







Avaliação de programa de residência em medicina de família e comunidade pela ótica dos médicos residentes

Evaluation of the residency program in family and community medicine from the perspective of resident physicians

Samuel Carvalho Guimarães¹  samuel.carvalho.guimaraes@gmail.com
Emanoella Pessoa Angelim Guimarães²  epaguimaraes@gmail.com
Otenberg Nogueira de Souza Júnior¹  otenberg21@yahoo.com.br
Maria de Fátima Antero Sousa Machado³  fatimaantero@uol.com.br
Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas³  robertowjff@gmail.com
Sharmênia de Araújo Soares Nuto³  shanuto@gmail.com

RESUMO

Introdução: A residência médica (RM) é considerada acadêmica e profissionalmente o método padrão ouro no ensino de médicos egressos da universidade. O Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC) de Fortaleza, no Ceará, reúne os programas da Universidade Federal do Ceará, da Escola de Saúde Pública do Ceará e da prefeitura, e é o primeiro do gênero em larga escala, contando com cerca de 70 residentes na primeira edição, implantado em uma capital, paralelamente ao processo de implantação da rede de serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela prefeitura.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo avaliar um PIRMFC a partir da ótica dos residentes.

Método: Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, utilizando o modelo de Kirkpatrick no seu primeiro nível: reação e satisfação dos residentes. A coleta de dados foi realizada com a participação de 18 residentes (R2) em cinco grupos focais, no segundo semestre de 2020. Aplicaram-se também questionários com perguntas fechadas para caracterização da amostra, seguidas de questões de múltipla escolha graduadas em escala Likert. Os dados qualitativos foram examinados pela técnica de análise temática, e os quantitativos, por meio de frequências simples e percentuais.

Resultado: Identificaram-se as seguintes categorias principais: estratégias de ensino-aprendizagem, avaliação do processo ensino-aprendizagem, produção de autonomia, transferência da formação para a prática, fragilidades e potencialidades da residência. Os residentes compreendem a responsabilidade que têm no atendimento médico diário, ainda que como aprendizes. Eles demonstram insegurança como sujeitos da formação, sentindo-se mais confortáveis quando são colocados no papel passivo. Contudo, os discentes do programa reconhecem a metodologia ativa de ensino-aprendizagem como adequada para o ensino de adultos, mas precisam que as estratégias estejam voltadas para a resolução de problemas comuns à prática profissional deles.

Conclusão: O programa não conseguiu firmar bases para o engajamento dos residentes em algumas estratégias ativas simuladas de ensino-aprendizagem, como grupos tutoriais. É preciso valorizar as experiências e competências adquiridas heterogeneamente pelos residentes para compor momentos de equalização do aprendizado, buscando o protagonismo do aluno em vez da imposição de conhecimentos.

Palavras-chave: Ensino; Avaliação Educacional; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Internato e Residência.

ABSTRACT

Introduction: Medical Residency (MR) is considered, both academically and professionally, the gold standard method in teaching university graduates. The Integrated Residency Program in Family and Community Medicine (PIRMFC) in Fortaleza-CE brings together the programs of Universidade Federal do Ceará, the School of Public Health of Ceará and the City Hall of Fortaleza and is the first of its kind on a large scale, with about 70 residents in the first edition, implemented in a capital city, concomitantly with the process of implementation of the Family Health Strategy (ESF) service network by the City Hall.

Objective: To evaluate an Integrated Residency Program in Family and Community Medicine, from the perspective of resident doctors.

Method: This is an exploratory study, with a qualitative approach, using the Kirkpatrick model in its first level, reaction and satisfaction of residents. Data collection was carried out with the participation of 18 residents (R2) in five Focus Groups, in the second half of 2020. Questionnaires with closed questions were also applied to characterize the sample, followed by multiple-choice questions graded on a Likert scale. The qualitative data were analyzed by the Thematic Analysis technique and quantitative data through simple frequency and percentage.

Results: The following main categories were identified: Teaching-learning strategies, Evaluation of the teaching-learning process, Production of autonomy, Transfer of training into practice, Weaknesses and Potentialities of the residency. Residents understand the responsibility they have in daily medical care, even if they are apprentices. They felt insecure as training subjects, feeling more comfortable when they are placed in the passive role. On the other hand, the program students recognize the active teaching-learning methodology as adequate for teaching adults but need strategies to be used to solve common problems in their professional practice.

Conclusion: The Program was not able to establish the basis for the engagement of residents in some simulated active teaching-learning strategies, such as Tutorial Groups. It is necessary to value the experiences and competences heterogeneously acquired by the residents to constitute moments of equalization of learning, seeking the student's protagonism instead of the imposition of knowledge.

Keywords: Teaching; Educational Measurement; Evaluation of Health Programs and Projects; Internship and Residency.

