a linha de raciocínio clínico eventualmente, quando o paciente oferece inúmeras informações, queixas ou pensamentos desorganizados.

C - O residente coleta a história de uma forma completa, mas não busca utilizar o SOAP para organizar sua consulta ou o MCCP para abordagem das questões de saúde, por exemplo. Raciocínio clínico prejudicado em muitos momentos, apresentando dificuldade para identificar informações relevantes para aquela situação.

I - O residente mostra-se bastante inseguro na coleta das informações, buscando constantemente o suporte do preceptor para identificar o principal motivo da consulta e a real hipótese diagnóstica. Mostra-se desconfortável em manejar situações frequentes da APS e inseguro no manejo da agenda do paciente.

TI - O residente completamente inseguro na condução da consulta, mostra-se desconfortável nos atendimentos médicos e demonstra insegurança sempre que questionado sobre a coleta de dados e a linha de raciocínio clínico. Não aplica ou compreende o MCCP. Demonstra muita insegurança na condução da consulta.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.2 EXAME FÍSICO

ES - O residente realiza um exame físico focado para a situação clínica apresentada, considerando gestão do tempo (não dissocia anamnese e exame físico). Mostra conhecimento clínico ao realizar o exame físico para a situação apresentada na consulta, respeitando a privacidade do paciente, solicitando consentimento, geralmente verbal. Preocupa-se com o conforto do paciente e explica o que está fazendo no momento do exame físico, primando pelo respeito e relação médico-paciente. O residente sente-se seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – Residente realiza o exame físico apropriado para a situação clínica apresentada na grande maioria das vezes, mas em alguns momentos mostra-se inseguro em relação a alguma alteração ou não consegue realizá-lo em tempo adequado.

C – Residente realiza determinada parte do exame físico, mas não mostra muito empenho em realizá-lo de forma adequada ou completa, ou mostra desconhecimento de partes específicas do exame físico (por exemplo, exame ortopédico, neurológico, entre outros). Mostra-se inseguro em relação a algum sistema, não dominando técnicas necessárias em grande parte dos atendimentos.

I – Residente inseguro sobre a técnica necessária para realizar o exame físico de determinado sistema ou órgãos, necessitando suporte do preceptor inúmeras vezes.

Realiza exame físico de questões irrelevantes para o caso clínico em avaliação. Residente inseguro para, baseado nas possíveis hipóteses diagnósticas, conduzir um exame físico adequado.

TI – Residente além de não estar seguro para fazer o exame físico adequadamente, traz insegurança e potencial prejuízo ao paciente. Não solicita auxílio o preceptor e faz exame físico de forma displicente.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ES - O residente utiliza o MCCP, demonstrando preocupação em diagnosticar adequadamente os problemas de saúde agudos potencialmente fatais ou que necessitam medidas/ intervenções imediatas como médico; assim como reconhece as doenças crônicas mais frequentes e os problemas indiferenciados. O residente reconhece a grande maioria das patologias atendidas na APS, não deixando de cogitar hipóteses diagnósticas mais raras, quando isto se mostra relevante. Constrói um raciocínio clínico, levantando hipóteses de diagnósticos diferenciais relevantes. O residente está seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente está seguro em indicar hipóteses diagnósticas para a grande maioria das situações, no entanto, eventualmente necessita auxílio do preceptor para avaliação e conduta nas situações agudas e potencialmente fatais; assim como apresenta alguma dificuldade em trabalhar os problemas indiferenciados, tão comuns na APS. Raciocínio clínico bastante adequado.

C – Residente possui capacidade, mas não se mostra muito empenhado em exercitar as questões de diagnósticos diferenciais, sem aprofundar o raciocínio clínico em situações pertinentes para tal. Maneja as situações clínicas de forma mais superficial. Dificuldade em aprofundar as discussões clínicas com o seu preceptor.

I – Residente não aprofunda os casos clínicos, ficando restrito a uma hipótese diagnóstica. Apresenta dificuldade em exercitar este domínio, sendo bastante superficial nas discussões.

TI – Residente não consegue formular hipóteses diagnósticas, ficando restrito a condutas superficiais em casos complexos. Postura do residente pode trazer prejuízo em relação ao cuidado de saúde do paciente.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.4 EXAMES COMPLEMENTARES PERTINENTES

ES - O residente deve apresentar critérios técnicos para solicitar exames complementares, sendo bastante claro sobre a importância destes para os pacientes. Bom conhecimento sobre a realização de exames complementares, interpretando os resultados corretamente e de forma imediata, trazendo tranquilidade e segurança ao seu paciente. Apresenta capacidade para comunicar resultados de exames aos pacientes e familiares, mostrando conhecimento técnico, assim como empatia. Os resultados são informados de forma clara, coerente e compreensível. O residente demonstra preocupação ao final avaliando se o paciente compreendeu adequadamente o que lhe foi dito. Aplica o conhecimento sobre Prevenção Quaternária (P4) na solicitação de exames. O residente sente-se seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente consegue solicitar exames complementares de forma segura, coerente e adequada, explicando na grande maioria das vezes ao seu paciente a relevância de tais estudos adicionais. Em alguns momentos pode apresentar dúvidas e solicitar o auxílio do preceptor. Pode não estar tão atento em informar os resultados aos pacientes, assim como em sanar todas as dúvidas que podem ser decorrentes deste ato.

C – O residente é capaz de solicitar exames complementares importantes em determinada situação clínica, mas não se mostra muito empenhado; assim como não parece buscar trabalhar o conceito de prevenção quaternária na sua prática.

I – O residente é incapaz de compreender, em muitas vezes, a necessidade de solicitar ou não solicitar determinados exames complementares, assim como não se mostra envolvido em explicar isto aos pacientes.

TI – A incapacidade do residente em utilizar os exames complementares de forma adequada, podendo inclusive trazer potenciais prejuízos aos pacientes.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.5 PRESCRIÇÃO / DESPRESCRIÇÃO

ES - Demonstra conhecimento em relação aos fármacos e condutas prescritos, posologias, vias de administração e indicações. Demonstra conhecimento em relação a condutas inadequadas, explicando ao paciente o prejuízo que determinadas ações podem trazer a curto, médio ou longo prazo, praticando a prevenção quaternária. Demonstra preocupação e habilidade em trabalhar questões de desprescrição, construindo juntamente com o paciente esse processo. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente tem conhecimento em relação aos fármacos e condutas, de forma bastante satisfatória. No entanto, algumas vezes, não trabalha a prescrição/desprescrição com o paciente de forma tão sistemática. O tempo da consulta dedicado a este aspecto pode não ser suficiente para construir um processo de aderência do paciente.

C – O residente é capaz em algumas situações de trabalhar a prescrição / desprescrição, mas não se mostra muito empenhado em explicar as questões ao seu paciente. Não se destaca de forma alguma neste domínio.

I – O residente necessita aprofundar seus conhecimentos em relação a prescrição e desprescrição, ampliando seu conhecimento técnico. Busca inúmeras vezes auxílio do preceptor, mostrando bastante insegurança neste aspecto. Muitas vezes não faz prevenção quaternária para não ter que argumentar com o paciente e/ou familiares.

TI – O residente mostra inúmeras falhas e desconhecimento técnico de questões de prescrição e desprescrição que seriam esperados para o nível de conhecimento desejado. O despreparo do residente pode inclusive trazer prejuízos ao paciente.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.6 REGISTRO EM PRONTUÁRIO

ES - O residente percebe e compreende que o principal objetivo do prontuário é qualificar a assistência ao paciente, constituindo-se em um meio de comunicação entre os diferentes profissionais da saúde. É um recurso indispensável para assegurar a continuidade do atendimento. Realiza o registro de forma sucinta e adequada, orientado por problemas. Utiliza o SOAP como norteador no registro em prontuário. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente faz o registro de forma adequada, mas algumas vezes questões subjetivas ficam fora da evolução. Pode falhar na evolução dos planos terapêuticos ou no registro completo do exame físico.

C – O residente faz o registro de forma automática, utilizando jargões do meio médico. Copia lista de problemas, sem atualizações periódicas. Não apresenta empenho no registro em prontuário de cada caso.

I - Realiza o registro de forma longa ou sucinta demais, prejudicando a leitura prévia dinâmica e a compreensão do caso clínico. Torna-se muitas vezes prolixo na evolução, com raciocínio desconexo, mostrando dificuldade em questões inespecíficas de saúde. Não registra adequadamente subjetivo, objetivo, avaliação e plano terapêutico. Mostra desconhecimento do SOAP.

TI – O residente não apresenta registro em prontuário para o nível de conhecimento esperado. Não faz o registro em prontuário ou o faz de forma incompleta, com informações duvidosas ou questionáveis, não deixando o registro claro. As falhas no registro podem trazer prejuízos ao seu paciente.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.7 COORDENAÇÃO E ORDENAÇÃO DO CUIDADO

ES - O residente demonstra conhecimento do conceito de prevenção quaternária. O residente demonstra preocupação em utilizar o conceito de forma adequada. O residente aplica o conceito de prevenção quaternária (por exemplo, solicitação de exames de revisão), utilizando-a na sua prática. O residente consegue manejar de forma habilidosa a prática, por exemplo, de solicitação de exames desnecessários ou prescrição de fármacos sem evidência de alguma ação efetiva. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente demonstra conhecimento do conceito de prevenção quaternária. O residente demonstra preocupação em utilizar o conceito de forma adequada. A aplicação do conceito pode ser o mais difícil para o residente, necessitando auxílio do preceptor em algumas situações.

C – O residente tem conhecimento do conceito de prevenção quaternária, no entanto, não apresenta destaque algum no uso dele na sua prática médica. Não se mostra empenhado em trabalhar tal conceito com seus pacientes.