¹ Prefeitura de Fortaleza e Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Ceará, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz - Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - RENASF e Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, Eusébio, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO

A avaliação de programas educacionais em saúde é um conceito compreendido como uma abordagem sistemática de coleta, análise e interpretação de qualquer aspecto de um programa educacional, como concepção, desenho, implementação e/ou relevância para a sociedade¹.

Epistemologicamente, toda avaliação de programa educacional segue os princípios do método científico com o intuito de gerar conhecimento que oriente decisões que devem impactar a sociedade. Em termos de formação médica, fica claro que uma avaliação de um programa de residência médica (PRM) tem uma conotação prática essencial, muito maior do que o simples credenciamento ou mesmo a ordenação hierárquica de diferentes programas. Segundo Kidd², as competências exigidas e os objetivos educacionais de programas de formação de médicos precisam ser revisados regularmente para garantir que sejam relevantes para as condições em que se encontram, envolvendo as necessidades dos pacientes, das comunidades, dos alunos e das instituições atendidas.

No domínio da avaliação curricular, seguindo a evolução contínua da ciência humana de uma racionalidade global e instrumental para uma racionalidade mais comunicativa, deu-se a passagem de um paradigma positivista, fundamentado num interesse técnico, para um paradigma naturalista, baseado num interesse prático e emancipatório³. A avaliação já não é entendida como produto, mas como processo capaz de proporcionar interações entre alunos e professores, para que estes possam aperfeiçoar o ensino e a aprendizagem⁴.

Tomando por base esse conceito evolutivo, pressupõe-se que um modelo de avaliação de programas educacionais, para ser considerado efetivo e de boa qualidade, precisa abranger a maioria das nuances avaliativas, se não todas, como a consecução de objetivos, as necessidades que surgem ao longo do processo e as perspectivas formativa e política, sem deixar de lado a utilidade da formação. A abordagem multinível proposta por Donald Kirkpatrick em 1967, tem sido, até a presente data, a mais aplicada por parte das entidades que realizam formação^{1,4}.

O Kirkpatrick é um modelo de avaliação final dos resultados da formação que pressupõe uma sequência de avaliações distintas com objetivos próprios, compondo ao final uma pirâmide formativa que confere segurança e confiança ao processo. Dessa forma, podem-se delimitar os níveis de avaliação: nível 1 – escuta de discentes e docentes para avaliação da reação e satisfação; nível 2 – aquisição de competências; nível 3 – transferência das competências adquiridas para a prática profissional; e nível 4 – avaliação do impacto do programa na sociedade¹.

Dentre tantas especialidades médicas reconhecidas nacionalmente, cada uma com seus próprios programas formativos, a medicina de família e comunidade (MFC) é a que tem como espaço de ação primordial a atenção primária à saúde (APS), lidando continuamente com o adoecimento de pessoas, famílias e comunidade. Dessa forma, o médico de família precisa desenvolver as competências técnicas ao lado das competências comunicativas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o médico de família deve ter um papel central para alcançar qualidade, custo-efetividade e equidade em sistemas de saúde⁵. Para cumprir essa responsabilidade, o médico de família deve ser altamente competente no cuidado destinado ao paciente e integrar cuidados de saúde individuais e comunitários, necessitando de processos formativos adequados. Na literatura, a residência médica (RM) tem sido considerada acadêmica e profissionalmente o método padrão ouro no ensino de médicos egressos da universidade⁶.

Considerando a relevância da MFC para os sistemas de saúde no mundo e a importância da RM na formação de médicos, é necessário aferir crítica e reflexivamente se os programas de residência conduzem os egressos para boas práticas em medicina e, dessa forma, fornecer informações para avaliação do processo formativo, valorizar experiências e estratégias eficazes, e planejar ações futuras com vistas a contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esta pesquisa possui como objetivo avaliar um programa de residência em medicina de família e comunidade a partir da ótica dos residentes.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, para avaliação de programa educacional, utilizando o modelo de Kirkpatrick no seu primeiro nível: reação e satisfação dos residentes.

O Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC) de Fortaleza, no Ceará, reúne os programas da Universidade Federal do Ceará (UFC), da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e da prefeitura de Fortaleza, e é o primeiro do gênero em larga escala, contando com cerca de 70 residentes na primeira edição, implantado em uma capital, paralelamente ao processo de implantação da rede de serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) pela prefeitura e com taxa de ocupação maior que a nacional⁷. Em 2007, o programa obteve o credenciamento definitivo. Funciona no regime de Colegiado de Supervisão envolvendo a UFC e ESP/CE na região metropolitana de Fortaleza. Com dois anos de duração e carga horária semanal de 60 horas, o treinamento em serviço representava 86% da carga horária total do programa: 60% nas unidades de atenção primária à

saúde (Uaps) e no território, e 26% em ambulatórios e pronto atendimentos da rede de atenção secundária e terciária, além de aulas expositivas e grupos tutoriais⁸.

Para a coleta de dados, utilizou-se a escuta livre dos participantes do programa em busca de consensos e dissensos, por meio de cinco grupos focais, no período de julho a dezembro de 2020. Também foram aplicados questionários com perguntas fechadas, para caracterização da amostra, seguidas de questões de múltipla escolha graduadas em escala Likert (concordo totalmente, concordo, nem concordo e nem discordo, discordo, discordo totalmente), para conhecer a relevância atribuída pelos respondentes às estratégias de ensino e aprendizagem e às técnicas avaliativas de ensino-aprendizagem do programa.

Incluíram-se todos os residentes de segundo ano (R2) que estavam regularmente matriculados e cursando no programa em Fortaleza, no primeiro semestre de 2020. Excluíram-se da pesquisa os residentes que se encontravam em férias, licença-maternidade ou licença-saúde durante o período de coleta de dados, perfazendo um total de 32 participantes elegíveis. Destes 18 participaram dos grupos focais.

Os grupos focais tiveram número limitado de residentes, tendo em vista que as reuniões ocorreram no contexto da pandemia de Covid-19, com restrições de aglomerações e contato social. Utilizaram-se os meios disponíveis para a proteção sanitária dos participantes, com o fornecimento de máscaras e álcool em gel, e observaram-se as exigências de distanciamento e circulação de ar nos ambientes.

A análise de dados dos grupos focais foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, buscando reunir os núcleos de sentido da comunicação em unidades temáticas, relacionando-os a categorias cuja presença ou frequência significassem alguma coisa para o objeto analítico visado⁹. Os dados dos questionários foram processados em frequências simples e percentuais usando o *software* Microsoft Excel, versão 16. Somaram-se como opiniões positivas, na escala Likert, os itens “concordo totalmente” e “concordo”, e negativas, “discordo” e “discordo totalmente”.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ESP/CE, seguindo as resoluções nºs 466/2012 e 510/2016, e autorizado segundo o Parecer Consubstanciado nº 4.129.273 (CAAE nº 29015119.1.0000.5037).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 18 entrevistados, dez declararam-se do gênero masculino, tendo as idades variando de 25 a 45 anos, com a média de 30,1 anos. Dos participantes, 12 eram solteiros e 17 sem filhos.

No que diz respeito à formação acadêmica, 17 graduaram-se em universidades do município de Fortaleza, há menos de cinco anos, e somente três tinham alguma pós-graduação antes da residência, todos relatando especialização em saúde da família. Metade dos residentes referiu participar de outros programas de formação educacional paralelamente à residência, sendo um terço deles na área de educação na saúde (curso de preceptoria e mestrado profissional em Ensino na Saúde).

A análise das falas dos discentes e sua categorização temática tornaram possível construir categorias e unidades temáticas descritas no Quadro 1. As categorias principais foram: estratégias de ensino-aprendizagem, avaliação do processo ensino-aprendizagem, produção de autonomia e transferência da formação para a prática.

O PIRMFC de Fortaleza utiliza múltiplas estratégias de ensino, tanto ativas quanto tradicionais, para suprir a necessidade de aprendizagem significativa dos alunos. Técnicas de ensino centrado no aluno e currículo baseado em competências parecem nortear as escolhas do programa. No entanto, questões críticas do processo de ensino-aprendizagem precisam ser consideradas e discutidas. A seguir, apresenta-se a descrição das principais categorias identificadas.

Quadro 1. Frequência de falas segundo unidades temáticas.

Categorias	Unidades temáticas	Frequência de falas
Estratégias de ensino-aprendizagem	Grupos tutoriais	21
	Oficinas práticas	4
	Casos clínicos	4
	Aulas expositivas	7
Avaliação do processo ensino-aprendizagem	Preceptoria	41
	Avaliações teóricas	20
	Avaliações práticas	17
	Conceito global	4
	Feedback	4
Produção de autonomia	Portfólio	3
	Conhecimento	3
	Competência	6
	Performance	1
Transferência da formação para a prática	Ação	2
	Treinamento baseado em competências	6
	Adequação ao mercado de trabalho	16

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estratégias de ensino-aprendizagem

A *preceptoria*, colocada como “ensino em serviço”, merece destaque nas falas e é incluída como estratégia de ensino-aprendizagem. A compreensão da *preceptoria* como uma das estratégias de ensino, apesar de indicar uma confusão de conceitos de método, metodologia e estratégias, não influenciou a escolha das formas preferidas de aprender pelos residentes. A importância atribuída à *preceptoria* fez os residentes valorizarem bastante os momentos de contato e a relação *preceptor-aprendiz*. A *preceptoria ombro a ombro*¹⁰ mostrou-se uma técnica reconhecida e valorizada pelos residentes, ainda mais quando eles comparavam o estilo de *preceptoria* a que foram expostos com outros programas de residência pelo Brasil.