I – O residente não tem domínio claro do conceito de prevenção quaternária e mostra-se seguro sempre que está em alguma situação de aplicá-lo. Necessita que o preceptor faça alguma intervenção ativa.

TI – O residente não domina o conceito de prevenção quaternária, assim como não o pratica e não demonstra nenhum empenho em fazê-lo. A conduta do residente pode trazer prejuízos à saúde dos pacientes.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.8 CONHECIMENTO SOBRE EVIDÊNCIAS / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA E APLICAÇÃO NOS CASOS

ES – O residente utiliza-se dos casos e da prática para refletir sobre seu aprendizado, buscando nas lacunas o aprimoramento em pontos específicos. Busca nos princípios da APS e da MFC, assim como nas tecnologias ativas de ensino e aprendizagem em saúde, formas de aprofundar o seu conhecimento. Conhece fontes de atualização e busca apropriadamente respostas para as suas dúvidas, utilizando protocolos, diretrizes, artigos e bancos de dados como UpToDate, Dynamed, entre outros. Utiliza aplicativos / escalas / instrumentos de avaliação em prol do cuidado de seus pacientes. O residente sente-se seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente tem o conhecimento de evidências e de fontes de atualização, mas apresenta dificuldade em aplicá-las em algumas situações clínicas do dia a dia. Dificuldade em encontrar as evidências que busca, seja por não priorizar essa prática na sua rotina, seja por dificuldade tecnológica.

C – O residente utiliza métodos de estudo mais conservadores, como livros e busca em banco de dados e plataformas não bem estabelecidos no meio acadêmico a complementação de seu conhecimento. Aceita opinião de especialistas sem buscar melhores evidências científicas.

I – O residente não busca novos conhecimentos clínicos ou questiona o preceptor. Conforma-se com respostas prontas sobre determinadas questões, sem aprofundar o conhecimento. A busca de evidências não se mostra uma prática do residente no seu autoaprendizado. O residente não utiliza condutas baseadas em evidências, apresentando dificuldade em incorporar tal conduta ao seu cotidiano como profissional.

TI – O residente não utiliza conhecimentos baseados em evidências e inclusive mostra-se contrário a este alinhamento. A postura do residente pode trazer prejuízo à saúde do paciente e dificuldade nas discussões clínicas com a equipe de saúde.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

1.9 CUIDADO DOMICILIAR

ES – O residente reconhece as particularidades do AD1, AD2 e AD3. Pratica o AD1 de forma adequada, compreendendo o compromisso do MFC neste tipo de cuidado de saúde. Coordena o cuidado do paciente domiciliado, articulando com demais especialidades de saúde, familiares, cuidadores e o próprio paciente. Compreende a complexidade do cuidado domiciliar, considerando aspectos socioeconômicos e organização familiar. Aplica ferramentas da MFC como genograma, ciclos vitais e ecomapa, entre outros nos casos atendidos no domicílio. Maneja de forma satisfatória cuidados paliativos, quando indicado. Compreende e pratica este cuidado centrado na pessoa e não na doença. Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais. Identifica as estratégias familiares de suporte ao paciente. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente reconhece AD1, AD2 e AD3 e o papel na rede de atenção de cada nível de complexidade. O residente apresenta algum nível de insegurança em cuidados paliativos ou na utilização das ferramentas da MFC ou nas questões socioeconômicas, entre outros. Necessita em algumas situações trabalhar questões de empatia e abordagem familiar.

C – O residente realiza as visitas domiciliares de forma a cumprir necessidades da formação na residência de MFC, mas não apresenta destaque algum, nem envolvimento na atividade. O residente não aprofunda o estudo do caso ou do contexto familiar. O residente não busca articulação com a equipe multiprofissional, auxiliando no cuidado do seu paciente.

I – O residente mostra-se bastante inseguro, solicitando suporte constante nas visitas domiciliares, apresentando pouco envolvimento na coordenação do cuidado do seu paciente. Não estuda ou aprofunda conhecimentos utilizando as ferramentas da APS.

Não busca integração dos cuidados com outros profissionais. Pratica medicina baseada na doença e não na pessoa.

TI – O residente mostra-se completamente inseguro e não envolvido, trazendo potenciais prejuízos à saúde do seu paciente e na relação com os familiares / cuidadores.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que leve o residente a não conseguir realizar VDs durante um período da residência (área de conflito, pandemia, impossibilidade de deslocamento, entre outras situações), isto deverá ser pontuado nas observações para ser recuperado em algum outro momento da formação.

1.10 ABORDAGEM FAMILIAR

ES – O residente reconhece as diferentes tipologias familiares e suas funções. Identifica os ciclos familiares e as crises vitais, tão importantes no conceito de saúde-doença da população. Domina a técnica de entrevista familiar e compreende a resiliência familiar. Considera as competências culturais no contexto de diferentes famílias. Utiliza as ferramentas de abordagem familiar como genograma, ECOMAPA, círculo familiar, entre outras. Consegue abordar e manejar situações complexas de violência familiar. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente reconhece as tipologias familiares, os ciclos e crises vitais, as ferramentas de abordagem, no entanto, na prática clínica apresenta alguma dificuldade na aplicação de tais conhecimentos. Solicita em algumas situações o auxílio do preceptor, mas demonstra bastante empenho nesta melhoria.

C – O residente tem conhecimento superficial da abordagem familiar, utilizando conceitos de forma vaga. Não aplica as ferramentas com a profundidade necessária e com os resultados esperados.

I – O residente mostra-se muito inseguro no aspecto da abordagem familiar. Demonstra falta de conhecimento teórico deste domínio, sem postura que demonstre vontade de aprimorá-lo.

TI – Residente completamente despreparado neste aspecto. Não tem conhecimento sobre abordagem familiar e sua conduta pode trazer prejuízo à saúde de um paciente ou de uma família.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2. HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

2.1 ABORDAGEM ABRANGENTE DAS SITUAÇÕES ATENDIDAS

ES – O residente apresenta uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, sua família e comunidade. Preocupa-se em avaliar a situação de saúde de forma abrangente, conhecendo o contexto familiar e comunitário dos seus pacientes. Oferece uma ampla gama de serviços dentro de seu escopo de ações e adapta sua prática para as necessidades de seus pacientes. Identifica os problemas e necessidades da população. Articula-se com rede social de apoio. O residente sente-se seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente, na grande maioria das vezes, apresenta uma abordagem ampla da situação de saúde, considerando o MCCP. Eventualmente apresenta alguma dificuldade em se adaptar a situações mais complexas, inerentes à APS.

C – O residente tenta ter uma abordagem abrangente, mas não se destaca neste aspecto, ficando muitas vezes com situações pouco aprofundadas, tendendo a superficialidade nas abordagens. O residente não demonstra empenho nesta avaliação de questões familiares, comunitárias e/ou socioeconômicas.

I – O residente tem uma abordagem muito centrada na doença, mantendo o paciente com muitas dúvidas. Além de questões orgânicas, pouco considera situações do contexto ambiental e familiar.

TI – A forma pouco abrangente e postura mais superficial do residente, podem levar a prejuízos à saúde do paciente, incluindo não vinculação no serviço de APS.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.2 CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

ES – O residente reconhece e utiliza os componentes da abordagem centrada na pessoa, sendo eles: 1. Explorando a doença e a experiência da pessoa com a doença; 2. Entendendo a pessoa como um todo, inteira; 3. Elaborando um projeto comum de manejo dos problemas; 4. Incorporando prevenção e promoção à saúde no dia a dia; 5. Intensificando a relação médico-pessoa; 6. Sendo realista. Reconhece as principais ameaças à saúde da pessoa, incluindo doenças e fatores de risco. Sente-se capaz de ensinar e avaliar a abordagem centrada na pessoa.

S – O residente reconhece os componentes da abordagem centrada na pessoa, mas apresenta eventualmente dificuldade para utilizar algum deles, necessitando auxílio do preceptor.

C – O residente apresenta conhecimento dos componentes deste tipo de abordagem, mas não se empenha em utilizar tal abordagem nos seus atendimentos médicos.

I – O residente não tem conhecimento na abordagem centrada na pessoa, com muita dificuldade em realizá-la.

TI – Além de não ter conhecimento ou praticar a abordagem centrada na pessoa, o residente não mostra identidade alguma com este tipo de trabalho, podendo trazer prejuízo aos seus pacientes.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.3 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

ES – O residente maneja situações complexas, encontros difíceis e/ou pacientes altamente demandantes, de forma tranquila e resiliente. O residente mostra-se hábil na interlocução de situações tensas, conseguindo respeitar o momento dos pacientes e familiares, com cuidado em relação às competências culturais, de forma bastante articulada. Consegue fazer a interlocução de diferentes redes de cuidados, caso necessário para resolver o problema. Faz gestão de conflitos com usuários e dentro da

própria equipe de trabalho. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

E – O residente maneja situações complexas, encontros difíceis e/ou pacientes altamente demandantes, solicitando suporte do preceptor ou do coordenador da equipe, a fim de se sentir mais seguro e respaldado por profissionais mais experientes. O residente mostra-se hábil na interlocução de situações tensas, conseguindo respeitar o momento dos pacientes e familiares, com cuidado em relação às competências culturais, de forma bastante articulada.

C – O residente consegue manejar algumas situações complexas ou difíceis, mas só exerce este papel quando é demandado pelo preceptor ou por coordenador da equipe, conseguindo então ocupar uma posição na resolução dos conflitos / problemas.

I – O residente procura não se envolver em situações conflituosas para que não tenha que exercer nenhum papel mediador. Apresenta uma postura extremamente neutra, chegando à omissão, o que pode trazer prejuízo ao paciente ou ao andamento da equipe.

TI - O residente não apresenta habilidade alguma em situações problemáticas. Não consegue ter habilidade em manejar situações de conflito, seja dentro da equipe ou com usuários.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.4 ABORDAGEM DE QUESTÕES ESPECÍFICAS

ES – O residente conversar sobre assuntos como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto, entre outros temas difíceis, de forma cuidadosa e empática, conseguindo trabalhar medos e angústias, próprias e dos pacientes e familiares. O residente busca referência bibliográficas sobre estas questões específicas e aprofunda o conhecimento. Aborda estes temas com usuários e dentro da própria equipe de trabalho. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S - O residente maneja situações com questões específicas como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto, entre outros temas difíceis de maneira tranquila em grande parte das vezes, solicitando suporte do preceptor ou do coordenador da equipe em algumas situações, a fim de se sentir mais seguro e respaldado por profissionais mais experientes. O residente mostra-se hábil na interlocução de situações específicas, conseguindo respeitar o momento dos pacientes e familiares, com cuidado em relação às competências culturais, de forma bastante articulada.

C – O residente consegue manejar algumas situações específicas, mas só exerce este papel quando é demandado pelo preceptor ou por coordenador da equipe, conseguindo então ocupar uma posição na abordagem da situação.

I – O residente procura não se envolver em situações específicas para que não tenha que exercer nenhum papel importante ou colocar-se sobre determinadas questões. Apresenta uma postura extremamente neutra, chegando à omissão, o que pode trazer prejuízo ao paciente ou ao andamento da equipe.

TI - O residente não apresenta habilidade alguma em situações como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto, entre outros temas específicos. Não consegue ter competência para manejar situações de delicadas, seja dentro da equipe ou com usuários.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.5 PASSAGEM DE CASO

ES – O residente discute os casos com o preceptor de forma organizada e adequada para a sua fase de formação como MFC, organizando o raciocínio clínico e considerando avaliações e hipóteses diagnósticas pertinentes para cada situação. Ele consegue utilizar o feedback imediato de forma importante para seu aprendizado. Tem o cuidado em fazer referências da APS adequadas e com as devidas informações para os demais níveis de atenção à saúde ou serviços de regulação. Utiliza conhecimentos adquiridos com os

diversos recursos tecnológicos disponíveis (aplicativos, telessaúde, base de dados, entre outros).

E – O residente discute os casos com o preceptor de forma organizada e adequada para a sua fase de formação como MFC, no entanto, não apresenta muito cuidado ao referenciar a situação a outros níveis de atenção ou não apresenta preocupação em acompanhar o caso, coordenando o cuidado. Tem o conhecimento mais restrito à discussão com o preceptor, não utilizando outros recursos tecnológicos para enriquecer seu conhecimento.

C – A discussão dos casos é adequada, mas superficial, não sendo possível levantar hipóteses diagnósticas. A utilização de recursos como “feedback” imediato não é percebida de forma tão construtiva. Apresenta certa resistência no aprofundamento das discussões, não extrapolando o caso em avaliação para situações semelhantes. Faz referências adequadas, bem fundamentadas.

I – O residente apresenta dificuldade de discutir o caso com o preceptor, mostrando déficit na elaboração do raciocínio clínico e nos diagnósticos diferenciais. As referências são superficiais, com problemas no embasamento teórico e conhecimento dos protocolos.

TI - O residente nega-se ou esquivava-se de discutir os casos, conforme orientado pelo preceptor. Mostra-se incomodado em ter que repassar os casos. Não utiliza os recursos de aprendizado imediato, tão úteis na formação do residente. Não mostra empenho em fazer referências adequadas, seguindo os protocolos ou as indicações médicas.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.6 PASSAGEM DE INFORMAÇÕES AOS PACIENTES E AOS FAMILIARES

ES – O residente preocupa-se com a forma de comunicação de orientações, planos, prescrições, considerando comunicação verbal, escrita e corporal. Busca trabalhar a habilidade de comunicar notícias difíceis aos pacientes e familiares. Utiliza métodos que facilitam a compreensão por parte dos usuários sobre suas condições de saúde e verifica

se as informações foram bem assimiladas. Mostra-se sempre acessível aos seus pacientes e familiares, tendo a busca de um bom vínculo um importante recurso para o seu trabalho. Estimula que as pessoas façam perguntas e tirem suas dúvidas.

S – O residente mostra-se preocupado com a comunicação verbal, escrita e/ou corporal. Prima pelo bom vínculo com seus pacientes. Costuma, no entanto, não valorizar tanto as perguntas e dúvidas dos seus pacientes e familiares.

C – O residente mostra-se preocupado com comunicação verbal, escrita e/ou corporal, mas não costuma verificar o que foi compreendido pelo seu usuário. Parece seguir “um roteiro pré-estabelecido”, sem perceber a situação ao seu redor para avaliar o que deve ser informado, quando, como e de que forma.

I – O residente deseja transmitir as informações adequadas aos pacientes e familiares, mas apresenta problemas de comunicação, seja verbal, escrita e/ou corporal. Não consegue informar de forma adequada as orientações, planos ou prescrições.

TI - O residente não se mostra preocupado com a forma de transmitir as informações aos pacientes e familiares. Foca centralmente no diagnóstico e na prescrição, sem revisar o que foi assimilado pelos usuários. Não fornece orientações escritas. Não considera a passagem de informações pertinentes à consulta médica, reservando menor tempo para esta ação. Esta postura apresenta potencial prejuízo à saúde da população.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

2.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

ES – O residente mostra-se preocupado com o papel da educação em saúde no trabalho do MFC, buscando utilizar tal recurso na abordagem individual, familiar e comunitária. Estuda questões relevantes à educação em saúde, aplicando-as em atividades com grupos, sala de espera, campanhas, atividades programadas e educação continuada na equipe. Busca utilizar novas tecnologias para aprimorar a educação em saúde. Auxilia a equipe a trabalhar educação em saúde. O residente sente-se seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente mostra-se preocupado com o papel da educação em saúde no trabalho do MFC, buscando utilizar tal recurso na abordagem individual, familiar e comunitária. Estuda questões relevantes à educação em saúde, aplicando-as em atividades com grupos, sala de espera, campanhas e atividades programadas.

C – O residente mostra-se preocupado com o papel da educação em saúde no trabalho do MFC, buscando utilizar tal recurso na abordagem individual, familiar e comunitária. Não apresenta sugestões de novas abordagens neste aspecto. Fica restrito ao que já foi trabalhado, da mesma maneira que sempre foi executado.

I – O residente considera pertinentes ações que envolvam educação em saúde, no entanto, não tem compreensão técnica de como abordá-la ou mostra-se resistente em realizar tais atividades.

TI - O residente considera irrelevante o papel da educação em saúde para a atuação do MFC. Não prima por atividades como grupos terapêuticos e outras ações que envolvam educação em saúde.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar atividades de educação em saúde em algum período da residência (área de conflito, pandemia, impossibilidade de reuniões, entre outras situações), isto deverá ser pontuado nas observações para ser recuperado em algum outro momento da formação.

3. COMPROMETIMENTO PROFISSIONAL

3.1 ÉTICA COM PACIENTES E FAMILIARES

ES - O residente demonstra preocupação com o bem-estar do paciente, agindo dentro de aspectos ético-legais bem estabelecidos. Conhece e aplica os conceitos de confidencialidade, sigilo profissional, consentimento informado, capacidade do paciente para tomada de decisões. Maneja problemas éticos na relação do profissional com as pessoas e com as famílias. O residente mostra-se tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

E – O residente apresenta um comportamento ético, na grande maioria das situações, tendo insegurança e dúvidas em alguns momentos. Tem conhecimento dos conceitos que envolvem questões ético-legais, solicitando auxílio do preceptor.

C – O residente apresenta conhecimento em relação a questões ético-legais, mas não demonstra muita preocupação com elas. Apresenta um pouco de limitações na aplicação de conceitos importantes.

I – O residente demonstra desconhecimentos e falhas na aplicação de conceitos como confidencialidade, segredo profissional, consentimento informado, decisão compartilhada, entre outros. Consegue compreender tais limitações quando abordado sobre estes conhecimentos.

TI – O residente demonstra desconhecimentos e falhas na aplicação de conceitos como confidencialidade, segredo profissional, consentimento informado, decisão compartilhada, entre outros. Este comportamento pode trazer prejuízos aos seus pacientes, pois apesar do assunto ser abordado, o residente continua apresentando problemas ético-legais.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

3.2 ÉTICA COM COLEGAS E NO AMBIENTE DE TRABALHO

ES – O residente maneja problemas éticos relacionados à organização local e ao sistema de saúde (na unidade; na rede de serviços; na interação com a indústria farmacêutica). Demonstra respeitar a história do serviço em que está inserido, assim como com os colegas que ali trabalham, sem deixar de ser pró ativo e propositivo. Preocupa-se em auxiliar que o ambiente de trabalho, assim como o relacionamento com preceptores e colegas, seja saudável. Compreende e fortalece o trabalho em equipe.

S – O residente maneja questões éticas com colegas e ambiente de trabalho, mas necessita em alguns momentos auxílio do preceptor, orientando-o na condução de situações que possam criar animosidades locais.

C - O residente pode se mostrar passivo em relação a este item (parecendo não pertencer a determinada equipe de saúde) ou pode, de forma geral, agir de forma ética com a equipe, mas apresentar algumas dificuldades de comunicação com os colegas.

I – O residente age de forma antiética em relação ao ambiente de trabalho e aos colegas, mas quando apontado tal problema, consegue compreender a situação e agir em prol de ajuste do problema.