A preceptoria é fundamental. É fundamental nesse sentido que tenham bons preceptores, preceptores que sejam médicos de família, porque, se a gente não tiver um bom preceptor, a gente vai continuar fazendo o que saiu fazendo na faculdade e que não era legal. [...] Você vai ter que entrar na casa das pessoas, conhecer a vida delas a fundo [...]. O preceptor nessa hora é fundamental, a gente não vai aprender isso sozinho. [...] essa preceptoria tem que ser ombro a ombro. Existem alguns programas no país que o preceptor não tá lá, você atende sozinho, fica tocando o serviço sozinho (GF5).

A ênfase no tempo de *preceptoria*, na oferta de contato com serviços de saúde em especialidades focais e na proximidade do residente com o *preceptor* em APS (denominada *preceptoria ombro a ombro*) com certeza produziu marcas na formação dos residentes. A valorização da longitudinalidade do acompanhamento ao processo de ensino-aprendizagem, a compreensão do papel de *aprendiz* dos residentes dentro do programa pelo *preceptor*, a experiência profissional do *preceptor* em MFC, o conhecimento técnico-científico e o fomento à discussão da realidade do mercado de trabalho foram as características positivas do sistema de *preceptoria*.

O entendimento da estratégia dos *grupos tutoriais* pelos residentes, em algum momento, pareceu ser equivocado ou insuficiente. Houve a impressão de que os *grupos tutoriais* são teóricos, ou seja, mais eficientes para contextos de graduação, em que o *aprendiz* precisa descobrir conceitos que desconhece, do que para uma RM, em que se exige postura profissional do discente ao mesmo tempo que se espera que haja um *aprendizado* cognitivo. Dessa forma, surgiram sentimentos desagradáveis de desperdício de tempo e opressão, o que fez com que a maioria dos residentes desconsiderasse os *grupos tutoriais* como estratégias eficazes de *aprendizado*.

Se chega uma criança com abuso e ela fala pra mim. O que eu faço? [...] o grupo tutorial não me ajudou

em construir um fluxo do SUS em relação a esse tipo de coisa [...]. Acredito que não existe um protocolo de como manejar caso você seja colocado numa situação dessa, e o grupo tutorial não ajudou nada em estabelecer algum protocolo. [...] Eu, realmente, via, pessoalmente, mais como um sofrimento, uma preocupação em elaborar um mapa conceitual, em ter que falar. O dia a dia da residência já estava mais prático, enfim, dos atendimentos que você tinha que dar conta, de resolver aquelas demandas (GF3).

A gente se sentia meio forçado a participar de uma coisa [que] ninguém via sentido, [que] acabava durando muito tempo. Quando chegava em alguma coisa que a gente, de fato, achava que era importante, o tempo já tinha se esgotado [...] (GF4).

A gente sempre sente que tá perdendo muito tempo [...] tinha que estudar a fundo tudo [...] pra gente discutir, fazer um mapa [...] que todo mundo odiava (GF5).

Lima Filho et al.¹¹, ao estudarem a transição curricular em uma faculdade de medicina do Maranhão, mostraram uma avaliação mais satisfatória nos grupos que utilizavam metodologias ativas de ensino-aprendizagem desde o primeiro período do que os que tiveram ensino misto. A maior satisfação dos estudantes estava relacionada exatamente ao uso de metodologias ativas, à interdisciplinaridade, à bibliografia recomendada, à integração com a comunidade, às práticas de ensino, à titulação docente e aos equipamentos didáticos. As questões mais criticadas pelos alunos foram relacionadas ao número de docentes por alunos, às práticas de ensino nos períodos mais avançados, aos componentes da biblioteca e ao apoio psicopedagógico. Vale notar que a insatisfação do grupo que utilizou metodologias ativas tardiamente no decorrer do curso teve relação, entre outros itens, com a falta de atividades práticas, a integração deficitária com a comunidade e a pertinência inadequada dos conteúdos.

Nas *oficinas práticas*, os residentes relataram a sensação de estarem sendo diretamente observados por profissionais confiáveis e o fato de receberem *feedback* imediato ao desempenho das habilidades ensinadas como pontos positivos. Eles também valorizaram a percepção de um *aprendizado* gradual e evolutivo, bastante ligado à prática.

[Sobre a] questão de a vivência ser o mais importante: acho que [serve] até como sugestão pro colegiado, ter mais oficinas (GF1).

[A oficina] prática foi muito mais interessante, como profissional, pro meu aprendizado, porque você colocava a mão na massa. Era uma coisa que não era tão sacal quanto também assistir uma aula (GF3).

A estratégia de apresentação e discussão de casos clínicos foi considerada marcante na aplicação prática de

competências pelos residentes. Segundo a Metodologia da Problematização (Método do Arco de Charles Maguerez), o aluno precisa teorizar sobre um problema para transformar a sua visão global em analítica, apreendendo a estrutura do problema de forma ampla. Assim, torna-se capaz de formular hipóteses de soluções, selecionar as mais viáveis e retornar para aplicar na prática¹².