TI - O residente age de forma antiética em relação ao ambiente de trabalho e aos colegas, de forma a repetir o comportamento em diferentes situações, não conseguindo demonstrar tentativa de mudança.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

3.3 PROFISSIONALISMO

ES – O profissionalismo do residente deve ser avaliado em relação a três aspectos: competência técnica, compromisso público e autorregulação. O residente mostra-se muito responsável com seus pacientes, com suas atividades e com o programa de residência que está desenvolvendo (atividades práticas e atividades teóricas). O residente cumpre as atividades que lhe são propostas de forma responsável, seguindo orientações e prazos. O residente é pontual, tanto ao chegar no trabalho, com sua agenda e com compromissos assumidos. O residente assume um papel importante de saber seus compromissos, sem a necessidade de ser cobrado.

S – O residente apresenta profissionalismo nos aspectos de competência técnica, compromisso público e autorregulação, no entanto, em algum deles, não cumpre de forma completa e irrepreensível. O residente pode apresentar atrasos eventuais ou esquecimentos de compromisso, de forma que não traga prejuízo ao seu aprendizado, aos seus pacientes e à sua supervisão.

C – O residente apresenta profissionalismo em relação a questões importantes, mas precisa ser repreendido por alguma falha. Apresenta envolvimento no programa de

residência de forma satisfatória, mas sem nenhum destaque, fazendo o mínimo necessário para cumprir seus compromissos.

I – O residente apresenta falhas no profissionalismo, seja no aspecto da competência técnica, do compromisso público ou da autorregulação, agindo repetidas vezes de forma problemática.

TI – O residente não apresenta profissionalismo algum, necessitando ser constantemente repreendido. O comportamento traz prejuízo aos pacientes e à equipe com quem trabalha.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

3.4 PREOCUPAÇÃO COM SEGURANÇA DO PACIENTE

ES – O residente tem preocupação em identificar o paciente, em respeitar questões dele, zelando pelo sigilo em relação à familiares, à comunidade e outros integrantes da equipe. Mostra-se atento a situações de risco, assim como medicações que aumentam risco para quedas, hemorragias, hipoglicemias ou intoxicações. Verifica na sua prática as interações medicamentosas. Apresenta cuidado em situações que exijam transição do cuidado. Preocupa-se em manter uma comunicação clara, evitando erros. O sente-se seguro para abordar tal questão com outros profissionais.

S – O residente demonstra preocupação em relação à segurança do paciente, executando atividades que auxiliam neste aspecto, no entanto, eventualmente necessita que o preceptor faça intervenções reforçando tais cuidados. Em alguns momentos negligencia a segurança do paciente.

C – O residente tem preocupação com segurança do paciente sem muito destaque. Não aborda tal assunto como relevante na sua atuação como médico. Trabalha de forma displicente questões de segurança do paciente como sigilo, interações medicamentosas, efeitos colaterais, entre outros.

I – O residente não apresenta preocupação alguma com questões que envolvam segurança do paciente.

TI – O residente não apresenta preocupação com segurança do paciente, chegando inclusive a ter uma postura profissional que expõe seu paciente a situações de risco.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

3.5 PROATIVIDADE

ES - O residente mostra-se proativo nas atividades da residência médica e nas atividades próprias da sua unidade de saúde. Mostra-se empenhado e traz sugestões construtivas ao seu processo de aprendizado e para o fluxo do trabalho seu e/ou de colegas. Utiliza-se de conhecimentos próprios para bem da sua equipe e dos usuários da sua comunidade. Destaca-se pela forma colaborativa com que se posiciona.

S – O residente tem proatividade desde que estimulado pelo preceptor ou por colegas da unidade de saúde e/ou da residência.

C – O residente mostra-se neutro neste aspecto, sem grandes destaques na sua postura.

I – O residente não apresenta proatividade nem em relação às atividades de sua formação médica, nem em relação a questões da sua unidade de saúde. Em algumas situações chega a fazer críticas não construtivas.

TI – O residente apresenta postura inadequada, com críticas não construtivas em todas as situações, deixando o ambiente de trabalho desconfortável. Pode trazer inclusive prejuízo ao seu próprio aprendizado e ao cuidado dos seus pacientes.

NA – O residente de MFC, neste item do domínio, obrigatoriamente necessita ser avaliado. Não se aplica NA.

4. PROCEDIMENTOS

** No Currículo Baseado em Competências da SBMFC não existe um número exato para que o residente esteja apto em tal habilidade. No entanto, sabe-se que quanto mais o residente for exposto e tiver a oportunidade de realizar determinado procedimento, maior será sua habilidade em executá-lo.

** Caso o residente tenha a oportunidade de executar algum outro procedimento que não esteja descrito no instrumento (agulhamento a seco, infiltração de articulações, cauterização, entre outros), deve ser descrito no campo das observações, como um aspecto positivo no processo de aprendizagem daquele residente.

4.1 LAVAGEM OTOLÓGICA

ES - Faz o diagnóstico adequado de cerume, com indicação de lavagem otológica. Realiza a lavagem otológica de forma segura e tranquila, explicando etapas do procedimento ao paciente. Orienta o paciente sobre complicações que possam vir decorrentes da lavagem otológica. O residente está tão capaz neste aspecto que se sente seguro para ensinar / orientar outros profissionais.

S – O residente sente-se seguro quanto ao diagnóstico de cerume e indicação de lavagem otológica, no entanto, em algumas situações, solicita auxílio do preceptor na realização do procedimento.

C – O residente mostra-se capaz de realizar o procedimento, no entanto não mostra empenho em realizá-lo na maioria das vezes. Chega a repassar o procedimento a outros colegas em muitos momentos.

I – O residente mostra-se completamente inseguro, solicitando a presença do preceptor, sempre que ele realiza tal procedimento.

TI – O residente mostra-se completamente despreparado, não demonstrando nem conhecimento teórico do procedimento. Este residente pode trazer prejuízo à saúde do paciente.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento

na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.2 INSERÇÃO DE DIU E IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO

ES – O residente realiza explicação de cada método contraceptivo, avaliando as indicações e contraindicações da inserção do DIU a sua paciente. Avalia qual tipo de DIU deve ser indicado. Realiza inserção do DIU sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza inserção do DIU de forma tão adequada e tranquila, conseguindo descrever todas as etapas. Insere DIU de forma tranquila e satisfeita, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica de inserção de DIU sob supervisão, no entanto, em algumas situações, necessita do auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica de inserção de DIU, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar a inserção de DIU, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar a inserção do DIU, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, muitas vezes por ignorar o desejo contraceptivo da mulher.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.3 EXÉRESE CISTO / LIPOMA

ES – O residente consegue avaliar nodularidades (cistos e lipomas) os quais podem ser retirados na unidade de saúde, sem maiores riscos ou complicações. Realiza exérese sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza procedimento seguindo todas as etapas necessárias (assepsia, analgesia, exérese, sutura e curativo) de forma tão

adequada, conseguindo descrevê-las. Realiza procedimento de forma tranquila e satisfatória, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica de exérese de cisto ou lipoma sob supervisão, no entanto, em algumas situações, necessita o auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica de exérese de cisto ou lipoma, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar a exérese de cisto ou lipoma, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar a exérese de cisto ou lipoma, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, chegando a encaminhar o paciente para realizar o procedimento fora da APS.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.4 PEQUENAS SUTURAS

ES – O residente consegue avaliar adequadamente lesões corto-contusas e indicar quais podem ser realizadas na APS, sem maiores riscos ou complicações. Realiza pequenas suturas sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza procedimento seguindo todas as etapas necessárias (asepsia, analgesia, sutura e curativo) de forma adequada, conseguindo descrevê-las. Realiza procedimento de forma tranquila e satisfatória, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica de pequenas suturas sob supervisão, no entanto, em algumas situações, necessita do auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica de pequenas suturas, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar pequenas suturas, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar pequenas suturas, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, chegando a encaminhar o paciente para realizar o procedimento fora da APS.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.5 CANTOPLASTIA

ES – O residente consegue avaliar adequadamente e indicar, sem maiores riscos ou complicações. Realiza cantoplastia sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza procedimento seguindo todas as etapas necessárias, conseguindo descrevê-las. Realiza procedimento de forma tranquila e satisfatória, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica de cantoplastia sob supervisão, no entanto, em algumas situações, necessita o auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica de cantoplastia, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar cantoplastia, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar cantoplastia, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, chegando a encaminhar o paciente para realizar o procedimento fora da APS.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.6 DRENAGEM DE ABSCESSO E COLOCAÇÃO DE DRENO

ES – O residente consegue avaliar adequadamente lesões que necessitam ser drenadas, sem maiores riscos ou complicações. Realiza drenagens sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza procedimento seguindo todas as etapas necessárias de forma adequada, conseguindo descrevê-las. Realiza procedimento de forma tranquila e satisfatória, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica de drenagem de abscesso, no entanto, em algumas situações, necessita o auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica de drenagem de abscesso, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar drenagem de abscesso, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar drenagem de abscesso, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, chegando a encaminhar o paciente para realizar o procedimento fora da APS.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

4.7 APLICAÇÃO DE ATA (ÁCIDO TRICLOROACÉTICO) 80-90%

ES – O residente consegue avaliar adequadamente e indicar, sem maiores riscos ou complicações, determinado procedimento. Realiza aplicação de ATA sob supervisão, dominando a técnica necessária. Realiza procedimento seguindo todas as etapas necessárias, conseguindo descrevê-las. Realiza procedimento de forma tranquila e satisfatória, sentindo-se capaz de explicar / ensinar a outro colega.

S – O residente domina a técnica para aplicação de ATA sob supervisão, no entanto, em algumas situações, necessita do auxílio do preceptor.

C – O residente domina teoricamente a técnica, no entanto, não realiza o procedimento com tanta frequência, que seja possível dizer que ele domina completamente este procedimento, a ponto de realizá-lo sem supervisão.

I – O residente mostra-se incapaz de realizar aplicação de ATA, solicitando que o procedimento seja realizado pelo seu preceptor.

TI – O residente é incapaz de realizar aplicação de ATA, mas não solicita auxílio para tal e traz prejuízo a sua paciente, chegando a encaminhar o paciente para realizar o procedimento fora da APS.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar este tipo de procedimento na unidade, isto deverá ser pontuado nas observações para ser organizado e suprido em algum outro momento da formação.

5. ABORDAGEM COMUNITÁRIA

5.1 TERRITORIALIZAÇÃO

ES – O residente realiza a territorialização de maneira sistematizada, utilizando os instrumentos e técnicas desenvolvidas com o intuito de conhecer o território de trabalho e identificar os problemas e necessidades da população. Realiza diagnóstico situacional de saúde por meio de instrumentos de abordagem comunitária (ECOMAPA, Diagnóstico de Demanda, Estimativa Rápida Participativa, técnicas de georreferenciamento). O residente consegue, a partir dos conhecimentos adquiridos, definir prioridades para atuação da equipe.

S – O residente realiza a territorialização de maneira sistematizada, utilizando os instrumentos e técnicas desenvolvidas com o intuito de conhecer o território de trabalho e identificar os problemas e necessidades da população. Apresenta certa dificuldade em definir prioridades de trabalho na comunidade a partir do estudo da territorialização.

C – O residente realiza a territorialização de maneira sistematizada, mas sem muito destaque. Realiza o diagnóstico situacional utilizando algum dos instrumentos, mas não

domina o conceito de todos. Apresenta limitação na utilização dos conhecimentos para planejamento de prioridades da comunidade.

I – O residente não sabe realizar uma territorialização adequada, de forma sistematizada. Não tem domínio dos conceitos e dos instrumentos.

TI - O residente não sabe realizar uma territorialização adequada, de forma sistematizada. Não tem domínio dos conceitos e dos instrumentos. Além desta limitação, não vislumbra importância da territorialização no seu trabalho como médico de família e comunidade.

NA – É importante que o residente seja avaliado neste subitem do domínio. Caso ocorra alguma situação especial que o leve a não conseguir realizar atividades de territorialização em algum período da residência (área de conflito, pandemia, impossibilidade de reuniões, entre outras situações), isto deverá ser pontuado nas observações para ser recuperado em algum outro momento da formação.

5.2 CONHECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

ES – O residente tem conhecimento das RAS. Ele utiliza-se da comunidade e da própria equipe para conhecer a rede de suporte da sua comunidade. Identifica e articula-se com rede social de apoio. Conhece o trabalho dos Conselhos de Saúde (Local, Municipal) e promove controle e empoderamento social, a partir deste trabalho. Participa destas atividades de controle social.

S – O residente tem conhecimento da RAS (Rede de Atenção à Saúde). Ele utiliza-se da comunidade e da própria equipe para conhecer a rede de suporte da sua comunidade. Necessita da orientação do preceptor para trabalhar questões de controle social.

C - O residente tem conhecimento da RAS, mas não trabalha de forma sistemática a questão do controle social e participação da comunidade, estimulada pelos profissionais da saúde.

I – O residente não tem conhecimento da RAS, assim como desconhece o controle social e como trabalhar tal aspecto na sua comunidade.

TI - O residente não tem conhecimento da RAS, assim como desconhece o controle social e como trabalhar tal aspecto na sua comunidade. Além disso, não considera os aspectos da abordagem comunitária e das redes relevantes nas questões de saúde.

5.3 RECURSOS DA COMUNIDADE EM PROL DELA MESMA

ES – O residente reconhece recursos da própria comunidade que podem auxiliá-lo no seu desenvolvimento. O residente trabalha ações educativas no território com o objetivo de dar autonomia ao autocuidado em saúde para a população, assim como planeja ações prioritárias de saúde com base no diagnóstico comunitário. Promove ações intersetoriais. O residente está tão capaz neste aspecto que se sente seguro para trabalhar tal questão com outros profissionais.

S – O residente desenvolve ações educativas no território com o objetivo de dar autonomia ao autocuidado em saúde para a população, assim como planeja ações prioritárias de saúde com base no diagnóstico comunitário. Promove ações intersetoriais. O residente necessita intervenção do preceptor para reconhecer recursos da própria comunidade e para a organização deste processo de desenvolvimento da autonomia do autocuidado.

C – O residente desenvolve ações educativas no território, mas não trabalha de forma tão clara e determinada a questão da autonomia do autocuidado. Apresenta dificuldade em reconhecer recursos da própria comunidade.

I – O residente não consegue identificar recursos da própria comunidade e tem dificuldade em trabalhar isso em seu benefício.

TI - O residente não consegue identificar recursos da própria comunidade e tem dificuldade em trabalhar isso em seu benefício. Ele não percebe como tal aspecto pode trazer melhorias para a sua comunidade.

5.4 TRABALHO EM GRUPO OU COM A COMUNIDADE

ES – O residente tem conhecimento técnico do Trabalho em Grupo e de Educação Popular em Saúde. O residente além do conhecimento, consegue fazer este trabalho de forma bastante enriquecedora e satisfatória, em diferentes áreas da APS. O residente

está tão capaz neste aspecto que se sente seguro para trabalhar tal questão com outros profissionais.

S – O residente tem conhecimento técnico do Trabalho em Grupo e de Educação Popular em Saúde. Necessita do auxílio do preceptor para conseguir trabalhar de forma mais construtiva as questões de Grupo Terapêutico.

C – O residente não se destaca no Trabalho em Grupo. Realiza esta atividade caso seja solicitado pelo preceptor, de forma bastante convencional e sem destaques.

I – O residente não tem conhecimento técnico do Trabalho em Grupo para realizar uma atividade satisfatória.

TI – O residente não tem conhecimento técnico do Trabalho em Grupo e não considera esta ação importante no trabalho do médico de família e comunidade.

6. CONHECIMENTO MÉDICO BASEADO NA PRÁTICA

6.1 PREOCUPAÇÃO COM SEU APRENDIZADO E ESTUDO AUTODIRIGIDO

ES – O residente trabalha de forma autônoma e proativa, escolhendo tópicos a serem melhorados. Utiliza-se de fontes próprias de informação, adquirindo e validando o conhecimento por conta própria, sem indicação do Programa de Residência ou do seu preceptor. Geralmente o residente identifica aspectos que devam ser melhorados, determina metas, elabora e executa seu aprendizado.

S – O residente trabalha de forma autônoma e proativa, escolhendo tópicos a serem melhorados. Geralmente o residente identifica aspectos que devam ser melhorados, determina metas, elabora e executa seu aprendizado. Eventualmente solicita auxílio do seu preceptor na determinação de aspectos a serem melhorados.

C – O residente consegue identificar alguns aspectos a serem melhorados, mas não trabalha isto de forma sistematizada. Não apresenta destaque neste item.

I – O residente não pratica o estudo autodirigido.

TI – O residente não pratica o estudo autodirigido e não percebe que isto seja importante para o seu desenvolvimento profissional como médica de família e comunidade.

6.2 INFLUÊNCIA DAS SUAS PRÁTICAS NO LOCAL EM QUE ATUA

ES – O residente através dos seus atendimentos bem feitos, registros adequados em prontuários e condutas baseadas em evidências, consegue fazer com que seu local de atuação tenha práticas melhores, com qualificação do serviço ofertado. O residente consegue auxiliar em discussões de casos e seminários que envolvam a prática de toda a equipe. A presença da residência no serviço estimula a capacitação e qualificação dos atendimentos.

S – A presença da residência qualifica o serviço da equipe e a postura do residente auxilia muito neste processo, mas é necessário que a coordenação e os preceptores estejam constantemente fazendo ações de treinamento e oficinas, com reforço positivo desta qualificação.

C – A presença do residente não tem ação sobre melhoria das práticas médicas no serviço em que a formação acontece.

I – A presença do residente parece piorar as práticas médicas e os cuidados de saúde no serviço em que ocorre a formação.

TI – A presença do residente piora as práticas médicas, justificada principalmente pelo trabalho inadequado e relapso do residente.

NA - Caso o programa de residência ou o local em que o treinamento em serviço ocorra não propicie este tipo de crescimento e trocas, o residente não deverá ser penalizado com uma má avaliação. No entanto, é um aspecto que deve ser destacado, estimulado e desenvolvido pelos Programas de Residência de MFC.

6.3 UTILIZA SITUAÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS PARA APRIMORAMENTO DOS CONHECIMENTOS CLÍNICOS

ES - O residente utiliza os conhecimentos de situações já vivenciadas para aplicar em atendimentos de novos casos clínicos. Consegue transpor conhecimentos teóricos para novas situações clínicas. Consegue relacionar situações que são aplicáveis a outros momentos, com adequação. O residente consegue auxiliar em discussões de casos, trazendo exemplos e vivências, mostrando a origem de determinado conhecimento. O residente sente-se seguro para trabalhar tal questão com outros profissionais.

S – Na grande maioria das vezes aplica conhecimentos adquiridos em atendimentos anteriores a fim de auxiliar na resolução de algumas situações clínicas. No entanto, necessita que o preceptor seja proativo e resgate esses conhecimentos.

C – O residente consegue fazer essa conexão de situações clínicas prévias com novos atendimentos, no entanto, não se mostra muito empenhado em fazer estas discussões. Não aproveita o conhecimento prévio de forma construtiva.

I – A forma como o residente conduz a situação clínica parece piorar as práticas médicas e os cuidados de saúde no serviço em que ocorre a formação.

TI – O residente não utiliza nenhum tipo de conhecimento prévio nas consultas; falta correlacionar as situações. Residente apresenta um comportamento desinteressado, trazendo prejuízo à sua prática.