Os casos clínicos, tanto os ministrados pelos próprios residentes como na forma de matriciamento, [...] eu acho um método mais produtivo, porque aquela curiosidade gera um debate, gera um aprendizado, gera um ganho no conhecimento que é construtivo. Eu aprendo com o conhecimento do outro, que [também] aprende com o meu conhecimento (GF4).

Em consequência da impressão ruim que os residentes demonstraram sobre as estratégias ativas de ensino-aprendizagem, a discussão de temas e as aulas expositivas, algumas vezes, foram preferidas aos grupos tutoriais. A opinião positiva dos residentes sobre as aulas expositivas remete ao ensino formal, arbitrário e memorizado, a que eles foram expostos nos anos anteriores à residência. É preciso recordar que as metodologias de ensino-aprendizagem em medicina, durante quase todo o século XX, buscaram o aprendizado mecânico, voltado para o conhecimento das ciências básicas, no esteio do que foi preconizado pelo Relatório Flexner, de 1910. As mudanças de paradigmas políticos e sociais só trouxeram novidades para o ensino na saúde no final daquele século, tais como o conceito de aprendizagem significativa, caracterizada pela interação cognitiva entre o novo conhecimento e o conhecimento prévio¹³.

O grupo tutorial [...] é interessante, mas ele não pode ser feito como metodologia única. Precisa haver uma exposição do que é comum, do que é utilizado, pra que os residentes possam, com essa apresentação, correr atrás de mais coisas e mais conhecimento (GF3).

Avaliação do processo ensino-aprendizagem

No que concerne à RM, o termo avaliação pode ser empregado tanto como uma metodologia de avaliação normativa interna, para efeito de formação e certificação individual do residente (avaliação de ensino-aprendizagem), como uma ferramenta de avaliação normativa ou de pesquisa externa, com o fim de autorizar, qualificar, certificar ou até mesmo comparar programas de residência (avaliação de programa educacional)¹. Nessa temática, questionaram-se os residentes sobre a avaliação do processo ensino-aprendizagem ao qual foram submetidos, o que é diferente da avaliação de programa educacional, pretendida pelo estudo.

O comportamento dos residentes nas avaliações pareceu passivo e solitário, sem exigir que as avaliações correspondessem às competências propostas no projeto político-pedagógico do

programa¹⁴. Os residentes demonstraram uma aceitabilidade negativa das avaliações teóricas e chegaram a questionar a própria necessidade de existência delas.

As avaliações teóricas dos residentes do PIRMFC de Fortaleza estão programadas para ocorrer anualmente, contendo temas discutidos nos grupos tutoriais, nas aulas expositivas e nas oficinas práticas¹⁴. O conteúdo programático das avaliações teóricas foi intensamente criticado. Os residentes comentaram que os temas eram desconectados da realidade vivenciada diariamente. Essas características das avaliações teóricas produziram sentimentos de inutilidade do aprendizado, desperdício de tempo e desinteresse pelo método. Os discentes também sentiram falta de uma devolutiva adequada, com discussão dos resultados das avaliações de múltipla escolha em grupo, que potencializasse uma avaliação formativa.

Eu não gosto de prova, acho prova uma coisa estressante (GF4).

A gente não tá preocupado com isso agora. Meramente a gente não dá importância para a avaliação porque ela não está se dando a importância, e aí, perde o valor (GF2).

A avaliação prática é proposta no *Manual de Preceptores do Programa de Residência em MFC* para ocorrer semestralmente. Os instrumentos utilizados são o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX)¹⁵ e *Long Case*, no estilo de *Objective Structured Long Examination Record* (OSLER) com múltiplos avaliadores¹⁶. A conexão com as vivências diárias pareceu bem evidente, e os residentes relataram que, nessas avaliações, eles foram observados por olhares técnicos confiáveis, com *feedback* imediato. Isso produziu uma sensação de cuidado e aprendizagem significativa. Entretanto, houve preocupação com a valorização excessiva da prova prática como definidora do desempenho do aprendiz. Os residentes sugeriram que a preferência por um instrumento pode prejudicá-los, na medida em que desconfiam da regularidade de comportamento pessoal no dia da avaliação e da confiabilidade do método, quando há examinadores diversos.

É muito produtivo a gente ser avaliado in loco, no nosso dia a dia, com paciente real, com demandas reais, ser avaliado com o que de fato a gente faz e no que de fato a gente consegue fazer no nosso atendimento rotineiro. [...] Na questão prática, é interessante a gente ter o mesmo avaliador externo, não o preceptor da unidade. Quando ele vai te avaliar pela segunda vez, ele já compara com a primeira vez e vê o teu crescimento, mas realmente duas vezes ainda parece pouco (GF4).