NA - Caso o programa de residência ou o local em que o treinamento em serviço ocorra não propicie este tipo de crescimento e trocas, o residente não deverá ser penalizado com uma má avaliação. No entanto, é um aspecto que deve ser destacado, estimulado e desenvolvido pelos Programas de Residência de MFC.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BEN, A. J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 1–16, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354)

BORGES COSTA, L. et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632)

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 132–140, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100016>

BRASIL; SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução No 1, de 25 de maio de 2015. [S. l.], 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192

CAIRES, I. da S. et al. Tradução, Adaptação, Validação e Avaliação para Uso no Brasil de um Instrumento Britânico de Auxílio à Escolha da Especialidade Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 540–550, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20160055>

CATE, O. ten; CARRACCIO, C. Envisioning a True Continuum of Competency-Based Medical Education, Training, and Practice. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, [S. l.], v. 94, n. 9, p. 1283–1288, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002687>

DA SILVA SOUZA, C.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais - Aspectos gerais. *Medicina (Brazil)*, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 284–292, 2014.

FILHO, S. A. F. et al. Teaching skills for medical residents: Are these important? A narrative review of the literature. *Sao Paulo Medical Journal*, [S. l.], v. 136, n. 6, p. 571–578, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0147060818>

HABILIDADES, A. de; CSA, C. Avaliação de Habilidades Clínicas (CSA).[S. l.], p.1–5,2020.

JESUS, G. R. de; BEDRITICHUK, A. G. A. Autoavaliação institucional: construção e validação de um questionário para o professor. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, [S. l.], v. 23, n. 3, p. 628–647, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772018000300004>

LAWRENCE, K. et al. Continuous Reflective Assessment for Training (CRAFT): A national programmatic assessment model for family medicine. Mississauga. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada, [S. l.], 2018.

LOCHNAN, H. et al. Conceptualization of Competency-Based Medical Education Terminology in Family Medicine Postgraduate Medical Education and Continuing Professional Development: A Scoping Review. [S. l.: s. n.]. v. 95E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003178>

- LOURDES, M. et al. Coletiva na Formação Médica. [S. l.], v. 37, n. 1, p. 52–59, [s. d.].
- MARIA, A. et al. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE. [S. l.: s. n.].
- MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). Revista Brasileira de Educação Médica, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 166–175, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022009000200002>
- MEIER, A.H.; GRUESSNER, A.; COONEY, R.N. Using the ACGME Milestones for Resident Self-Evaluation and Faculty Engagement. J Surg Educ, [S. l.], v. 73, n. 6, p. e150–e157, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.09.001>
- MENDES, A.O.; VIVEIROS, L. B. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–9, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1580](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1580)
- NEUMANN, C. R. et al. Avaliação de competências no internato: Atividades Profissionais Confiabilizadoras essenciais para a prática médica. [S. l.: s. n.]. E-book.
- OCHSMANN, E. B. et al. Well prepared for work? Junior doctors' self-assessment after medical education. BMC Medical Education, [S. l.], v. 11, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-99>
- PANÚNCIO-PINTO, M. P.; DE ALMEIDA TRONCON, L. E. Avaliação do estudante - Aspectos gerais. Medicina (Brazil), [S. l.], v. 47, n. 3, p. 314–323, 2014.
- PONTE NETO, O. A. da et al. Auto avaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental TT - Self-evaluation as an educational strategy in the context of multiprofessional residence program in family health and. Tempus (Brasília), [S. l.], v. 10, n. 4, p. 247–263, 2016. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2363>
- RCGP. MRCGP Clinical Skills Assessment CSA Candidate Feedback - August 2016. [S. l.], n. March, p. 1–10, 2016.
- SANTOS, L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: Uma impossibilidade ou um desafio? Ensaio, [S. l.], v. 24, n. 92, p. 637–669, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362016000300006>
- SCHMITT, C. da S.; DOMINGUES, M. J. C. de S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), [S. l.], v. 21, n. 2, p. 361–386, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772016000200004>
- SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica Teaching methodology in the preceptorship of medical residency. Rev Med Res Curitiba, [S. l.], v. 4, p. 116–120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007001100001>
- TRONCON, L. E. de A. Estruturação de Sistemas para Avaliação Programática do Estudante de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 30–42, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01392015>

VENTURA, A.A. et al. Qualidade e auto-avaliação no ensino superior - validação de escalas de opinião dos estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, [S. l.], v. II, n. 10, p. 57–64, 2009.

WEIDNER, A. K. H.; CHEN, F. M. Changes in Preparation and Practice Patterns Among New Family Physicians. Annals of family medicine, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 46–48, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2337>

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cad ABEM, [S. l.], v. 3, p. 39–43, 2007. Disponível em: http://integradoras_i_programa_2008.pdf.medicina.ufg.br/up/148/o/AVALIACAO_DA_APRENDIZAGEM.pdf

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho sobre avaliação de residentes de medicina, com ênfase na Medicina de Família e Comunidade foi de extrema importância, pois foi capaz de mostrar o quanto precisamos aprofundar e aprimorar nossos conhecimentos neste aspecto. Percebe-se que existe ainda uma grande deficiência na sistematização das avaliações. No Brasil não temos a cultura de vislumbrarmos nos sistemas avaliativos formas de crescimento profissional. Ainda temos uma visão punitiva, deixando muitas oportunidades da construção de um planejamento, passarem.

Destaco, portanto, a elaboração deste primeiro Instrumento de Avaliação por Competências do Residente de Medicina de Família e Comunidade e do Manual orientador, no Brasil, como o início promissor de uma nova forma de vermos a metodologia avaliativa do nosso residente de medicina de família e comunidade. Devemos necessariamente contemplar os vários aspectos para a formação de um bom profissional, propiciando aos especialistas, preceptores e residentes um processo avaliativo reflexivo na formação do MFC.

Trabalhamos na nossa prática de médicos e família e comunidade de forma ampla o Método Clínico Centrado no Paciente (MCCP) e penso, que a partir desta proposta, passemos a trabalhar o Método Avaliativo Centrado na Aprendizagem do Residente (MACAR), enriquecendo o processo avaliativo da residência médica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BEN, A. J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S. l.], v. 12, n. 39, p. 1–16, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354)

BORGES COSTA, L. et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1632](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1632)

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 132–140, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100016>

BRASIL; SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução No 1, de 25 de maio de 2015. [S. l.], 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=17661-res01-25052015-sesu-residencia-medica&category_slug=junho-2015-pdf&Itemid=30192

CAIRES, I. da S. et al. Tradução, Adaptação, Validação e Avaliação para Uso no Brasil de um Instrumento Britânico de Auxílio à Escolha da Especialidade Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 540–550, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n3rb20160055>

CATE, O. ten; CARRACCIO, C. Envisioning a True Continuum of Competency-Based Medical Education, Training, and Practice. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, [S. l.], v. 94, n. 9, p. 1283–1288, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002687>

DA SILVA SOUZA, C.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais - Aspectos gerais. *Medicina (Brazil)*, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 284–292, 2014.

FILHO, S. A. F. et al. Teaching skills for medical residents: Are these important? A narrative review of the literature. Sao Paulo Medical Journal, [S. l.], v. 136, n. 6, p. 571–578, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0147060818>

HABILIDADES, A. de; CSA, C. Avaliação de Habilidades Clínicas (CSA).[S. l.], p.1–5,2020.

JESUS, G. R. de; BEDRITCHUK, A. G. A. Autoavaliação institucional: construção e validação de um questionário para o professor. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), [S. l.], v. 23, n. 3, p. 628–647, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772018000300004>

LAWRENCE, K. et al. Continuous Reflective Assessment for Training (CRAFT): A national programmatic assessment model for family medicine. Mississauga. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada, [S. l.], 2018.

LOCHNAN, H. et al. Conceptualization of Competency-Based Medical Education Terminology in Family Medicine Postgraduate Medical Education and Continuing Professional Development: A Scoping Review. [S. l.: s. n.]. v. 95E-book. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003178>

LOURDES, M. et al. Coletiva na Formação Médica. [S. l.], v. 37, n. 1, p. 52–59, [s. d.].

MARIA, A. et al. AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE. [S. l.: s. n.].

MEGALE, L.; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). Revista Brasileira de Educação Médica, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 166–175, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100-55022009000200002>

MEIER, A.H.; GRUENNER, A.; COONEY, R.N. Using the ACGME Milestones for Resident Self-Evaluation and Faculty Engagement. J Surg Educ, [S. l.], v. 73, n. 6, p. e150–e157, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.09.001>

MENDES, A.O.; VIVEIROS, L. B. O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S. l.], v. 13, n. 40, p. 1–9, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1580](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1580)

NEUMANN, C. R. et al. Avaliação de competências no internato: Atividades Profissionais Confiabilizadoras essenciais para a prática médica. [S. l.: s. n.]. E-book.

OCHSMANN, E. B. et al. Well prepared for work? Junior doctors' self-assessment after medical education. BMC Medical Education, [S. l.], v. 11, n. 1, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-99>

PANÚNCIO-PINTO, M. P.; DE ALMEIDA TRONCON, L. E. Avaliação do estudante - Aspectos gerais. Medicina (Brazil), [S. l.], v. 47, n. 3, p. 314–323, 2014.

PONTE NETO, O. A. da et al. Auto avaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental TT - Self-evaluation as an educational strategy in the context of multiprofessional residence program in family health and. Tempus (Brasília), [S. l.], v. 10, n. 4, p. 247–263, 2016. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2363>

RCGP. MRCGP Clinical Skills Assessment CSA Candidate Feedback - August 2016. [S. l.], n. March, p. 1–10, 2016.