A avaliação por conceito global (*global rating*) é uma avaliação de caráter formativo com periodicidade variável

(inicialmente semestral, depois trimestral ou até mensal) em que o preceptor utiliza um instrumento com critérios agrupados, abrangendo atitudes importantes para o programa (atenção ao paciente; relação com a comunidade, a equipe, os colegas e o preceptor; busca de conhecimento e atualização; responsabilidade e interesse pelo módulo), conceituadas em escala de insuficiente, regular, bom e ótimo¹⁷. Apesar do reconhecimento da importância desse método, houve desconfiança dos residentes quanto a seu impacto educacional, pois perceberam uma falta de interesse dos preceptores em aplicá-lo com a frequência preconizada. Os discentes queixaram-se, também, de uma sensação de privacidade invadida ao receberem essa avaliação na presença de colegas.

A minha preceptora principal pegou três meses e fez três avaliações que era pra fazer em cada mês. Fez as três num dia só, pra poder entregar pra a coordenação. Aí eu não senti muita firmeza naquele feedback (GF1).

[Avaliação por conceito global é] uma avaliação bem bizarra pra você fazer junto com a pessoa. Você assina, ela assina e todo mundo vê aquele negócio. Isso é porque é um preceptor pra um residente, dois residentes. Então, é óbvio que, qualquer avaliação que a gente faça, você sabe quem foi que fez (GF2).

Produção de autonomia

A produção de autonomia, no contexto do ensino médico, está ligada ao conceito desenvolvido por Miller¹⁸ da pirâmide de aprendizado (conhecimento, competência, performance e ação). A respeito do conhecimento (saber)¹⁸, os residentes do programa mostraram-se inseguros com os conhecimentos que já tinham, e houve dificuldades em perceber boa evolução nesse item.

Comecei na medicina de família e me sentia muito insegura em determinadas coisas, porque a gente acaba de fazer na teoria e vai pra prática, embora a gente pratique muito no internato [...]. Eu lamento, profundamente, dizer que a diferença entre o que eu fazia, antes de entrar pra residência, pro de agora é muito pequena. Eu não vou dizer que é zero, de jeito nenhum, seria injusto e seria absurdo também. Existem, sim, alguns acréscimos (GF2).

Sobre a competência (saber como)¹⁸, os residentes reconheceram a preceptoría como oportunidade de treinamento e desenvolvimento pessoal. Todavia, demonstraram dependência em relação ao preceptor.

O preceptor vai levando você a chegar nas suas próprias conclusões, não [costuma] dar as respostas pra você (GF1).

A coordenação tem que firmar com a preceptoría dos plantões que seja ombro a ombro, que o preceptor diga: "Venha cá", pegue na mão, "É assim, faça assim,

faça assado". Não assim: "Vai lá, faz. [...] Qualquer coisa você chama" (GF3).

No que compete à performance (mostrar como)¹⁸, os residentes reconheceram os momentos de preceptoría como território adequado para isso:

Passou pra preceptoría em um minuto. A gente fazia o atendimento separado, depois, com alguma dúvida, voltava lá pra conversar com o preceptor, para passar o caso com ele, confirmar conduta (GF1).

Já em relação à ação (fazer)¹⁸, os residentes divergiram, alguns descrevendo esse momento como natural e tranquilo; mas, para outros, pareceu precoce e angustiante. Essa postura pode indicar um movimento normal de angústia do aprendizado, mas também aponta para a necessidade, que os discentes demonstram, de discutir sobre essa transição.

Com o passar do tempo, a preceptoría foi mais um "tirar de dúvida" após realizada a consulta, uma breve discussão dos casos do dia. [...] Comecei a ter muita autonomia na prática diária (GF1).

Assim que iniciou o R2, numa das reuniões de equipe nossa [...] o preceptor já colocou assim: "Olha, você tá no R2, você sabe que você vai ficar muito tempo sozinha agora, né?" (GF2).

Transferência da formação para a prática

Os participantes do estudo pareceram reconhecer as competências que um médico de família e comunidade precisa desenvolver. No entanto, a amplitude dessas competências parece gerar angústia.

[Seria bom] se tivesse o passo a passo das competências, como isso vai ser colocado na prática pra cada território, pra cada residente de um setor diferente (GF2).

Medicina de família [tem] conceitos muito abrangentes, muito diversos. Não é, por exemplo, [como] cardiologia, em que eu tenho que aprender eletro: você sabe onde você tem que procurar o eletro. Mas [em medicina de família é]: "Vai lá, aprende método clínico centrado na pessoa. Vai lá, aprende a abordar um paciente idoso na casa dele. Vai lá, aprende a manejar uma criança que foi abusada". Como é que você vai aprender isso aí? (GF3)

Os residentes sentiram que o aprendizado poderia estar deficiente em competências que sabiam que eram necessárias. Consequentemente, alguns residentes passaram a questionar o impacto educacional do programa para a prática médica deles.

O programa é pra qualificar. Então, se eu deixo cada um por si e Deus por todos, a gente não vai poder garantir que a qualidade dos profissionais que estão sendo formados vai se adequar o suficiente pra que

a gente melhore a qualidade do SUS. [...] Como é que eu vou mudar indicador de saúde se eu não consigo formar o profissional que é responsável por fazer isso? Se eu não consigo capacitar ele em ser competente na gestão e não só na assistência? Se eu não consigo capacitar ele para as outras esferas de saúde, que são nossa responsabilidade? (GF2).

É crescente o entendimento de educadores médicos de que a instrução acadêmica baseada no conhecimento tradicional deve evoluir para o treinamento baseado em competências. A demonstração confiável de desempenho competente nas tarefas preconizadas para um tipo específico de profissional deve ser o alvo da RM. Para atingir os objetivos de aprendizagem com fundamento na competência, estes devem ser claros e específicos. Dessa forma, podem ser compreendidos pelo aluno e pelo professor, visando ao desempenho de comportamentos observáveis específicos e mensuráveis de forma quantificável e confiável².

Os residentes sentiram que precisavam de maior ênfase dos objetivos de aprendizagem nas competências valorizadas pelo mercado de trabalho. No entanto, a comunicação com os preceptores e supervisores do programa sobre o mercado de trabalho do médico de família e comunidade pareceu ser limitada e, muitas vezes, só existiu por intervenção do próprio residente.

[Seria bom] se a residência tivesse uma atenção um pouco maior para as áreas que o mercado valoriza. O mercado valoriza o médico generalista pra APS. [Seria bom] se a residência desse uma ênfase maior naquilo que diferencia a [especialidade], como os cuidados paliativos, como a medicina de trabalho (GF1).

Sobre o mercado de trabalho, eu não tive muitas orientações. Só tive porque eu realmente parei, perguntei e discuti sobre como era o mercado de trabalho e como eu poderia me inserir depois da residência (GF2).

No que se refere à contribuição do programa para a prática médica, é preciso ressaltar a relevância da MFC como

especialidade médica. Segundo a OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (World Organization of Family Doctors – Wonca)⁵, o médico de família deve ter papel central na melhoria de sistemas de saúde por meio da qualidade, de custo-efetividade e da equidade.

O aumento do acesso à atenção primária de baixo custo está associado a melhores índices de saúde de uma população. No mesmo sentido, dados evidenciam que esse sucesso é proporcional à densidade de médicos treinados em APS, especialmente médicos de família. Os sistemas de saúde valorizam a educação de profissionais médicos com maior competência em habilidades mais práticas. Em última análise, programas educacionais adequados favorecem que as pessoas sejam atendidas por profissionais médicos de maior qualidade, mais preparados e confiantes. Só assim, é possível fornecer às pessoas aquilo de que realmente elas necessitam para melhorar a própria saúde².

Contribuições das estratégias pedagógicas e técnicas avaliativas

Os residentes foram interrogados sobre as estratégias pedagógicas e técnicas de avaliação de ensino-aprendizagem do programa e suas contribuições sobre três aspectos: o aprendizado individual (AI), a compreensão do mercado de trabalho (MT) e a construção do SUS (SUS).

Reforçando as falas dos discentes, a *preceptoría* na unidade de atenção primária e nos ambulatórios foram avaliadas como influências marcadamente positivas no AI, MT e SUS. A *preceptoría* em APS teve maior percentual de opiniões positivas (16 para AI, 14 para MT e 16 para SUS), resultado semelhante à *preceptoría* em ambulatórios (16 para AI, 16 MT e 13 para SUS). No entanto, a *preceptoría* em plantões mostrou opiniões mais divergentes, pois apresentou destaque positivos apenas de dez para AI, seis para MT e nove para SUS (Tabela 1).

Quando se compararam as estratégias de ensino-aprendizagem questionadas, os grupos tutoriais demonstraram contribuir pouco para o aprendizado nos três aspectos

Tabela 1. Percentual de concordância (concordo totalmente e concordo) em relação às estratégias de ensino para aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo os residentes (N = 18) – Fortaleza, Ceará, 2021.

Contribuição da estratégia de ensino para...	Aprendizado individual	Compreensão do mercado de trabalho	Construção do SUS
Preceptoría em atenção primária à saúde	16	14	16
Preceptoría em ambulatórios de especialidades focais	16	16	13
Discussão de casos clínicos	15	10	10
Preceptoría em plantões	10	6	9
Grupos tutoriais	6	3	2

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2. Percentual de concordância (concordo totalmente e concordo) em relação às estratégias de avaliação do processo ensino-aprendizagem para o aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo os residentes (N = 18) – Fortaleza, Ceará, 2021.

Contribuição da estratégia de avaliação para...	Aprendizado individual	Compreensão do mercado de trabalho	Construção do SUS
Avaliação teórica	10	4	2
Avaliação prática	13	12	9
Avaliação por conceito global	11	9	8

Fonte: Elaborada pelos autores.

avaliados, pois apresentou opiniões positivas apenas de seis para AI, três para MT e dois para SUS. Esses dados corroboram as opiniões colhidas nos grupos focais (Tabela 1).