SANTOS, L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: Uma impossibilidade ou um desafio? Ensaio, [S. l.], v. 24, n. 92, p. 637–669, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362016000300006>

SCHMITT, C. da S.; DOMINGUES, M. J. C. de S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), [S. l.], v. 21, n. 2, p. 361–386, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772016000200004>

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica Teaching methodology in the preceptorship of medical residency. Rev Med Res Curitiba, [S. l.], v. 4, p. 116–120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007001100001>

TRONCON, L. E. de A. Estruturação de Sistemas para Avaliação Programática do Estudante de Medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 30–42, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01392015>

VENTURA, A.A. et al. Qualidade e auto-avaliação no ensino superior - validação de escalas de opinião dos estudantes de uma Escola Superior de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência, [S. l.], v. II, n. 10, p. 57–64, 2009.

WEIDNER, A. K. H.; CHEN, F. M. Changes in Preparation and Practice Patterns Among New Family Physicians. Annals of family medicine, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 46–48, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2337>

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cad ABEM, [S. l.], v. 3, p. 39–43, 2007. Disponível em: http://integradoras_i_programa_2008.pdf.medicina.ufg.br/up/148/o/AVALIACAO_DA_APRENDIZAGEM.pdf

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como residente avaliador da pesquisa: **METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - QUALIFICANDO O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.**

. Esta pesquisa tem como objetivo propor uma metodologia de avaliação formativa para os residentes de um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Caso você aceite participar desta pesquisa, irei encaminhar para seu e-mail o material do instrumento de avaliação do residente de medicina de família e comunidade para análise minuciosa, atentando para a adequação dos questionamentos em relação a um currículo baseado em competências, conforme às estabelecidas pela SBMFC e a capacidade de retratar as situações verdadeiras e vivenciadas durante a residência médica, assim como o Manual do Preceptor com Orientações sobre a Metodologia de Avaliação por competências - instrumento de avaliação, como utilizá-lo, como orientar o residente a fazê-lo e como efetuar o encontro de consenso.

Essa etapa da pesquisa possui um risco mínimo podendo ser principalmente cansaço ao avaliar as questões e sugerir correções. O provável problema decorrente da pesquisa será de responsabilidade dos pesquisadores, acolhendo as demandas e conduzindo de forma a minimizar os danos.

O tempo entre receber o e-mail e a devolução com sugestões e considerações pertinentes para as pesquisadoras deverá ser de no

máximo 15 (quinze) dias para o Instrumento de Avaliação e mais 15 (quinze) dias para o Manual de Orientação do Preceptor, devendo ambos retornar ao autor através de e-mail, com alterações e sugestões devidamente apontadas.

Os potenciais benefícios do trabalho serão contribuir para a melhoria da avaliação do residente de medicina de família e comunidade, qualificando a sua formação e sistematizando a avaliação médica na residência.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de dúvidas eventuais. Se depois de consentir em sua participação, você desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da avaliação do instrumento, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa ou formação médica.

Você não terá nenhuma despesa pessoal e não terá compensação financeira relacionada à sua participação. Para qualquer outra informação adicional, você poderá entrar em contato com a Professora pesquisadora responsável Dra. Maria Eugênia Bresolin Pinto (docente da UFCSPA) pelo telefone (51)991034714 ou com a Pesquisadora (mestranda) Rafaela Aprato Menezes pelo telefone (51)998490197. E se houver necessidade, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – CEP/UFCSPA pelo e-mail: etica@ufcspa.edu.br ou no endereço Rua Sarmiento Leite, 245 – sala 518/ prédio 1, Porto Alegre-RS, CEP: 90050-170 ou pelo telefone (51) 3303-8804.

Consentimento Pós - Informação

Eu, _____
_____, _____ declaro ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas, descrevendo o estudo “**DESENVOLVENDO UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**”. Ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro que a minha participação é isenta e que não receberei qualquer compensação financeira. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes, durante ou depois do mesmo, sem penalidade, prejuízo ou constrangimentos. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas e rubricadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante ou seu representante legal

Data: ____/____/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Individual Livre e Esclarecido deste participante e/ou seu representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura da Pesquisadora Responsável – Dr^a Maria Eugênia B. Pinto

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIAS DO RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - QUALIFICANDO O PROCESSO DE APRENDIZAGEM.

Pesquisador: Maria Eugênia Bresolin Pinto

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42514621.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.766.856

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675223, DE 18/05/2021).

Retorno

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Propor uma metodologia de avaliação formativa para os residentes dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar ampla e profundamente a literatura sobre avaliação da formação médica, desde a graduação até a residência médica.

Desenvolver um instrumento de avaliação por competências para ser utilizada pelos residentes e pelos próprios preceptores dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Desenvolver a metodologia de avaliação do residente utilizando este instrumento.

Elaborar um manual com orientações sobre a metodologia de avaliação para os preceptores dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC).

Aprimorar o instrumento de avaliação por competências desenvolvido através da avaliação de

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.786.856

médicos de família e comunidade com expertise em preceptoria e residentes no final do período de formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Esta pesquisa não apresenta riscos, pois não será aplicado o instrumento. O projeto consiste na elaboração do instrumento e submissão deste a avaliação por médicos residentes, objetos do instrumento, e preceptores dos programas de residência de medicina de família e comunidade de Porto Alegre, não ocorrendo questões como desconforto ou constrangimento. O tempo máximo para análise e devolutiva do instrumento será de 15

dias em ambas atividades - análise do Instrumento de Avaliação, assim como o Manual de Orientação para Preceptores.

BENEFÍCIOS:

Os potenciais benefícios deste produto serão contribuir para a melhoria e qualificação da Residência de Medicina de Família e Comunidade, com o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação formativa mais robusta e completa, servindo de base para criar reflexões sobre esta etapa de formação. Em qualquer etapa deste estudo, o participante da pesquisa terá acesso ao profissional responsável para o esclarecimento de dúvidas eventuais. Se depois de consentir em sua participação, o participante desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Informações Básicas do projeto na PB, trata-se de um estudo metodológico para construção de material educativo para a avaliação formativa de residentes. Estudo nacional e unicêntrico de caráter acadêmico, realizado para obtenção de título de mestre em saúde da família. Número de participantes incluídos no Brasil é de 10 residentes e 10 preceptores. Previsão de início janeiro de 2021 e encerramento do estudo em maio de 2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações", se houver pendência em algum termo.

Folha de rosto não está assinada pela instituição proponente.

Termo de entrega de relatório não está assinado pela pesquisadora.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.766.056

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.639.863 emitido pelo CEP em 09/04/2021.

PENDÊNCIA 1: Folha de rosto não está assinada pela instituição proponente.

RESPOSTA: Encaminho folha de rosto com assinatura da instituição proponente.

ANÁLISE: Atendida.

PENDÊNCIA 2: . O cronograma apresentado apresenta inconsistência com o desenvolvimento do projeto. Deverá ser ajustado.

RESPOSTA: Realizo correção do cronograma, conforme está no anexo do Projeto.

ANÁLISE: atendido. Se for necessário reajustar cronograma novamente após a aprovação do projeto, o pesquisador deverá submeter uma emenda.

PENDÊNCIA 3: Termo de compromisso de entrega de relatório deve ser ajustada (parcial para março e 2021 e final para julho de 2021). O projeto ainda não foi aprovado para já ter um relatório parcial.

RESPOSTA: Realizo ajustes no termo de compromisso de entrega de relatórios, tanto parcial como final, considerando período para aprovação do projeto no CEP e execução das etapas determinadas.

ANÁLISE: O Termo não está assinado pelo pesquisador.

PENDÊNCIA 4: O TCLE está com marcação de comentários. Incluir no termo: tempo para responder a avaliação.

RESPOSTA: Realizo correções no TCLE conforme comentários previamente determinados. O tempo para resposta do avaliador de 15 dias já constava no TCLE.

ANÁLISE: Atendido.

PENDÊNCIA 5: Durante a apreciação pelo colegiado, observou-se que os pesquisadores não atualizaram o PB. O PB é o documento oficial para análise e consulta e todos os ajustes realizados no projeto, o mesmo deve ser atualizado na Plataforma em sua versão final.

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.706.850

RESPOSTA: Realizo ajustes no PB e anexo nova versão, conforme orientado. Não havia feito por desconhecimento do fluxo.

ANÁLISE: Atendido.

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar o(s) relatório(s) - parciais e final - da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/12, item XI.2.d.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1675223.pdf	18/05/2021 01:13:56		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO.pdf	18/05/2021 01:13:35	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoV3_17maio21.docx	18/05/2021 00:46:52	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_V03.pdf	18/05/2021 00:45:49	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_1705.pdf	18/05/2021 00:43:53	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V03.pdf	18/05/2021 00:42:53	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
Folha de Rosto	FR_Rafaela.pdf	17/05/2021 21:00:58	Rafaela Aprato Menezes	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	termocompromisso.pdf	27/01/2021 10:41:44	Rafaela Aprato Menezes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 4.766.656

PORTO ALEGRE, 10 de Junho de 2021

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA



Instruções aos autores

Política editorial

A **Revista Brasileira de Educação Médica** publica artigos originais, artigos de revisão, relatos de experiência, ensaios, cartas ao editor e resenhas de livros sobre temas relevantes na área de educação médica. A RBEM segue a política de acesso aberto do tipo [Gold Open Access](#) e seus artigos são disponibilizados com acesso integral, de forma gratuita, e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados a critério do Conselho Editorial. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e avaliadores.

A Revista é normalizada seguindo os “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (*Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals*) publicados pelo [International Committee of Medical Journal Editors \(ICJME\)](#). A RBEM adota as recomendações do [Código de Conduta Ética e Práticas Básicas](#) publicado pelo [Comitê de Ética em Publicações \(COPE\)](#).