Segundo a opinião dos residentes a respeito da contribuição das avaliações de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento profissional, é possível perceber que avaliações teóricas contribuem menos para AI (dez), MT (quatro) e SUS (dois) do que avaliações práticas (AI: 13; MT: 12; SUS: nove) e Avaliações por conceito global (AI: 11; MT: nove; SUS: oito) (Tabela 2).

Esses dados fortalecem o entendimento de que os residentes consideram suas experiências pessoais como importantes motores do aprendizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No PIRMFC de Fortaleza, os alunos trazem uma visão própria das formas de aprender que, por vezes, está mais ligada a processos pedagógicos tradicionais do que ao que propõe a andragogia. O programa, em última instância, não conseguiu firmar bases para o engajamento dos residentes em algumas estratégias ativas simuladas de ensino-aprendizagem, como grupos tutoriais, visto que os casos desenvolvidos nesses grupos não correspondiam às vivências que os residentes estavam enfrentando nos serviços.

A ênfase na prática diária dos residentes parece representar uma chave importante para a formação no PIRMFC de Fortaleza. Dessa forma, é preciso valorizar as experiências e competências adquiridas heterogeneamente pelos residentes para compor momentos de equalização do aprendizado, buscando o verdadeiro protagonismo do aluno e de suas experiências, em vez da imposição de conhecimentos, ainda que os objetivos de aprendizagem variem dentro de parâmetros aceitáveis. Na perspectiva de valorizar o aprendizado que ocorre na prática diária, faz-se necessário que as ferramentas de ensino-aprendizagem do programa tomem por ponto de partida as experiências dos residentes. Grupos tutoriais, apresentações de casos clínicos e avaliações teóricas precisam aproximar-se dos problemas reais trazidos pelos próprios

residentes, pois existe uma maior aceitação de conteúdos provenientes da prática diária.

Apesar do baixo poder de generalização, tendo em vista que o estudo se concentra em um único programa e teve número restrito de participantes, é válido sugerir que a aplicação de novas ferramentas de ensino, que tornem visível ao residente a evolução das próprias competências adquiridas ao longo do programa, podem fortalecer a natureza de transferência de formação para a prática em MFC, tão necessária ao SUS. Uma dessas técnicas é conhecida por *Log Book*: em essência, o estímulo ao registro em um caderno de competências gradualmente evolutiva, no sentido da pirâmide de Miller (saber, saber como, mostrar como, fazer), pode ajudar a direcionar o educando em busca do nível mais elevado do aprendizado, chamado "ser profissional".

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) a oportunidade do desenvolvimento da dissertação de Samuel Carvalho Guimarães.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Samuel Carvalho Guimarães participou da concepção e do delineamento do trabalho, da coleta e análise dos dados, e da redação do manuscrito. Emanoella Pessoa Angelim Guimarães participou da coleta e análise dos dados, e da leitura e revisão crítica do manuscrito. Otenberg Nogueira de Souza Júnior, Maria de Fátima Antero Sousa Machado e Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas participaram da leitura, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Sharmênia de Araújo Soares Nuto participou da concepção e do delineamento do trabalho, e da redação e aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

REFERÊNCIAS

1. Bollela VR, Castro M. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: conceitos básicos. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2014;47(3):332-42.
2. Kidd M. A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2016.
3. Fernandes M. A mudança de paradigma na avaliação educacional. *Educação, Sociedade & Culturas*. 1998;(9):7-32.
4. Pereira FAG. A avaliação do impacto da formação: um estudo exploratório na Força Aérea [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
5. World Health Organization. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. WHO-Wonca 1994 Conference. Ontario: WHO-Wonca; 1994 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62364>.
6. Berger CB, Dallegre D, Castro Filho ED, Pekelman R. A formação na modalidade residência médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-10.
7. Ribeiro MTAM. Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em capital do Nordeste [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2009.
8. Bomfim ALB. Macrocompetências para o currículo dos programas de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza/CE [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2009.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Euract/Wonca. Leonardo Teachers Courses. Level 1 course (competent educator). 2010 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: <https://www.euract.eu/resources/view/leonardo-course-level-1>.
11. Lima Filho PRS, Marques RVDA. Perspectivas sobre o aprendizado na óptica de estudantes de medicina: análise do impacto de transição curricular. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(2):87-94.
12. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 19a ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
13. Moreira MA. Aprendizaje Significativo Crítico. *Indivisa, Boletín de Estudios e Investigación*, nº 6, p. 83-101, 2005 [acesso em 31 maio 2023]. Disponível em: <https://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>.
14. Residência de Medicina de Família e Comunidade do Ceará. Manual do preceptor. Fortaleza; 2021.
15. 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.
16. Ponnampuruma GG, Karunathilake IM, McAleer S, Davis MH. The long case and its modifications: a literature review. *Med Educ*. 2009;43(10):936-41.
17. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):148-51.
18. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9):63-7.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.