A vinculação de todos os autores ao [ORCID](#) (*Open Researcher and Contributor ID*) é obrigatória.

A RBEM aceita artigo *preprint*.

Todos los artículos que involucren investigación con seres humanos deben ser encaminados a la Revista con la copia de la aprobación por un Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (excepto datos de dominio público). Los Estudios de ensayos clínicos deben tener el número del [Registro de Aprobación de Ensayos Clínicos](#), que debe ser enviado a la Revista. En las investigaciones que involucren animales, la aprobación de la comisión de Ética con Uso de Animales debe ser encaminada.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico [ScholarOne](#) em português, inglês ou espanhol (não é permitida a alteração de idioma em nenhuma etapa após a submissão) e destinados exclusivamente à RBEM. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de

publicação. A RBEM considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela Revista para detecção de plágio. O Artigo submetido para análise será rejeitado imediatamente em casos que a RBEM identifique que há ocorrência de má conduta. Artigo publicado pela RBEM que apresente equívocos ou que não contenha alegações adequadas deve ser retratado com as devidas correções e esclarecimentos.

Caso a RBEM decida encerrar as suas atividades, os artigos publicados ficarão de posse da Associação Brasileira de Educação Médica que deverá salvaguardar os arquivos. Para solicitar arquivos, entrar em contato por e-mail rbem.abem@gmail.com.

Categorias

Editorial: de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até 2 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Artigo original: artigos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Ensaio: artigo com análise crítica sobre um tema específico relacionado à educação médica (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Desenvolvimento, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO

- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Artigo de revisão: artigo baseado exclusivamente em fontes secundárias, com revisão crítica da literatura, pertinentes ao escopo da Revista (até 5 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Objetivo, Método, Resultado, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Relato de experiência: artigo que apresente experiência inovadora na educação médica, acompanhada por reflexão teórica pertinente (até 3 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- RESUMO (Seções: Introdução, Relato de experiência, Discussão, Conclusão)
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- RELATO DE EXPERIÊNCIA
- DISCUSSÃO
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

Carta ao editor: comentário sobre material publicado em números anteriores da Revista, textos sobre achados em dissertações e teses e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Resenha: análise crítica (com reflexões e impactos para os leitores) de publicações lançadas no Brasil ou no exterior (até 1.200 palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- (Desenvolvimento livre)
- REFERÊNCIAS

Posicionamento, Consensos e Diretrizes: os editores formulam convite a um grupo de trabalho que será responsável pela revisão aprofundada e elaboração consensuada do artigo sobre tema específico (até 8 mil palavras).

Estrutura do manuscrito:

- TÍTULO
- PALAVRAS-CHAVE
- INTRODUÇÃO
- (Desenvolvimento livre)
- CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS
- REFERÊNCIAS

A contagem de palavras começa a partir da Introdução e exclui as referências.

Informações sobre a instituição envolvida na pesquisa que constarem no corpo do artigo devem ser sombreadas (realce) na cor preta para ocultar os dados.

Custos

Taxa de submissão: não será cobrada taxa para a submissão de artigos.

Taxa de publicação: R\$ 1.000,00. Caso o autor desejar a tradução integral do artigo para inglês, será cobrada uma taxa adicional de R\$ 500,00.

- **Desconto:** caso haja pelo menos um autor associado adimplente da ABEM, há um desconto de R\$ 200,00.

Errata: caso haja a necessidade de correção de nomes dos autores após a publicação do artigo e seja identificado que o autor principal confirmou a liberação do artigo com o erro, haverá um custo de R\$ 60,00 para confecção da errata.

Formato e preparação do manuscrito

Formato

Arquivo: Word, papel A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3" x 11,7").

Letra: Padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm ou 0,79" (direita, esquerda, superior e inferior).

Alinhamento: Justificado.

Parágrafos: Devem estar com recuo de 1 cm.

Títulos de seções: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e em caixa alta.

Subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito e apenas a primeira letra em maiúsculo.

Sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo e em itálico.

Sub-sub-subtítulos: Colocar 1 espaço de 1,5 entre o texto do tópico anterior e o título do subsequente. Devem estar em negrito, apenas a primeira letra em maiúsculo, em itálico e sublinhado.

Citação até 3 linhas: Deve ser inserida no texto e estar entre aspas.

Citação com mais de 3 linhas: Deve constituir um parágrafo distinto, com recuo de 4 cm da margem esquerda, espaçamento simples, em itálico e com fonte 10.

Citação direta no corpo do artigo: Mais de 1 autor, citar o primeiro e depois adicionar et al.

Referências no corpo do artigo: Devem estar em sobrescrito, sem parênteses, antes da pontuação e sem espaço entre a palavra, o número e a pontuação (exemplos: educação médica¹. educação médica^{1,2}. educação médica¹⁻⁴. educação médica^{1,5,8-11}.).

Notas de rodapé: Não serão aceitas.

Não serão publicados anexos ou arquivos suplementares.

Preparação do manuscrito

Título: deve conter no máximo 15 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês.

Resumo: deve conter no máximo 350 palavras e ser redigido em duas versões. Uma versão em português ou espanhol, conforme o idioma do artigo, e outra obrigatoriamente em inglês. Deve ser texto corrido e ter as seções marcadas em negrito conforme descrito na categoria do artigo.

Palavras-chave: deve conter de 3 a 5 palavras extraídas dos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#), para resumos em português e [Medical Subject Heading \(MeSH\)](#), para resumos em inglês.

Representação ilustrativa: deve ter o título e a numeração na parte superior, a qual deve ter um ponto após (exemplo: Tabela 1. Título), e fonte na parte inferior. As abreviaturas, caso presentes, devem constar na primeira linha da parte inferior

(Abreviaturas:). Os símbolos para explicações devem ser identificados com letras do alfabeto sobrescritas e explicados na parte inferior com fonte 10. O número máximo de arquivos é de 5.

Devem ser inseridas no corpo do artigo conforme instruções abaixo:

- Tabelas: devem conter apenas bordas horizontais.
- Figuras: devem ter boa resolução, no mínimo 300 DPI.
- Quadros: devem conter bordas horizontais e verticais em suas laterais e na separação das casas.
- Gráficos: devem conter a legenda.

Referências: a formatação segue o estilo Vancouver, conforme os *Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals*, publicados pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICJME)*. As referências devem ser citadas numericamente e por ordem de aparecimento no texto. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*.

[Exemplos de referências](#)

Número de autores

O **número máximo de autores** é de seis. Se o número de autores for superior a este, será preciso enviar uma carta com justificativa ao editor (rbem.abem@gmail.com). Não será aceito acréscimo de autores após o aceite do artigo.

Arquivos adicionais

Página de Título:

- Todos os autores: nome, e-mail, telefone, instituição, número de registro [Orcid](#) e contribuição específica para o trabalho;
- Informações sobre a existência ou não de conflito de interesses individual considerando cada autor. Caso haja conflito de interesse financeiro, os autores devem informar os dados do financiamento, com o número de cadastro do projeto. No caso de pesquisas que envolvam seres humanos direta ou indiretamente, deve constar o número de registro do projeto na *Plataforma Brasil*, conforme a Resolução nº 196/96 do CNS;
- Agradecimentos, quando for o caso.

Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta:

O autor deverá responder o formulário sobre o alinhamento da pesquisa e conformidade do artigo com as práticas da Ciência Aberta.

- [Download do arquivo](#)

Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (campo: Arquivo suplementar que NÃO é para avaliação):

Quando se tratar de pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, os autores devem declarar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, indicando o número do processo e a instituição e anexar o documento de aprovação.

Envio de manuscrito

Submissão on-line

Os manuscritos devem ser submetidos por meio eletrônico pelo [site da Revista](#).

Guia do autor

Acompanhamento da avaliação

Todo artigo recebido é avaliado quanto ao formato. Caso não obedeça aos padrões, o artigo é devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o artigo obedecer aos padrões, será encaminhado ao editor-chefe da RBEM, que avaliará se ele faz parte do escopo da Revista e o encaminhará aos editores associados, e estes, para dois avaliadores cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho.

Os avaliadores têm prazo de 60 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre serão fundamentados e apresentarão uma das seguintes conclusões: *Aceito*, *Pequena Revisão*, *Grande Revisão* ou *Rejeitado*.

Tipos de decisões

Os autores que receberem o artigo com parecer *Pequena Revisão* ou *Grande Revisão* deverão encaminhar uma carta ao revisor respondendo de maneira detalhada às alterações sugeridas, marcando em vermelho as mudanças no corpo do artigo. O arquivo com as correções deve ser encaminhado em até 60 dias para que o artigo passe por nova revisão. Não havendo manifestação dos autores até esse prazo, o artigo será considerado retirado.

Os artigos que receberem parecer *Rejeitado* não serão publicados.

Os autores que receberem o artigo com parecer *Aceito* receberão um *e-mail* informando o fascículo da Revista em que o artigo deve ser publicado, bem como as informações para pagamento da taxa de publicação. Após o pagamento, o artigo entrará no fluxo de publicação.

Fluxo de publicação

O artigo é encaminhado aos revisores gramaticais e posteriormente é encaminhado por *e-mail* ao autor principal. Este tem um prazo de no máximo 5 dias para encaminhar o artigo em sua versão final.

O artigo é encaminhado à diagramação. O autor receberá por *e-mail* a prova do arquivo para conferência **exclusivamente da diagramação**. Este tem um prazo máximo de 3 dias para retorno do aceite da versão definitiva que será publicada.

Caso não haja manifestação do autor principal até o prazo estipulado em cada etapa, o artigo será cancelado.

Os artigos aceitos, revisados e diagramados serão publicados e se tornarão propriedade da revista.

Autoria e Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores respondem pela autoria dos manuscritos e por ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo.