



Samuel Carvalho Guimarães

**Avaliação do programa integrado de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza-CE, sob a ótica dos médicos-residentes**

Eusébio  
2021

Samuel Carvalho Guimarães

**Avaliação do programa integrado de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza-CE, sob a ótica dos médicos-residentes**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sharmenia de Araújo Soares Nuto.

Eusébio

2021

Evaluation of the integrated residency program in family and community medicine of Fortaleza-CE, from the perspective of resident physicians

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

G963      Guimarães, Samuel Carvalho.  
Avaliação do programa integrado de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza-CE, sob a ótica dos médicos-residentes / Samuel Carvalho Guimarães. -- 2021.  
101 f. : il. color. ; graf.

Orientadora: Sharmenia de Araújo Soares Nuto.  
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –  
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Internato e Residência. 2. Avaliação Educacional. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Corpo Clínico Hospitalar - educação. 6. Ensino. 7. Aprendizagem. 8. Estudos de Avaliação como Assunto. I. Título.

CDD – 23.ed. – 610.7098131

Samuel Carvalho Guimarães

Avaliação do programa integrado de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza-CE, sob a ótica dos médicos-residentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sharmenia de Araújo Soares Nuto

Aprovada em: 02/09/2021.

Banca Examinadora

Prof.a Dra. Olivia Andrea Alencar Costa Bessa  
Universidade de Fortaleza

Prof.a Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado  
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Prof.a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto  
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Prof.a Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Eusébio

2021

Dedico este trabalho à Ciência,  
linguagem de Deus revelada à  
humanidade, e ao amor cuidadoso do  
seu Criador.

## **AGRADECIMENTOS**

O conhecimento não se constrói sozinho. Ninguém é suficiente em si quando se dedica à Ciência. É preciso reconhecer e agradecer a quem tornou este trabalho possível.

Agradeço a Deus pelo cuidado de sempre, fonte de luz e força para conduzir esta tarefa noites adentro.

Agradeço especialmente à minha esposa Emanoella, companheira de luta na ciência, pelo esforço em me mostrar os caminhos da pesquisa qualitativa. Agradeço também ao meu filho Heitor, companheiro de todas as horas, por me ensinar a melhor maneira de aproveitar o tempo.

Agradeço aos meus pais Ezemir e Rosangela, e aos meus irmãos Ezemir Filho e Roseline, por estarem sempre presentes e pacientes, mesmo na minha ausência, por vezes forçada.

Agradeço aos supervisores do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, André Bomfim, Frederico Esteche e Marco Túlio, pelos ensinamentos generosos e pela atenção dedicada. Agradeço também aos residentes do Programa pela participação na pesquisa e na minha vida como preceptor. Este produto é para vocês.

Agradeço às professoras participantes da banca examinadora, Prof.a Dra. Fátima Antero, Prof.a Dra. Olivia Bessa e Prof.a. Dra. Ivana Barreto, pelo tempo e atenção dispensados. Por fim, agradeço à minha orientadora Prof.a. Dra. Sharmênia Nuto, pela paciência confiante e pelo cuidado exigente. Sem seus ensinamentos, provavelmente nenhuma palavra teria sido escrita.

O único aprendizado que influencia significativamente o comportamento é o aprendizado autodescoberto, auto-apropriado. (ROGERS, 1961, p.318).

## RESUMO

A Residência Médica (RM) é considerada, tanto academicamente quanto profissionalmente, método padrão-ouro no ensino de médicos egressos da Universidade. O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará, teve seus primórdios em 2005, no contexto da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE) nesta capital. Esse programa educacional é o primeiro do gênero em larga escala, implantado em uma capital, concomitante com a rede de serviços da ESF e com taxa de ocupação maior que a nacional, sendo necessário aferir crítica e reflexivamente como este Programa tem se desenvolvido. Para tanto, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, a partir da ótica dos residentes. Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem qualitativa, realizado com a participação de 18 residentes (R2) em cinco Grupos Focais, no segundo semestre de 2020. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática em que foram identificadas como subcategorias principais: Estratégias de ensino-aprendizagem, Avaliação do processo ensino-aprendizagem, Produção de autonomia, Transferência da formação para a prática, Fragilidades da residência e Potencialidades da residência. Identificou-se que os residentes compreendem a responsabilidade que têm no atendimento médico diário, ainda que como aprendizes. Eles demonstram insegurança como sujeitos da formação (aprendizagem ativa), sentindo-se mais confortáveis quando são colocados no papel passivo. Por outro lado, 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. Dessa forma, é preciso valorizar as experiências e competências adquiridas heterogeneamente pelos residentes para compor momentos de equalização do aprendizado, buscando o protagonismo do aluno ao invés da imposição de conhecimentos.

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

## ABSTRACT

Medical Residency (MR) is considered, both academically and professionally, the gold standard method in teaching physicians who graduated from the University. The Residency Program in Family and Community Medicine in Fortaleza, Ceará, had its beginnings in 2005, in the context of the implementation of the Family Health Strategy (ESF) and the Municipal School Health System (SMSE) in this capital. This educational program is the first of its kind on a large scale, implemented in a capital, concomitant with the ESF service network and with an occupancy rate higher than the national one, making it necessary to critically and reflectively assess how this Program has been developed. Therefore, this research aims to evaluate the Residency Program in Family and Community Medicine in Fortaleza, from the perspective of residents. This is a descriptive cross-sectional study with a qualitative approach, carried out with the participation of 18 residents (R2) in five Focus Groups, in the second half of 2020. The data were analyzed using the Thematic Analysis technique, in which the main subcategories were identified: Teaching-learning methodologies, Evaluation of the teaching-learning process, Production of autonomy, Transfer of training to practice, Residency weaknesses and Residency potentials. It was identified that residents understand the responsibility they have in daily medical care, even as apprentices. They demonstrate insecurity as subjects of training (active learning), feeling more comfortable when placed in the passive role. On the other hand, the program's students recognize the active teaching-learning methodologies as adequate for teaching adults, but they need them to be focused on solving problems common to their professional practice. Thus, it is necessary to value the experiences and skills acquired heterogeneously by residents to create moments of equalization of learning, seeking the student's protagonism instead of imposing knowledge.

Keywords: Teaching. Educational Measurement. Program Evaluation. Internship and Residency.

## LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo Kirkpatrick para Avaliação de Programas Educacionais .....	31
Quadro 1 - Frequência de falas segundo Unidades Temáticas .....	42
Gráfico 1 - Percentual de concordância (Concordo totalmente e concordo) das estratégias de ensino para o aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo residentes (N=18). Fortaleza-CE, 2021.....	57
Gráfico 2 - Percentual de concordância (Concordo totalmente e concordo) das estratégias de avaliação do processo ensino-aprendizagem para o aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo residentes (N=18). Fortaleza-CE, 2021 .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACGME	<i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIMF	Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Coordenação de Residência Médica
COVID19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPCe	Escola de Saúde Pública do Ceará
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
GF	Grupo Focal
GT	Grupo Tutorial
IES	Instituições de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
Mini-CEX	<i>Mini-Clinical Evaluation Exercise</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIRMFC	Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade
OSLER	<i>Objective Structured Long Examination Record</i>
PRM	Programa de Residência Médica
PSF	Programa Saúde da Família

PTS	Projeto Terapêutico Singular
R1	Residentes em Primeiro Ano
R2	Residentes em Segundo Ano
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RM	Residência Médica
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECe	Universidade Estadual do Ceará
UFCE	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 RESIDÊNCIAS MÉDICAS: CONTEXTO HISTÓRICO</b> .....	<b>22</b>
4.2 AVALIAÇÃO: PONTUANDO CONCEITOS DISTINTOS .....	24
<b>4.2.1 Avaliação de Programas Educacionais</b> .....	<b>25</b>
<b>4.2.2 Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem</b> .....	<b>33</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	36
5.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	37
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	37
5.4 COLETA DE DADOS .....	38
5.5 CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	39
5.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
6.1 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-APRENDIZES ..	43
<b>6.1.1 Estratégias de ensino-aprendizagem</b> .....	<b>43</b>
<b>6.1.2 Avaliação do processo de ensino aprendizagem</b> .....	<b>58</b>
6.2 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-PROFISSIONAIS .....	67
<b>6.2.1 Produção de Autonomia</b> .....	<b>67</b>
<b>6.2.2 Transferência da Formação para a Prática</b> .....	<b>69</b>
6.3 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-CRÍTICOS .....	72
<b>6.3.1 Fragilidades do Programa</b> .....	<b>72</b>
<b>6.3.2 Potencialidades do Programa</b> .....	<b>79</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>86</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)</b> .....	<b>91</b>
<b>APÊNDICE B – Questionário</b> .....	<b>94</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro para o Grupo Focal</b> .....	<b>97</b>
<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)</b> .....	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que tem como território de ação primordial a APS. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o médico de família deve ter um papel central para se alcançar qualidade, custo-efetividade e equidade em sistemas de saúde (OMS, 1994). Para cumprir esta responsabilidade, o médico de família deve ser altamente competente no cuidado ao paciente e deve integrar cuidados de saúde individuais e comunitários, necessitando de processos formativos adequados.

Na literatura, a Residência Médica (RM) tem sido considerada, tanto academicamente quanto profissionalmente, método padrão-ouro no ensino de médicos egressos da Universidade (BERGER *et al.*, 2017). A formação e a certificação de médicos especialistas são alguns dos objetivos principais da RM o que, em última análise, dá a esses programas de pós-graduação grande importância social (ALESSIO, 2016).

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará, teve seus primórdios em 2005, no contexto da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Sistema Municipal de Saúde-Escola (SMSE) nesta capital. Segundo Ribeiro (2009), este programa educacional era o primeiro do gênero em larga escala, implantado em uma capital, concomitante com a rede de serviços da ESF e com taxa de ocupação maior que a nacional (RIBEIRO, 2009). Em 2006, foi formado o Colegiado de Coordenação deste programa, composto por médicos de família e comunidade. Em 2007, o programa foi submetido a avaliação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), obtendo credenciamento definitivo. Em 2009, o programa contava com 65 preceptores, entre médicos de família nas Unidades de Atenção Primária (UAPS) e especialistas focais em ambulatórios e unidades hospitalares, além de 76 residentes (30 de primeiro ano e 46 de segundo ano). A Coordenação de Residência Médica (COREME) é responsável por definir, regulamentar e gerenciar processos organizativos, contando com a participação do Colegiado de Coordenação, representantes de residentes, preceptores e da Célula de

Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Ao longo dos últimos anos, o programa tem angariado apoio gradual de várias Instituições de Ensino Superior (IES) como a Universidade Federal do Ceará (UFCe), Universidade Estadual do Ceará (UECe), Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCe), Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Faculdade Christus (RIBEIRO, 2009).

Atualmente conhecido como Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC), funciona no regime de Colegiado de Supervisão juntamente com os Programas da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Escola de Saúde Pública (ESPCe). Tem dois anos de duração com carga horária semanal de 60 horas e, segundo dados de 2014, o treinamento em serviço representa 86% da carga horária total do programa, realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e território (60%), em ambulatórios e pronto-atendimentos da rede de atenção secundária e terciária nos municípios de Fortaleza e Caucaia (26%). Conta também com aulas teóricas e Grupos Tutoriais desenvolvidas nas dependências da Escola de Saúde Pública do Ceará. Estavam matriculados, no início de 2020, 35 residentes, sendo 27 em Fortaleza e oito em Caucaia. Participavam do programa, em regime de preceptoria local em MFC, 11 Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza e quatro Unidades de Saúde de Caucaia (BOMFIM, 2015).

É necessário aferir crítica e reflexivamente se os programas de residência conduzem os egressos para boas práticas em Medicina, no intuito de compreender o quanto são capazes de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação de programas educacionais deve seguir os princípios do método científico para orientar decisões que impactam na sociedade. O objetivo deste estudo é avaliar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, a partir da ótica dos residentes. Para isso, foi utilizado o Modelo Kirkpatrick de avaliação de programas educacionais em seu primeiro nível (do total de quatro), referente a reação dos discentes.

## 2 JUSTIFICATIVA

Avaliações de Programas de Residência Médica (PRM) são pouco difundidas no Brasil e no mundo. Para fundamentar este estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo, LILACS e MEDLINE usando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Internato e Residência Médica, Avaliação Institucional, Programa e Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram encontrados poucos artigos científicos (41) produzidos nos últimos 10 anos objetivando avaliar exclusivamente programas de residência médica, o que deixa evidente a relevância do presente trabalho. O estudo ganha maior importância na medida em que o autor se encontra inserido na prática clínica diária como membro ativo do sistema público de saúde, compondo um dos nós das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em implementação em Fortaleza, Ceará. Atua, também, como preceptor do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade, promovendo efetivamente a integração ensino-serviço.

No entanto, a integração do ensino na saúde com os sistemas de saúde nem sempre foi uma realidade. Ao longo da história, vários movimentos se superpuseram até o conceito atual de formação em residência médica. Tomando por partida a concepção flexneriana de ensino médico do início do século XX, ao mesmo tempo em que o rigor científico suplantou o empirismo nas escolas médicas, este modelo trouxe o padrão hospitalocêntrico, fragmentado e caro de formação de profissionais médicos. Paradigmas menos tecnicistas e mais eficientes financeiramente sobreviveram nas décadas de 50 a 70 daquele século, notadamente os movimentos da Medicina Comunitária e da Integração Docente-Assistencial (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Apesar de positivas, essas mudanças se restringiram aos chamados Departamentos de Medicina Preventiva e Social ou aos Projetos de Extensão das universidades, produzindo relação limitada dos estudantes de graduação com os serviços de saúde e, portanto, com as reais necessidades das populações. Naquela época, ganhou notoriedade a pós-graduação (residência médica) como complementar da graduação médica, considerada imprecisa e desordenada.

Contudo, devemos ter em mente os desvios desta opção: primeiramente, a pequena parcela absorvida pela especialização; em um segundo momento, a finalidade da pós-graduação não pode ser a

de preencher os vazios da graduação. A pós-graduação deve ser encarada como uma educação continuada, sendo, portanto, espaço de aperfeiçoamento, atualização e aprofundamento de conhecimentos a priori, sendo impossível aperfeiçoar o que não se tem (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Nas décadas de 80 e 90 do século XX, novos paradigmas de saúde surgiram após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata. Nesse período, a Integração Docente-Assistencial (IDA) passou a ser influenciada pelos serviços de Atenção Primária à Saúde e pelo sistema universal de saúde, tornando-se uma articulação em rede (Rede IDA e projetos UNI) que invertia os papéis: o serviço precede a universidade e esta não deve pretender estruturá-lo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Ou seja, as demandas da comunidade é que deveriam orientar a formação médica, e não o contrário.

Mediante o Programa UNI, pretendia-se mudar a formação das profissões de saúde, repensar a universidade, torná-la relevante para a sociedade; aplicar a produção acadêmica, relevante, na sociedade, mas com ações na comunidade, com a comunidade e para a comunidade, tornando a comunidade efetivo ator dentro do processo, com direitos e responsabilidades (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Esse processo de mudanças na formação médica permanece contínuo. Mais recentemente, no século XXI, a intenção de formar profissionais que ajudem na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social, ganhou importância. Isso trouxe o ideal de tornar o aluno-médico um protagonista no processo ensino-aprendizagem, capaz de interagir com a complexa realidade. Nesse contexto surgem movimentos como Rede UNIDA, PROMED, PRÓ-SAÚDE, bem como a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde e a criação do Departamento da Educação na Saúde no Ministério da Saúde. Todas essas políticas indutoras foram implantadas com objetivo de aproximar o perfil dos egressos de graduação e pós-graduação às necessidades da APS / ESF e de promover a educação permanente dos profissionais (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Nesse sentido, fica ainda mais clara a relevância deste estudo em compreender a percepção que egressos de residência médica têm das estratégias de ensino-aprendizagem, de como os PRM influenciam seus

processos de trabalho e de quais níveis de engajamento (pessoal, profissional, financeiro, político) esses médicos de família certificados expressam na construção do SUS. Essa percepção de aprendizado traz à tona o conceito da aprendizagem significativa como alvo de uma transição educacional a ser buscada pelos PRM.

Em contraposição à aprendizagem significativa, em outro extremo de um contínuo, está a aprendizagem mecânica, na qual novas informações são memorizadas de maneira arbitrária, literal, não significativa. Esse tipo de aprendizagem, bastante estimulado na escola, serve para "passar" nas avaliações, mas tem pouca retenção, não requer compreensão e não dá conta de situações novas (MOREIRA, 2005, p. 5).

Diante da necessidade premente de formação e certificação de Médicos de Família e Comunidade no contexto da implantação do sistema de RAS no Brasil como estratégia de fortalecimento do SUS, surge a importância de avaliar programas educacionais para que estes promovam aprendizagem significativa crítica (MOREIRA, 2005), que se perpetue numa classe médica politicamente ativa e socialmente responsável.

Este estudo faz parte do processo formativo do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Fundação Osvaldo Cruz, que por sua vez é um curso de pós-graduação que visa a formação de profissionais para atuarem na atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família. O curso conta com sete linhas de pesquisa, sendo que este estudo se encontra inserido na linha de pesquisa de Educação e Saúde.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, a partir da ótica dos residentes.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a relevância atribuída pelos residentes ao processo de ensino-aprendizagem na Residência, em relação ao aprendizado individual, à atuação no mercado de trabalho e à coordenação do cuidado no SUS;
- Compreender o processo de ensino aprendizagem do residente na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Compreender a avaliação de aprendizagem do residente na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Compreender o papel da preceptoria na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Descrever a estrutura física disponibilizada aos residentes na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza.

#### 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Médicos são profissionais que lidam com saúde e doença, assumindo responsabilidades e recebendo reconhecimento aparentemente natural, próprio do ato de cuidar das pessoas (KIDD, 2016), pois,

Médicos ganham privilégios e recursos substanciais da sociedade. Esses privilégios implicam numa responsabilidade correspondente ao participar na melhora dos sistemas de saúde e no treinamento dos médicos para satisfazerem as necessidades da sociedade (KIDD, 2016, p.76).

Conhecer a evolução histórica da formação médica é importante para compreender os reais significados da atividade profissional. A profissão médica nem sempre teve o prestígio que se julga ter hoje. No século XVII, artistas como Molière satirizavam a Medicina referindo-se a ela como “pomposa parlapatice, um especioso dialeto, a oferecer palavras como razões e promessas como efeitos” (MIRANDA, 2017, p. 66). Também é histórica a crítica de Rousseau, no século XVIII, à prática clínica, dizendo:

O corpo débil enfraquece a alma. Daí o império da medicina, arte mais perniciosa aos homens do que todos os males que pretende curar. Não sei quanto a mim, de que doenças nos curam os médicos, mas sei que nos dão alguns assaz funestos: a covardia, a pusilanimidade, a credulidade, o pavor da morte; se curam o corpo matam a coragem (MIRANDA, 2017, p. 67).

Com o advento do Iluminismo, surgiram as inovadoras Academias Científicas Europeias. Povoadas por médicos e naturalistas, faziam um contraponto às conservadoras Universidades, responsáveis apenas por transmitir uma herança cultural e não o que era considerado realmente novo (MIRANDA, 2017). Nesse momento da história já se delineavam contrapontos entre teoria e prática. Avanços científicos se sucederam no século XIX, como a Teoria Microbiológica das Doenças, de Louis Pasteur. Foi no século XX que Abraham Flexner, com seu reconhecido relatório homônimo, lançou as bases para a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo a racionalidade científica no ensino da Medicina, apesar de também contribuir para elitização excessiva das escolas médicas (PAGLIOSA, 2008). Foi nesse contexto biomédico e elitizado que surgiram as primeiras RM, voltadas para formar médicos especialistas e certificá-los perante a sociedade como profissionais competentes.

O trabalho médico, assim como o ensino de Medicina, evolui em consonância com os paradigmas socioeconômico-políticos norteadores dos Modelos de Atenção à Saúde. “As escolas médicas moldam o sistema de saúde e são moldados por ele” (KIDD, 2016, p. 76). A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata em 1978, na tentativa de encontrar respostas para as desigualdades em saúde, fortalecida pelo Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2008, induziram os Sistemas de Saúde no mundo a organizar serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) eficientes e representativos. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido o referencial do discurso sobre saúde da maioria dos países, precisamente porque esse movimento tentou dar respostas antecipatórias, racionais e com base em evidências às necessidades de saúde e a essas expectativas sociais (OMS, 2008).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) surge como uma especialidade médica reconhecida no Brasil a partir de 1981, anteriormente denominada Medicina Geral e Comunitária (FALK, 2004). Seu território de práticas é a APS e cada vez mais, com o crescimento no número de especialistas, assume papel de mola propulsora dos CSP no país.

A Formação em MFC se dá por participação durante dois anos em um Programa de Residência Médica (PRM), e a Certificação pode ocorrer por conclusão do PRM ou aprovação em Prova de Título promovido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Essa entidade, filiada à Associação Médica Brasileira (AMB), tem autonomia para oferecer títulos de especialistas, de acordo com a Comissão Mista de Especialidades (ALESSIO, 2016).

No Brasil, os programas de residência médica são regulamentados pelo decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, e a atividade de médico-residente é definida pela Lei nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006, e pela Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) nº 2, de 17 de maio de 2006 (BATISTA, 2013). A presença do Médico de Família em Unidades de APS, públicas ou privadas, em equipes uni ou multiprofissionais, eleva o nível de cuidado orientado às pessoas, desde que o engajamento desses médicos seja uma realidade buscada, avaliada e certificada criteriosamente na formação (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019). Portanto, a avaliação de

aprendizagem do residente de MFC deve incluir métodos que reconheçam habilidades adquiridas pelo educando em termos de comunicação interpessoal, raciocínio clínico e atitudes, além dos componentes cognitivos (CASTRO, 2007). No entanto, discute-se se a avaliação de ensino-aprendizagem individual dos residentes deve ser considerada, *per se*, condição para certificação de um bom programa de residência, e quais outras formas de avaliação externas devam ser aplicadas.

O processo de ensino-aprendizagem baseia-se em objetivos pré-determinados, porém o conceito mais atual de avaliação nem sempre exige que esses objetivos sejam pré-definidos. A avaliação deixa de ser entendida como produto, e passa a ser vista como processo produtor de interações preceptor-aluno, que juntos são capazes de aperfeiçoar o ensino e a aprendizagem (PEREIRA, 2010). Em termos de educação médica, há um esforço global para transitar de uma educação acadêmica tradicional para o desenvolvimento profissional continuado por meio de treinamento de habilidades vocacionais específicas, mudando também o local de treinamento (KIDD, 2016). Portanto, a avaliação do processo ensino-aprendizagem assumindo esta conotação formativa precisa de um contraponto que certifique de alguma forma que o aluno egresso atuará de maneira confiável no campo de trabalho. Em medicina, a transferência de competências adquiridas para os contextos reais de trabalho provoca impactos mensuráveis no desempenho do Sistema de Saúde. Esse processo de desenvolvimento de competências e sua transferência para o mundo real pode ser aferido, o que para efeitos de conceituação chamaremos a partir de agora de Avaliação de Programa.

Explicando de outra maneira: o residente tem papel principal, junto com o preceptor, na construção, execução, avaliação e reconstrução de seus próprios métodos avaliativos. A Avaliação de ensino-aprendizagem de médicos residentes tem conotação formativa importantíssima, mas é necessário aferir crítica e reflexivamente se esses processos avaliativos conduzem os egressos de programas educacionais para boas práticas em Medicina. Esse é certamente o caminho mais eficiente para a necessária e contínua revisão de formação e certificação dos médicos egressos de RM no Brasil. Sendo assim, a certificação de novos médicos deve garantir que haja uma transferência da formação para a prática, ou seja, que as competências aferidas sejam realmente aplicadas no

fazer médico diário, com confiança, segurança e impacto. É necessário que os PRM sejam regularmente avaliados no intuito de compreender o quanto são capazes de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, a convivência do modelo de atenção à saúde médico hegemônico, (assistencial privatista ou *managed care*) com o modelo sanitário, baseado em Vigilância ou na Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2012), tem causado grande contradição entre médicos recém-formados e residentes egressos dos programas, no que diz respeito a escolha do local de trabalho.

Em recente levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina, conhecido como Demografia Médica de 2018, estudantes do último semestre de vários cursos de Medicina foram questionados sobre em quais locais pretendiam trabalhar e quais especialidades médicas escolheriam após a conclusão da graduação. Cerca de 30% dos estudantes afirmaram ter interesse em trabalhar na APS, sendo que apenas 1,5% dos estudantes escolheriam Medicina de Família e Comunidade como especialidade (SCHEFFER, 2018).

A MFC é a especialidade médica que tem como território de ação primordial a APS. Estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por APS resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A presença do Médico de Família e Comunidade bem treinado e capacitado crítica e reflexivamente em equipes de APS, potencializa e qualifica o cuidado (COELHO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019). O relatório da Conferência “A contribuição do Médico de Família”, promovida pela OMS e pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), em 1994, aponta que o médico de família deve

ter um papel central para se alcançar qualidade, custo-efetividade e equidade em sistemas de saúde. Para cumprir esta responsabilidade, o médico de família deve ser altamente competente no cuidado ao paciente e deve integrar cuidados de saúde individuais e comunitários (OMS, 1994, p.3).

No momento atual do país, em que paradigmas mudam rapidamente, a defesa de um modelo assistencial organizado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que tem a APS no centro, como ordenadora e coordenadora do cuidado de pessoas, famílias e comunidade parece ser a saída encontrada para minimizar a dicotomia entre modelo médico hegemônico e modelo sanitário verticalizado, que tantos atrasos já produziu. Nesse contexto, atributos e

tecnologias de alta complexidade e baixa densidade aplicadas por Médicos de Família e Comunidade, tais como garantia de acesso, acolhimento, longitudinalidade do cuidado etc. parecem ser imprescindíveis para a construção das RAS.

No Ceará, após o advento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e notadamente a partir 1996, muitos programas educacionais voltaram-se para a Especialização em Saúde da Família. Até 2002, a Escola de Saúde Pública do Ceará formou 217 médicos e 336 enfermeiros nesta área (ESCOLA..., 2006 *apud* CASTRO, 2007). Segundo Castro:

Estes cursos introduziram melhorias para a assistência às comunidades, entretanto, apesar de utilizarem estratégias adaptadas a uma realidade discente, pressupõe-se que há uma distância entre o que é visto em sala de aula e a prática real, pois os resultados parecem não ter conseguido provocar mudanças significativas concorrentes para a reversão do modelo assistencial focado na doença e no atendimento por livre demanda, sem vínculo das equipes com a população (CASTRO, 2007, p. 13).

Em contraponto, o modelo de programa educacional baseado em Residência Médica, com integração ensino-serviço, tem naturalmente maior envolvimento e vínculo do pós-graduando com a comunidade, sendo capaz de produzir melhores resultados e impacto mais evidente na saúde da população.

#### 4.1 RESIDÊNCIAS MÉDICAS: CONTEXTO HISTÓRICO

Em 1889, no Hospital da John's Hopkins University, em Baltimore, no estado americano de Maryland, o notável cirurgião William Halsted convocou quatro ex-internos e os instruiu a cuidar dos pacientes operados no período da noite enquanto os treinava progressivamente na execução de cirurgias no período do dia. Em 1890, no mesmo hospital, William Osler, um expoente da Medicina Clínica, adotou sistema semelhante para a especialização em Medicina Interna. Foram as primeiras experiências em RM documentadas (SIMOES, 2012).

Em 1910, ainda nos Estados Unidos da América, a preocupação com a educação superior para os profissionais da saúde ganhou uma conotação mais formal e profissionalizada. Abraham Flexner, com sua publicação *Medical Education in the United States and Canada*, criou, além de uma teoria científica para a educação superior em saúde, também uma teoria da avaliação em

educação. O paradigma desenvolvido trazia a escola médica como retentora do conhecimento, o hospital como centro de alta tecnologia e a excelência técnica e a superespecialização como objetivos primordiais (SIMOES, 2012). Porém, é fato que “progressos técnicos importantes e avanços científicos impressionantes ofuscaram o fato de que a atenção estava se tornando fragmentada, despersonalizada e cara” (KIDD, 2016, p. 76).

Os modelos de Halsted-Osler e Flexner convergiram em 1927, quando a Associação Médica Americana, reconhecendo a necessidade do treinamento de pós-graduação em Medicina, publicou a primeira relação de hospitais cadastrados na execução de programas de Residência Médica (SIMOES, 2012). Naquele estágio, a Residência se afirmou e se difundiu como padrão-ouro não só no ensino, mas também na certificação e validação de novos médicos.

No Brasil, o primeiro programa de Residência foi implantado em 1945, pelo Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na especialidade de Ortopedia. Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro iniciou outra experiência nas especialidades Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia. Em 5 de setembro de 1977, o Decreto 80.281 regulamentou a RM e criou a CNRM.

O mister da Residência Médica seria permitir ao médico recém-formado aperfeiçoar-se nas diferentes especialidades e teria como principal característica o treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais qualificados em instituições de saúde, universitárias ou não (SIMOES, 2012, p. 1).

O surgimento da RM em ambiente intra-hospitalar, associado ao Modelo de Atenção à Saúde Privatista-Previdenciário que preponderou no Brasil nas décadas de 60 e 70, afastou durante muitos anos os residentes da comunidade.

Em 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata, URSS, expandiu pelo mundo estratégias de saúde baseadas em APS. Esse marco fez com que as primeiras experiências em RM integradas à comunidade surgissem no Brasil, incluindo Petrópolis, Natal, Porto Alegre, Teresina, São Luiz, Pelotas, Sete Lagoas, Joinville, entre outros. Só em 1986, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a então denominada Medicina Geral e Comunitária como especialidade médica. No entanto, o mercado de trabalho escasso e muitas outras questões políticas fizeram a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária e a RM em Medicina Geral

e Comunitária passarem por vários momentos de desaparecimento e ressurgimento (FALK, 2004).

Somente em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), um novo incremento no mercado de trabalho deu impulso para o ressurgimento da Sociedade que, em 2000, mudou de nome para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Nos anos seguintes houve uma expansão e consolidação da SBMFC, com crescimento no número de sócios, contatos frequentes e influência saudável e ativa junto a órgãos ou entidades como Conselho Federal de Medicina, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a AMB, a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a WONCA, a Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF) e ao Ministério da Saúde (FALK, 2004).

#### 4.2 AVALIAÇÃO: PONTUANDO CONCEITOS DISTINTOS

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (HARTZ *et al.*, 2008 *apud* BRASIL, 2017).

No que concerne à Residência Médica, 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) (BOLLELA, 2014).

Em língua portuguesa não temos o hábito de nomear diferentemente esses conceitos, utilizando o mesmo termo para ambos. Já em língua inglesa, concepções diferentes de Avaliação são organizadas em palavras distintas (*evaluation*: avaliação de programas, *assessment*: avaliação de ensino-aprendizagem). Esse fator de confusão pode tornar-se empecilho para que pesquisas nesta área se comuniquem entre si e deve ser superado (BOLLELA, 2014). Portanto, vale salientar que a definição de Avaliação, que ora se busca

nesta pesquisa, pressupõe uma Avaliação de Programa Educacional, que inclua a Avaliação de Ensino-aprendizagem como um dos componentes de estudo.

#### **4.2.1 Avaliação de Programas Educacionais**

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, desde a sua concepção, desenho, implementação e/ou relevância para a sociedade (BOLLELA, 2014). Epistemologicamente, toda avaliação de programa educacional segue os princípios do método científico com o intuito de gerar conhecimento que oriente decisões as quais devem impactar na sociedade. Em termos de formação médica, fica claro que uma avaliação de PRM tem uma conotação prática essencial, muito maior do que o simples credenciamento ou mesmo a ordenação hierárquica de diferentes programas. Kidd (2016), ao discorrer sobre o método de avaliação e acreditação de programas educacionais do *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* nos Estados Unidos, observa que:

As competências exigidas e os objetivos educacionais são periodicamente revisados para garantir que sejam relevantes para as condições atuais. A qualidade do currículo é avaliada por meio da revisão regular dos resultados do aluno e satisfação de alunos, professores e pacientes (KIDD, 2016, p. 140).

O órgão responsável pela Avaliação Externa dos Programas de Residência Médica no Brasil é a CNRM, que utiliza um formulário em formato de questionário a ser preenchido regularmente por avaliadores visitantes dos programas. Os critérios da CNRM nivelam os programas de ensino em parâmetros mínimos, não destacam sua qualidade, não estimulam seu aperfeiçoamento e, desta forma, não favorecem o aprimoramento qualitativo da residência médica (CRESPO, 2013).

“[...] a resolução CNRM nº 06, que dispõe sobre a avaliação dos Programas de Residência Médica [...] determina que os programas de residência médica sejam avaliados, no máximo, a cada cinco anos, com vistas à renovação dos seus credenciamentos. As avaliações quinquenais contemplarão a análise das dimensões da infraestrutura, o projeto pedagógico, o corpo docente, o corpo discente e a contribuição ao desenvolvimento do sistema local de saúde. As avaliações devem ser realizadas in loco, por comissão visitadora, mediante instrumentos de avaliação aprovados pela CNRM. (CRESPO, 2013, p. 25).

Mariano (2010), utilizando metodologia qualitativa através de entrevista em profundidade com residentes de Medicina de Família e Comunidade do Ceará, descreveu que, na percepção dos entrevistados, estes Programas contribuem para a formação dos médicos de família por serem orientados e baseados na comunidade e enfatizarem o trabalho em equipe e concluiu que a Residência em Medicina de Família e Comunidade é a modalidade de ensino de excelência para formar o médico de família, por treiná-lo em serviço junto à comunidade e preencher as lacunas de conhecimentos da graduação. Crespo (2013), em estudo sobre avaliação e classificação dos programas de residência e de especialização em Otorrinolaringologia no Brasil, concluiu que os critérios da CNRM nivelam os programas de ensino em parâmetros mínimos, não destacam sua qualidade, não estimulam seu aperfeiçoamento e, desta forma, não favorecem o aprimoramento qualitativo da residência médica.

Vasconcelos *et al.* (2015) trabalharam na construção e validação de indicadores de autoavaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e concluíram que uma proposta que supere as avaliações 'tradicionais' e se torne um processo tão inventivo quanto se deseja às residências é bastante relevante. Bezerra *et al.* (2016), em momento distinto, também trabalharam na construção de instrumentos de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, concluindo sobre a importância de existirem instrumentos de avaliação das residências para ajudar na tomada de decisão.

Para Santos Filho, Sampaio e Braga (2016), ao avaliar um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade sob o olhar dos residentes, descreveram cinco categorias que emergiram do estudo: inserção dos residentes na Rede de Atenção à Saúde (RAS); rodízios; relação entre o programa de residência multiprofissional em saúde da família e as outras residências; tutoria, preceptoria e suporte pedagógico e, finalmente; campo, núcleo e interdisciplinaridade. Após a análise perceberam fragilidades na inserção dos residentes nos serviços de saúde e nos processos de tutoria e preceptoria, como também, potencialidades na integração com outras residências e nos rodízios.

Koch, Doria Filho e Bollela (2011), em estudo de avaliação do programa de residência médica do departamento de pediatria da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, utilizando questionário padronizado, concluíram que 78% dos egressos se consideravam profissionalmente realizados e 22% parcialmente realizados em virtude de renda mensal inferior à esperada e por não terem iniciado/concluído a pós-graduação.

Saaqi (2013) trabalhou na avaliação de programa de residência paquistanês utilizando metodologia quantitativa através de questionários estruturados aplicados aos residentes e concluiu que as áreas com classificação relativamente favorável incluíram a condução regular de discussões de caso/tópico (75,96%), supervisão de preceptores durante procedimentos intervencionistas (70,27%) e realização regular de clubes de periódicos (69,54%). As áreas com classificação menos favorável incluíram feedback construtivo do supervisor (54,49%), preceptor como modelo (54,49%) e corpo docente como fonte de aprendizado (50,82%). No geral, a pontuação do programa foi de 60,55%. Já Gondal *et al.* (2016), utilizando metodologia qualitativa por grupos focais, descreveram que, segundo a perspectiva dos residentes, os programas de residência dos médicos paquistaneses desenvolvidos parcialmente na Irlanda melhoraram seu profissionalismo, habilidades de comunicação e aumentaram suas futuras oportunidades de crescimento na carreira.

Por outro lado, para Da Dalt *et al.* (2017), a Itália é um país europeu em que os regulamentos que regem os programas de treinamento e, principalmente, a avaliação dos residentes, ainda está sendo desenvolvida. Eles concluíram que os elementos que influenciam a qualidade dos programas de pós-graduação e o conhecimento, desempenho e competências dos residentes devem ser avaliados regularmente. Dos Santos, Snell e Tenorio Nunes (2017) pontuaram que a acreditação de programas de residência médica tornou-se globalmente importante e que está atualmente passando do objetivo de atingir padrões mínimos para um modelo de melhoria contínua. Em alguns países, o sistema de acreditação envolve médicos do serviço na avaliação de programas de residência. Às vezes, os avaliadores são voluntários, geralmente envolvidos em várias atividades clínicas e educacionais. Poucos estudos investigaram os

benefícios da avaliação e acreditação do programa de residência na perspectiva destes avaliadores.

Em resumo, é possível compreender que as avaliações de programas de residência no Brasil e no mundo utilizando padrões mínimos, burocráticas, realizadas por avaliadores não participantes dos processos de ensino-aprendizagem têm sofrido duras críticas da comunidade acadêmica, na busca por modelos de avaliação mais eficientes, que certifiquem a verdadeira transferência de formação do ensino para a prática entre médicos egressos dessas residências.

Outra questão importante para avaliação de programas educacionais, em particular dos PRM, é a discussão sobre o conceito de qualidade, pois este é bastante complexo, tendo em vista ser dependente do avaliador. Mas é possível delimitar algumas perspectivas da qualidade de um programa educacional, notadamente o envolvimento dos interessados na avaliação, o custo-efetividade, a adequação do programa ao seu propósito e a capacidade do programa de induzir transformação da realidade (BOLLELA, 2014) e cada uma destas perspectivas tem bases teóricas que as suportam. Desta forma, faz-se premente a discussão teórica dos modelos de avaliação de programas educacionais conhecidos na literatura.

No contexto histórico, a evolução contínua nos vários domínios científicos da humanidade promoveu uma racionalidade global e instrumental, demonstrada por um positivismo extremo, que veio posteriormente a ser substituída por uma racionalidade mais comunicativa (FERNANDES, 1998 *apud* PEREIRA, 2010). No domínio da avaliação curricular, por exemplo, assistimos à passagem de um paradigma positivista, fundamentado num interesse técnico, para um paradigma naturalista, baseado num interesse prático e emancipatório. 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 aprendizagem (PEREIRA, 2010).

Nessa perspectiva evolutiva e para exercício de compreensão, é possível delimitar diversos modos de pensar a avaliação de programas educacionais ao longo dos anos. Partindo do conceito fundamentado na **avaliação da consecução de objetivos**, Tyler (1967, *apud* PEREIRA, 2010, p. 15) concebe a avaliação “como uma forma de apreciar se um dado programa ou projeto

educacional atingia, ou não, os objetivos que se propunha atingir”. Nesse sentido, o avaliador deve analisar os resultados do programa e os comparar com os objetivos pré-definidos. Seria impensável, para Tyler, pressupor um modelo de avaliação sem referência a objetivos. Trata-se, portanto de um “Modelo Investigativo”, baseado no paradigma quantitativo e num método sistemático de avaliação de projetos (PEREIRA, 2010).

Concomitantemente às ideias de Tyler, surge o conceito de **avaliação em função das audiências**, baseado nos paradigmas naturalista e interpretativo. Nesse modelo, Stake (1967, *apud* PEREIRA, 2010, p. 18) preconiza uma ampliação do conceito de avaliação de Ralph Tyler, exigindo um exame mais rigoroso dos antecedentes, processo, normas e juízos, para além da redutora e exclusiva avaliação dos resultados. Foca-se nos problemas que vão surgindo ao longo da implementação do programa, e fundamentalmente, nas próprias atividades do programa. Dessa maneira, o avaliador vai elaborando as suas planificações em função das necessidades que vão surgindo no decorrer do processo de avaliação. Este método assenta no pressuposto básico de que os implicados na avaliação venham a mudar as suas atitudes, opiniões e crenças, razão pela qual Stake preconiza a criação de condições para uma comunicação fluída entre avaliador e “avaliados”, o que facilita a investigação, a descoberta e a solução de problemas (PEREIRA, 2010). “O avaliador proporciona informação ao próprio cliente do programa, para que este possa tomar consciência do processo vivido e ampliar o seu conhecimento sobre o mesmo” (CATALÁN, 1993 *apud* PEREIRA, 2010, p. 19).

Outro conceito que surge no mesmo período é a **avaliação sem referência aos objetivos**. Scriven (1973, *apud* PEREIRA, 2010, p. 19) defendia que o avaliador deveria exercer o seu trabalho de avaliação de programas sem conhecer os objetivos destes e procurando apreciar todos os possíveis resultados, esperados e não esperados, positivos e negativos. Dessa maneira, um programa seria analisado pela qualidade de todos os seus produtos e não apenas pela análise do grau de concordância entre estes e os objetivos pré-definidos. Por conseguinte, poderia haver projetos/programas em que os resultados não previstos seriam mais importantes que os pretendidos (PEREIRA, 2010).

Nos anos 80, novos paradigmas políticos se sobrepuseram no mundo, induzindo o surgimento de outros conceitos. A **avaliação do processo**, segundo Cronbach (1982, *apud* PEREIRA, 2010, p. 25), pressupõe que uma boa avaliação deveria derivar da consciência política, de uma mentalidade aberta, e, fundamentalmente, de uma boa comunicação estabelecida pelo avaliador, dando ênfase ao trabalho de equipe pois ninguém está totalmente qualificado para se encarregar, sozinho, da avaliação. Ainda assim, é um modelo de avaliação de programas desconectado da consecução de objetivos, preocupando-se mais com os processos de desenvolvimento, os quais são igualmente avaliados, não se confinando apenas aos resultados (PEREIRA, 2010).

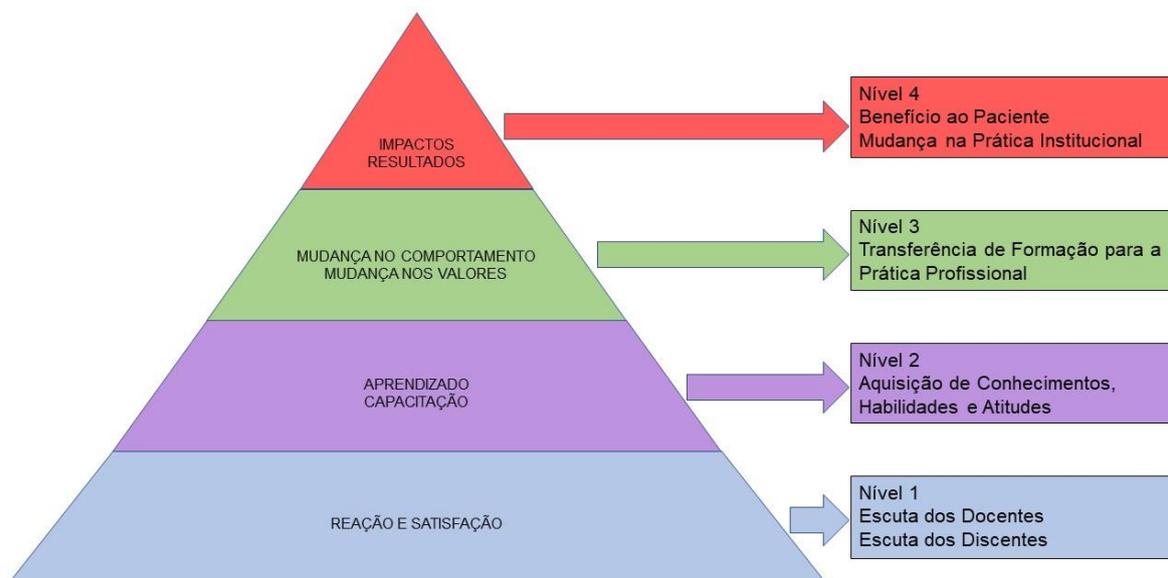
Ainda nos anos 80, surge o conceito de **avaliação politicamente consciente** ou **avaliação democrática** de McDonald (1976, *apud* MOURA, 1998, p. 2). Segundo esse modelo, a avaliação é um ato político que serve interesses e valores de pessoas ou de grupos. Os avaliadores, bem como as suas conclusões, influem no nível das relações de poder. Nessa perspectiva, o autor identifica três tipos de avaliação: burocrática, na qual o avaliador aceita o sistema hierárquico e proporciona informação útil para os objetivos da política (serviço, utilidade e eficácia); autocrática em que o avaliador oferece a validação externa da política desenvolvida em troca do reconhecimento público do seu trabalho (normas e a objetividade); e democrática onde o avaliador reconhece o pluralismo dos valores e favorece a expressão de diferentes opiniões sobre os temas (confidencialidade, a negociação e a acessibilidade) (PEREIRA, 2010).

A segunda metade dos anos 80 trouxe um acréscimo conceitual aos sistemas de avaliação de programas educacionais que modificou a forma de entender esses métodos, chamada **impacto da formação** ou **transferência de formação**. Nesses termos, na **avaliação para a utilização** proposta por Patton (1986) a avaliação deve ser centrada na utilidade dos seus resultados, sendo, portanto, um processo a ser construído com os vários atores que participam na formação. Outro método proposto na mesma época foi o de **avaliação sistêmica**. Para Robert Brinkerhoff (1985 *apud* PEREIRA, 2010) o processo formativo da avaliação incide sobre a implementação das intervenções formativas e a sinalização de eventuais aspectos a melhorar, percorrendo seis grandes níveis: avaliação de necessidades e objetivos; avaliação da concepção

dos programas; avaliação da operacionalização dos programas; avaliação da aquisição dos conhecimentos; avaliação da aplicabilidade; perenidade da aprendizagem e a avaliação do impacto da formação (PEREIRA, 2010).

Tomando por base os diversos conceitos expostos, pressupõe-se que um modelo de avaliação de programas educacionais, para ser considerado efetivo e de boa qualidade, precisa abranger a maioria, senão todas as nuances avaliativas, desde a consecução de objetivos, passando pelas necessidades que surgem ao longo do processo, incluindo também as perspectivas formativa e política, sem deixar de lado a utilidade da formação. A **abordagem multinível** proposta por Donald Kirkpatrick (1959), tem sido, até à presente data, a mais aplicada por parte das entidades que realizam formação (PEREIRA, 2010). O modelo de 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 no processo. Podemos delimitar os níveis de avaliação da seguinte forma (Figura 1):

Figura 1 – Modelo de Kirkpatrick para Avaliação de Programas Educacionais



Fonte: Adaptado de Bollela (2014).

-Nível 1 (Reação e Satisfação) - Avalia a reação dos participantes à formação (os formandos ficaram satisfeitos com a formação?).

-Nível 2 (Aprendizado e capacitação) - Avalia as aprendizagens efetuadas (os formandos aprenderam com a formação realizada?).

-Nível 3 (Mudança de comportamentos/valores) - Avalia os comportamentos no contexto real de trabalho, ou seja, o processo de transferência de formação (os formandos alteraram os respectivos comportamentos com base no que adquiriram/desenvolveram através da formação?).

-Nível 4 (Resultados/Impacto) - Avalia os resultados da formação (a transferência de formação para os contextos reais de trabalho provocou impactos no desempenho da organização?).

Apesar de este modelo representar uma evolução, ao avaliar programas visualizando o desempenho real dos egressos no seu local de trabalho, em contraponto à redutora verificação das respostas a testes somativos (lógica Tyleriana), não deixa de ser um modelo que apenas avalia o produto da formação, o que poderá, em algum momento, ser manifestamente insuficiente.

Em conclusão, mediante todas as evoluções expostas nas metodologias de avaliação de programas educacionais, precisamos em última análise compreender o fenômeno de “Transferência da Formação” na perspectiva da Residência Médica. A mera consecução de objetivos educacionais de uma pós-graduação médica parece não ser suficiente para validar e certificar um médico especialista, principalmente em APS, nível responsável por problemas clínicos e sociais de tão alta complexidade. Em outras palavras, a ideia de que o cumprimento de um determinado saber-fazer ou tarefa profissional pode não ser única e exclusivamente explicado através das competências (ou falta delas) de que um profissional deve dispor (proporcionadas pela via da formação), mas também pelas interações com os objetos sobre os quais age, devido aos meios pelos quais age, com a organização na qual age e os parceiros que aí participam (PEREIRA, 2010).

A Residência Médica é o protótipo do aprendizado em serviço, no qual os objetivos e competências em desenvolvimento se misturam. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) não desenvolveu um sistema de avaliação tão abrangente, condicionando o credenciamento dos programas de

residência ao cumprimento de “critérios mínimos” (CRESPO, 2013). Então, avaliar esses programas pressupõe se inserir no contexto em que estão mergulhados para compreender as reais potencialidades e fragilidades dos Programas.

#### **4.2.2 Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem**

Com o intuito de expandir a compreensão sobre Avaliação de Programas Educacionais, é preciso entender também como se dá a Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem na Residência Médica, uma forma de avaliação interna normativa que utiliza ferramentas de testagem próprias, visando pontuar o grau de consecução individual de objetivos de aprendizagem específicos pelos residentes.

Segundo teorias pedagógicas existem pelo menos seis tipos de avaliação, classificadas de acordo com seus objetivos: Avaliação Somativa, Formativa, Diagnóstica, Emancipatória, Mediadora e Dialógica (BATISTA, 2000). As quatro últimas técnicas são interativas e dinâmicas, empregadas na Residência Médica no modelo de Preceptoría. Elas representam uma forma evoluída e contínua de avaliação, permitindo a correção rápida dos rumos do aprendiz, ao utilizar a interação diária Preceptor-Residente como ponto de partida. Apesar disso, são dificilmente quantificáveis e, portanto, não podem ser utilizadas para dar grau ao Residente ao final do curso. Já as Avaliações Somativa e Formativa podem ser graduadas, e servem a esse propósito adequadamente.

Como explica Kidd (2016):

Um movimento crescente na educação médica, acelerado na última década, envolveu uma evolução da instrução acadêmica baseada no conhecimento tradicional para treinamento baseado em competência. A educação médica tradicional focava na aquisição de um volume de conhecimento médico por meio de instrução didática pedagógica combinada com um modelo do tipo aprendiz para aquisição de habilidades práticas. A avaliação no primeiro caso envolvia avaliações somativas com base no conhecimento, mediante uso de questões de múltipla escolha, e desempenho no último caso costumava ser julgado com critérios vagos e subjetivos por um médico supervisor de experiência variável. [...] Em resumo, espera-se agora que a educação médica resulte na demonstração confiável de desempenho competente em todas as tarefas necessárias previstas para um tipo específico de profissional (KIDD, 2016, p. 78-79)

Outra forma de classificar os métodos avaliativos leva em conta o conteúdo avaliado. Nessa classificação, podemos definir: Avaliações Cognitivas, voltadas para Conhecimentos; Avaliações de Desempenho, voltadas para Habilidades; e Avaliações Holísticas, voltadas para Atitudes (SOUZA, 2012). As Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Medicina definem diversas Áreas de Competência utilizando os conceitos de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes para compô-las, e sugerem que a avaliação do estudante englobe todos esses elementos:

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução (BRASIL, 2014, p. 13).

Sendo assim, fica patente a necessidade de integração de Avaliações Cognitivas, de Desempenho e Holísticas para estudantes médicos de Graduação e Pós-Graduação, no intuito de bem formá-los e certificá-los com segurança.

A maioria das instituições formadoras para a área de saúde no Brasil ainda privilegia o modelo de saúde disciplinar, com prioridade para a formação especializada, organizado sob a égide 'flexneriana' e, conseqüentemente, de forma fragmentada e compartimentalizada, impedindo o aluno de ter uma visão geral do paciente e do contexto em que vive (BEZERRA *et al.*, 2016).

Considerando a amplitude, a transitoriedade, a dinamicidade do conhecimento e a complexidade do trabalho médico, a formação desse profissional precisa ultrapassar a dimensão meramente conteudista, baseada no acúmulo de informações e na evocação baseada na memória e na repetição, para orientar-se no sentido de oportunizar o aprender a aprender, o aprender a pensar, o aprender a fazer, o aprender a ser, o aprender a comunicar-se, o aprender a agir, o aprender a resolver problemas e o aprender a trabalhar em equipe. Por conseqüência, o ensino e a avaliação da aprendizagem tornam-se mais sofisticados e passam a exigir estratégias diversificadas e inovadoras (GONTIJO; ALVIM; LIMA, 2015, p. 210).

Independente dos conceitos discutidos, todo aprendizado em Medicina, de uma forma ou de outra, implícita ou explicitamente, tem objetivos. Tais objetivos, quando pré-definidos, ainda servem como meios de avaliação de aprendizagem, já que a consecução deles é uma forma de graduar o estudante. Segundo Bezerra (2016):

A qualidade da formação oferecida ainda tem íntima relação com a definição e a clareza dos objetivos de aprendizagem, com o acompanhamento sistemático do cumprimento das metas estabelecidas para o seu alcance, bem como a capacidade de adaptação às necessidades decorrentes da evolução tecnológica setorial e das necessidades do SUS em atender às demandas sociais. Nesse sentido, o monitoramento e a avaliação apresentam-se como estratégias fundamentais visando à superação de dificuldades. Para isso, faz-se necessário desenvolver instrumentos que possibilitem a produção de informações qualificadas para o aprimoramento de um PRM. Essas estratégias complementares permitem contribuir para maior responsabilização dos gestores, coordenadores de curso e docentes, à luz de maior transparência e qualidade das atividades executadas (BEZERRA, 2016).

Atualmente no Brasil, a garantia de boas notas em um programa de residência, em última análise, certifica um médico a iniciar o exercício da especialidade escolhida sem impedimentos. Baseia-se na concepção de que há relação automática entre a aprendizagem realizada em contexto de formação profissional e sua transferência para contextos reais de trabalho, a chamada “transferência de formação”. No entanto, uma abordagem que se preocupe apenas com o controle dessa premissa (avaliação do produto) tem grande possibilidade de deixar escapar a maior parte das variáveis que justificam este resultado (PEREIRA, 2010).

Sendo assim, a Avaliação de Ensino Aprendizagem tem sua importância indiscutível na proporção em que gradua e certifica objetivos atingidos. Porém não é suficiente para garantir que aquelas competências descritas nos objetivos de aprendizagem do Projeto Político Pedagógico do PRM serão transferidas adequadamente para a prática, ou que causarão algum impacto na construção de um SUS ao mesmo tempo eficiente e solidário. É imprescindível que os PRM sejam avaliados externamente para que sua proposta de ser fonte contínua de profissionais competentes e engajados no cuidado das pessoas seja garantida.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

A Abordagem Multinível de Programas Educacionais segundo o Modelo de Kirkpatrick utiliza a reação e satisfação de docentes e discentes do programa como fonte de dados de nível primário. O presente estudo propõe que se avalie o Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará, com base na capacidade de transferência de formação entre ensino e trabalho empreendida pelo referido programa na percepção dos médicos-residentes. Para tanto, lança mão do Modelo de Kirkpatrick em nível primário como referencial teórico, buscando compreender o quão conscientes e seguros das competências desenvolvidas os residentes se encontram. O estudo, portanto, se inclui no conceito de Pesquisa Básica, ou seja,

Não tem um objetivo prático em seu projeto inicial, embora as descobertas advindas dos dados gerados possam influenciar e subsidiar tanto políticas públicas, novas descobertas, investimentos, decisões dos homens e mulheres de negócio como avanços na consciência social (BULMER, 1978 *apud* MINAYO, 2013, p. 50).

Levando em consideração que o produto principal da coleta de dados é a percepção dos médicos-residentes a respeito do próprio processo de ensino-aprendizagem, trata-se, portanto, de um estudo de campo transversal descritivo com abordagem qualitativa. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Este método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, além de permitir a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2013).

## 5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, criado em 2005, na perspectiva de implantação do Sistema Municipal de Saúde Escola, veio de um longo processo de construção de programas educacionais desde 1996 no Ceará, impulsionados pela instituição do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde em 1994. Àquela época, os cursos de especialização em Saúde da Família preponderavam, chegando a formar mais de 200 médicos e mais de 800 enfermeiros. No entanto, o impacto desses profissionais na consolidação do SUS e do sistema de RAS jamais foi mensurado diretamente.

Atualmente conhecido como Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PIRMFC), funciona no regime de Colegiado de Supervisão juntamente com os Programas da Universidade Federal do Ceará (UFCe) e da Escola de Saúde Pública (ESPCe). Tem dois anos de duração com carga horária semanal de 60 horas e, segundo dados de 2014, o treinamento em serviço representa 86% da carga horária total do programa, realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e território (60%), em ambulatórios e pronto-atendimentos da rede de atenção secundária e terciária nos municípios de Fortaleza e Caucaia (26%). Conta também com aulas teóricas e Grupos Tutoriais desenvolvidas nas dependências da Escola de Saúde Pública do Ceará. Estavam matriculados, no início de 2020, 35 residentes, sendo 27 em Fortaleza e oito em Caucaia. Participavam do programa, em regime de preceptorial local em MFC, 11 Unidades de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza e quatro Unidades de Saúde de Caucaia.

## 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Ao longo do primeiro semestre de 2020, o PIRMFC estava em sua 14ª turma concluída, possuindo 21 Residentes de primeiro ano (R1) e 35 residentes de segundo ano (R2) inscritos, incluindo os concludentes. Como o estudo teve por objetivo resgatar experiências educacionais e vivências profissionais dos discentes, optou-se por restringir a população de estudo aos residentes mais experientes, ou seja, os R2.

Todos os residentes de segundo ano (R2) que estavam regularmente matriculados e cursando o PIRMFC de Fortaleza no primeiro semestre de 2020

foram selecionados para o estudo. Foram excluídos da pesquisa 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.

#### 5.4. COLETA DE DADOS

Para coleta de dados foram realizados 5 (cinco) encontros no segundo semestre de 2020, todos com R2, compondo um total de 18 dos 32 residentes elegíveis do Programa. Os Grupos Focais tiveram número limitado de residentes, tendo em vista que as reuniões ocorreram no contexto da pandemia de COVID19, com restrições de aglomerações e contato social. Foram utilizados os meios disponíveis para proteção sanitária dos participantes, com o fornecimento de máscaras, álcool em gel e observadas as exigências de distanciamento e circulação de ar nos ambientes.

Inicialmente, foi solicitado aos participantes que escolhessem livremente um nome fictício pelo qual seriam chamados e o escrevessem em uma tarjeta afixada no corpo, para permitir a comunicação durante os diálogos sem comprometer a identidade deles. Dessa forma, os nomes constantes nos resultados deste estudo não correspondem aos nomes reais dos participantes.

Em seguida, foram aplicados questionários com perguntas fechadas, para caracterização da amostra, seguidas de questões múltipla escolha graduadas em escala *Likert*, para conhecer a relevância atribuída pelos respondentes às estratégias de ensino e aprendizagem do Programa de Residência. Os residentes tiveram 15 (quinze) minutos para concluir esta primeira fase. Imediatamente posterior a este momento, foram realizados os grupos focais, com duração de 2(duas) horas, em média.

A técnica de grupo focal constitui-se num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Visam a obtenção de informações através da interação entre os participantes, objetivando gerar consensos ou explicar divergências. Na prática, a discussão em grupos focais se faz em reuniões com um pequeno grupo de informantes (seis a doze), partindo de um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador que consiga a participação e o ponto de vista de todos e de cada um, e a participação de um relator (MINAYO, 2013).

Durante o desenvolvimento dos grupos focais foi utilizado um diário de campo, ou seja, um caderno de notas em que o investigador, dia por dia, foi anotando o que observava e que não era objeto de nenhuma modalidade de entrevista. Nele foram escritas impressões pessoais que foram se modificando com o tempo, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas e manifestações de interlocutores quanto aos vários pontos investigados (MINAYO, 2013).

### 5.5. CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A técnica da coleta de dados foi por grupos focais, precedidos pela aplicação de questionário para caracterização da amostra. Os dados dos questionários foram organizados em tabelas e gráficos usando os softwares *Microsoft Excel* e *Microsoft Word* versão 16. A Análise de Dados dos grupos focais foi feita 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 visado (MINAYO, 2008).

A análise de conteúdo uniu a apreciação técnica do texto com as interpretações subjetivas do autor para expor os resultados. Essa dualidade foi necessária para evitar que o formalismo excessivo prejudicasse a criatividade e a capacidade intuitiva do pesquisador, mas também que a subjetividade exagerada levasse a imposição de ideias ou valores do autor, como se o texto fosse um mero confirmador dessas (CAMPOS, 2004).

### 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCe), seguindo as resoluções nº466/2012 e 510/2016, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) segundo o parecer consubstanciado número 4.129.273 (CAAE: 29015119.1.0000.5037).

Ressalta-se quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, garantindo a ponderação entre riscos e benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios (beneficência) e mínimo de danos (não maleficência),

buscando-se evitar a discriminação, a marginalização e a segregação social dos participantes (justiça) e garantindo-se equidade na distribuição de riscos e benefícios.

Os participantes da pesquisa foram médicos residentes regularmente matriculados no Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza no período da coleta de dados. Foi garantido o absoluto sigilo dos participantes por meio da proteção de identidade utilizando denominações fictícias e assegurando-se a privacidade de cada sujeito. Os dados permanecerão sob a guarda da coordenação da pesquisa, sendo garantidos sigilo e confidencialidade.

No momento da coleta de dados, foi solicitada a prévia autorização através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), onde os participantes confirmaram, por meio da leitura e assinatura, o desejo de participar da pesquisa, garantindo que permanecessem com uma cópia do termo. A qualquer momento os participantes poderão desistir da participação na pesquisa sem quaisquer prejuízos. Identificaram-se riscos mínimos aos participantes tais como algum constrangimento durante a coleta de dados, mas estes foram minimizados com esclarecimentos necessários e o respeito a todos.

Além disso estavam previstos no desenho da pesquisa cuidados para evitar possíveis desvios no uso político dos resultados e garantir a colaboração dos gestores municipais. Dentre os benefícios que esta pesquisa possibilita aos participantes estão os momentos de reflexão acerca da avaliação em saúde que podem apontar estratégias para o fortalecimento da formação médica pessoal e coletiva. A proposta é que as informações utilizadas na dissertação possam também subsidiar o aperfeiçoamento da avaliação dos programas de residência médica.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados deste estudo foram coletados em cinco Grupos Focais com a participação de 18 dos 32 residentes elegíveis, todos de segundo ano (R2). Dentre eles, dez declararam-se do gênero masculino, portanto, oito do gênero feminino, tendo as idades variando entre 25-45 anos, com a média de 30,1 anos. A maioria dos participantes eram solteiros (12 - 66,7%) e sem filhos (17 - 94,4%).

No que diz respeito à formação acadêmica, quase a totalidade graduou-se em universidades no Município de Fortaleza, Ceará (17 - 94,4%), há menos de 5 anos (17 - 94,4%) e uma minoria (3 - 16,7%) tinha 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 destes na área de Educação na Saúde (Curso de Preceptorial e Mestrado Profissional em Ensino na Saúde).

A avaliação qualitativa do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, segundo o modelo de avaliação de programas educacionais de Kirkpatrick no seu primeiro nível, favorece a escuta livre dos participantes daquele programa em busca de consensos e dissensos. Assim, a análise das falas dos discentes e sua categorização temática tornaram possível perceber que os residentes, de maneira não estimulada, convertiam seus papéis de avaliadores, a depender dos assuntos que eram trazidos para a discussão. Algumas vezes, os participantes se comportavam como Residentes-Aprendizes, descrevendo e opinando sobre as estratégias de ensino-aprendizagem e as avaliações a que foram expostos. Outras vezes, eles assumiam a postura de Residentes-Profissionais, demonstrando preocupações com a aplicação prática da formação. Por fim, em alguns momentos, os residentes pareciam visualizar o programa educacional de um ponto de vista externo, como Residentes-críticos ao Programa. Essas foram, portanto, as três Categorias Analíticas definidas no estudo: Residente-aprendiz, Residente-profissional e Residente-Crítico; dentro das quais se distribuíram as subcategorias e unidades temáticas mostradas no Quadro 1.

Quadro 1 - Frequência de falas segundo Unidades Temáticas

<b>Categorias Analíticas</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades temáticas</b>	<b>Frequência de falas</b>
Residente-aprendiz	Estratégias de ensino-aprendizagem	Grupos tutoriais	21
		Oficinas Práticas	4
		Casos Clínicos	4
		Aulas Expositivas	7
		Preceptoria	41
	Avaliação do processo ensino-aprendizagem	Avaliações teóricas	20
		Avaliações práticas	17
		Conceito Global	4
		Feedback	4
		Portfólio	3
Residente-profissional	Produção de autonomia	Conhecimento	3
		Competência	6
		Performance	1
		Ação	2
	Transferência da formação para a prática	Treinamento baseado em competências	6
		Adequação ao mercado de trabalho	16
Residente-crítico	Fragilidades da residência	Estrutura física da residência	29
		Ensino centrado no aluno	17
		Engajamento dos preceptores	9
		Facilitação do aprendizado	4
		Carga de trabalho	7
		Tempo protegido	6
		Uniformidade do Programa	6
		Duração do Programa	2
		Comunicação	1
	Potencialidades da residência	Potencialidades	22

Fonte: Elaboração própria.

Vale salientar que a interpretação dos dados qualitativos foi permeada pela análise das posturas, expressões físicas e manifestações afetivas dos entrevistados durante a coleta desses dados. Essas informações foram registradas em um Diário de Campo que foi consultado durante o processo de análise e interpretação. Foram anotados momentos de descontração, em que os residentes riram, foram irônicos quanto aos problemas apresentados ou demonstraram esperança quanto ao futuro. Houve também momentos críticos, em que os participantes choraram ou se exaltaram ao expressarem sentimentos de tristeza, desvalorização, desmotivação e raiva. O Diário de Campo teve valor não quantificável, mas, com certeza, foi imprescindível para o entendimento das falas dos residentes.

## 6.1 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-APRENDIZES

Os residentes, quando assumiram o papel de aprendizes, demonstraram suas opiniões principalmente sobre as estratégias de ensino-aprendizagem a que foram expostos e sobre as avaliações educacionais de que participaram, com críticas, insatisfações e algumas sugestões.

### **6.1.1 Estratégias de ensino-aprendizagem**

Neste estudo, os residentes demonstraram reconhecer bem as estratégias de ensino-aprendizagem a que foram expostos durante o programa. Os **Grupos Tutoriais**, as **Oficinas Práticas**, os **Casos Clínicos** e as **Aulas Expositivas** foram as estratégias que mais geraram comentários. A **Preceptoría**, colocada como ensino em serviço, mereceu especial destaque nas falas e foi discutida pelos discentes juntamente com as estratégias de ensino-aprendizagem. A compreensão da Preceptoría 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.

Os **Grupos Tutoriais** são adotados pelo Programa de Residência como uma importante estratégia de ensino-aprendizagem, tendo em vista a alta frequência desses encontros na semana-padrão do discente (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO CEARÁ, 2021, p. 7). A relevância desse método de ensino, boa ou má, também é reconhecida pelos residentes, dado o número de 21 vezes em que foram citados neste estudo, sendo, portanto, o segundo mais lembrado.

O entendimento da estratégia dos Grupos Tutoriais pelos residentes, em algum momento, pareceu ser equivocado ou insuficiente. A sensação inicial dos residentes foi de que a metodologia ativa não tem ligação com a prática pois a estratégia de Grupo Tutorial foi empregada de maneira diferente do habitual. Em notas do Diário de Campo, nesse momento constam expressões corporais de descontentamento, como inquietação nas cadeiras e tonalidades exaltadas de voz.

GF3/Sofia: eu aprendo muito mais na prática mesmo, do que propriamente (no) GT e em aula. (...) Não aprendia tanto, era mais como se fosse uma coisa mais punitiva, sei lá, uma coisa de cobrança (...) era melhor ficar atendendo (pacientes) do que ir.

GF2/Maria: em relação ao GT (...)... isso, pra mim, precisa ser revisto pelo colegiado, necessita! (...) Tem tido bons resultados em muitos locais, mas, se eu não tenho condição de utilizar, não usa, pelo amor de Deus, né? Porque não vai trazer bons resultados, traz muitas frustrações

GF2/Wayne: o PBL é uma coisa assim (...). Se você souber usar, ele é muito bom. Mas, se você não souber, é uma praga (...). A gente passou 4 anos num PBL, lá onde eu me formei, tem nada a ver com o que é aplicado na residência.

Houve a impressão de que Grupos Tutoriais são teóricos, portanto, mais eficientes para contextos de graduação, em que o aprendiz precisa descobrir conceitos que desconhece, do que para uma residência médica, em que se exige postura profissional do discente ao mesmo tempo em que se espera que haja um aprendizado cognitivo.

GF3/Chester: GT funciona pra talvez até criar conceito na faculdade. Mas, pra residência, eu acho que o nível de conhecimento é maior, o mostrar fazer.

GF3/Chester: mapa conceitual (...) na minha opinião, até funciona um pouco pra faculdade, porque a gente tá tendo conceitos básicos. Mas os temas que foram propostos no grupo tutorial pra residência são muito vagos.

GF3/Chester: grupo tutorial (...) na minha opinião, meio que isenta um pouco os professores que estão lá na disciplina de transmitir algo de mensagem. Fica muito mais a parte do aprendiz, no caso, de ir atrás de conhecer o que ele precisa saber. Mas aí fica a pergunta: como é que ele ia saber que ele precisa saber daquela coisa?

A escolha dos temas para discussão em Grupos Tutoriais, em geral, é feita pelo colégio de preceptores em reuniões com a supervisão (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO CEARÁ, 2021, p. 9). Essas reuniões levam em maior consideração as competências importantes para médicos de família,

segundo a sociedade científica da especialidade, do que as opiniões dos discentes sobre o trabalho deles no dia a dia. Além disso, os encontros costumam ser exíguos no número de preceptores participantes, o que pode resultar em limitação no campo de conhecimento escolhido. Os Grupos Tutoriais receberam críticas diretas dos residentes, em parte devido a desconexão do problema em estudo com a prática diária. Registrou-se no Diário de Campo manifestações de medo, aparentemente relacionadas ao receio dos residentes de serem surpreendidos por questões com as quais não saberiam lidar.

GF3/Chester: se eu chego no final do turno da tarde, sei lá, quatro e cinquenta da tarde, no interior, onde, geralmente, vai até cinco horas, e 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

GF3/Chester: Os temas que foram propostos no grupo tutorial pra residência são muito vagos

GF5/Residente 2: a gente tem um turno que se reúne, pra assistir aulas ou grupos tutoriais, e o processo de aprendizado nesses grupos é muito ruim, é muito ruim. Primeiro, porque não há clareza nos temas que a gente vai ver. Precisa-se de professores externos e você não consegue o professor, então é muito ruim. Às vezes o assunto não é mais importante, não concatena, não tem sequência.

Existiu, entre os residentes, a sensação de que os Grupos Tutoriais geravam um rol vago de discussões, nem sempre consideradas úteis quando os discentes retornavam para a prática na unidade de saúde.

GF3/Belchior: (GT) 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. Aquilo, pra mim, era um estresse a mais, era uma preocupação a mais, um nervosismo a mais, que me forçava a estudar, mas que, às vezes, eu tinha mais interesse em estudar a aprendizagem significativa do dia a dia.

Dessa forma, surgiram sentimentos desagradáveis de desperdício de tempo e opressão, o que fez com que a maioria dos residentes desconsiderassem os Grupos Tutoriais como estratégias eficazes de aprendizado. Nesse instante, os dados do Diário de Campo mostram posturas negativas de aversão à estratégia, com falas contundentes e taxativas.

GF5/Elena: a gente sempre sente que tá perdendo muito tempo. A gente tinha tempo pra fazer o GT, a gente tinha que estudar a fundo tudo (...) pra gente discutir, fazer um mapa, (...) que todo mundo odiava. (...) Acho que a gente ter contato com mais temas, pra ter uma noção maior de tudo que existe, seria mais útil

GF4/Julia: (O Grupo Tutorial) na minha percepção é pra cumprir tabela. Assim, eu estudo porque realmente tem que ser apresentado, mas não é uma forma que eu sinto que aprendo. Depois de um tempo, não é uma metodologia de escolha pra aprendizado

GF2/Wayne: em relação a GT (...) vamos procurar alguma maneira de retirar. Aquilo ali é uma tortura mental, físico-mental, não contribui absolutamente em nada pro nosso aprendizado

GF1/Ariel: Aqueles Grupos tutoriais eram torturantes

Outra questão importante, que foi percebida pelos residentes como prejudicial ao aprendizado em Grupos Tutoriais, foi a precariedade estrutural do Programa, no que diz respeito a escassez de tutores, a falta de salas e de material didático adequado e a limitação de tempo para conclusão da discussão, por questões administrativas. Novamente, os residentes foram contundentes nas falas, não se furtando a expor emoções negativas pelo tom de voz elevado, registrado no Diário de Campo.

GF2/Leticia: para uma atividade regular, você não conseguir fazer um GT dividido em quatro turmas, porque não tem sala. Claro também porque não tinha tutor, mas, mesmo assim, principalmente, porque não tinha sala, isso é um absurdo!

GF4/Pedro: 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 (...). Foi algo não muito proveitoso, muito traumático pros residentes, tanto que os residentes começaram a se opor a participar e foram se ausentando cada vez mais

GF2/Leticia: (Quanto a) PBL eu tenho meus problemas, porque eu não conhecia, não sabia como é que funcionava e achei bizarro (...). A gente não pode adaptar o método a nossa realidade, a gente não tem sala (...), a gente não tem tutor suficiente, então... não usa gente!

Lima Filho e Marques (2019), ao estudarem a transição curricular em uma faculdade de medicina no 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. Por outro lado, 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, à integração deficitária com a comunidade e à pertinência inadequada dos conteúdos (LIMA FILHO; MARQUES, 2019).

Apesar de todas as críticas, os Grupo Tutoriais, englobados no amplo conceito de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, ainda parecem gerar boas expectativas de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes entre os residentes-aprendizes.

GF3/Chester: GT estimula a estudar, você fica com aquela obrigação de correr, porque você vai ter que falar alguma coisa no grupo tutorial.

GF3/Sofia: (Em relação a) construção do SUS, (no GT temos) que conviver com outras pessoas, é uma atividade em grupo. Isso talvez tenha algum benefício em relação a sua forma de trabalho na unidade de saúde, que você também tem que aprender a conviver com outras pessoas, escutar.

GF4/Pedro: Eu, particularmente, pude perceber que as metodologias ativas trazem mais benefícios pro aprendizado do que aquela metodologia passiva em que você só joga o conteúdo. Principalmente, nesse período de pandemia com a questão do virtual. (Em aulas expositivas) você não sabe nem se aquelas pessoas estão realmente prestando atenção ou ouvindo o que você tá ministrando.

Outra estratégia sobre a qual os residentes discorreram foram as **Oficinas Práticas**. No contexto desse programa, as Oficinas são estratégias em que os residentes observam e treinam habilidades práticas, presentes no currículo de Medicina de Família e Comunidade, sob a supervisão de especialistas focais convidados. São momentos teórico-práticos, que diferem da preceptoria por seu caráter rotativo e mais limitado no tempo (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021, p. 6). Nesse sentido, funcionam como uma demonstração importante da Pirâmide de Aprendizado na visão de Miller (1990), segundo a qual o aprendiz deve tornar-se funcionalmente adequado passando por estágios de conhecimento (saber), competência (saber como), performance (mostrar como) e ação (fazer) (MILLER, 1990).

A sensação dos residentes de estarem sendo diretamente observados por profissionais confiáveis e o fato de receberem *feedback* imediato ao desempenho das habilidades ensinadas, bem como a percepção de um aprendizado gradual e

evolutivo, bastante ligado à prática, parecem ter produzido ótima motivação e boa noção de aprendizagem significativa com Oficinas.

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

GF3 / Sofia: (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 / Sofia: tem a teoria e tem a prática (...) e eu acho que os outros residentes também (ficaram) muito mais empolgados em ir nessas atividades do que propriamente na atividade do GT.

GF4 / Julia: (Oficinas com Especialistas Focais são) uma metodologia que me acrescenta muito. A gente não tem só aquela visão de livro, mas tem também a vivência do especialista adaptando a realidade da unidade.

A apresentação de **Casos Clínicos** também foi citada como estratégia de ensino-aprendizagem pelos residentes com relevante efetividade, apesar de em menor frequência. Trata-se de momentos de discussão interdisciplinar em grupo, unindo residentes, preceptores e, por vezes, especialistas focais e profissionais da saúde ligados ao caso, com o intuito de apresentar os aspectos clínicos e psicossociais de um determinado paciente, escolhido pelos residentes. Em grande parte das vezes, o produto da discussão é o manejo de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), na medida em que são propostas, pela equipe interdisciplinar, condutas terapêuticas articuladas, individuais ou coletivas, com apoio matricial se necessário (DORIGATTI *et al.*, 2014).

A apresentação e discussão de Casos Clínicos aproxima-se, como estratégia de ensino-aprendizagem, da Metodologia da Problematização, que remonta ao Método do Arco de Charles Maguerez, de 1970. Segundo Bordenave e Pereira (1982), 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 prática. (BORDENAVE; PEREIRA, 1982 *apud* BERBEL, 2012). No contexto dos Casos Clínicos, a problematização que a discussão promove e o aprendizado que esse processo gera parecem ter sido marcantes na aplicação prática de competências pelos residentes.

GF1 / Jorge: havia muita discussão de caso clínico, principalmente, no matriciamento em que todo mundo se envolvia, não só o profissional médico, mas todo mundo se envolvia. Acabava agregando o olhar da psicologia etc.

GF4 / Pedro: 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.

Fato que merece destaque é que alguns residentes defenderam estratégias passivas de ensino-aprendizagem.

GF3/Belchior: nem todo mundo está disposto a aprender de forma ativa. Tem que gente gosta de aprender de forma mais pedagógica, até mais do que andragógica. E eu realmente acredito nisso.

GF3 / Belchior: metodologias passivas de ensino e aprendizagem (são) como se você estivesse sendo mais cuidado (...) como se alguém (...) preparou o material, o momento, ali pra você aprender. Já a metodologia ativa é mais assim: “vai lá garotão, te vira, vai lá e constrói o conhecimento”. Então dói mais, a gente tem as demandas, tem gente que dá plantão.

A discussão de temas e as **Aulas Expositivas**, algumas vezes, eram preferidas em detrimento da metodologia ativa, como a empregada nos Grupos Tutoriais.

GF1 / Jorge: o meu preceptor é muito preocupado com o processo de ensino/aprendizagem. Ele levava muita discussão, semanalmente a gente tinha um momento em que ele apresentava um tema específico pra discutir sobre tratamento.

GF3 / Chester: 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 / Chester: eu acho que existe uma troca de conhecimento entre iguais. Mas eu acho que na residência tem que haver uma troca de uma pessoa que tenha um pouco mais de conhecimento, que doe mais conhecimento.

Porém, em menor número, alguns residentes discordaram, referindo que as aulas expositivas foram deficitárias. Na opinião deles, as aulas teóricas careciam de melhor organização, numa sequência que fosse mais focada nas vivências dos residentes.

GF5/Matias: essa parte teórica é muito deficitária (...) em relação à qualidade dos temas que são escolhidos. (É necessário) um retorno na questão da

aprendizagem, uma triagem a partir das vivências como residentes, pra dar foco nessa parte prática.

GF5/Elena: o aprendizado teórico, que é o que a gente teria nas aulas, é muito deficitário (pois) eles não conseguiram organizar um plano pra dois anos.

Provavelmente, a opinião positiva dos residentes sobre 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 prévio (MOREIRA, 2010) e aprendizagem significativa crítica, que permite ao sujeito agir construtivamente na transformação dos conhecimentos e da cultura, sem ser sobrepujado, mas sim avaliando externamente suas crenças ao mesmo tempo em que as reconstrói (MOREIRA, 2010). Foram tais reformas conceituais que sinalizaram o ideal do “aprender a aprender” em contraposição ao ensino arbitrário, literal e memorizado. Segundo Rogers (1961), “somente aprendizagem com significativa repercussão no comportamento é resultante da autenticidade e de aprendizagem auto apropriada” (ROGERS, 1961).

Vale salientar que a metodologia ativa de ensino-aprendizagem tem como alicerce a teoria significativa de produção de autonomia, visando gerar profissionais capazes de lidar com incertezas e complexidades. Elas utilizam a problematização para alcançar e motivar o discente, resgatando conhecimentos prévios e associando estes a conhecimentos novos, no intuito de solucionar impasses e desenvolver competências (MITRE *et al.*, 2008). Sendo assim, a metodologia ativa de ensino-aprendizagem parece suprir muito bem as necessidades do ensino de adultos, citadas anteriormente.

Outra forma de aprender a que os residentes se reportaram bastante foi a **Preceptoria**. Como discutido anteriormente, a Preceptoria merece especial destaque neste estudo, tanto por representar bem o ensino em serviço a que a Residência

Médica se propõe, quanto pela relevância que os residentes atribuíram no contexto das estratégias de ensino-aprendizagem. Segundo Botti e Rego (2008), o preceptor tem o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias (BOTTI; REGO, 2008).

No programa de residência há dois tipos de preceptoria: uma que se desenvolve junto ao residente diariamente na Unidade de Atenção Primária em Saúde e na Comunidade (preceptoria ombro a ombro) (EURACT/WONCA, 2018) e outra que ocorre em ambientes de prática de atenção secundária e terciária, com especialistas focais (preceptoria em plantões e ambulatórios) (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021, p. 2-4).

Os residentes conseguiram perceber, logo no início do Programa, a importância do contato com o preceptor no aprendizado diário da unidade de saúde.

GF5/Residente 2: 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, a gente vê muita coisa que não é legal. (...) O preceptor nessa hora é fundamental, a gente não vai aprender isso sozinho, a gente até tem alguns insights sozinho, mas a gente não consegue fechar o ciclo do conhecimento todo.

A importância atribuída à preceptoria fez os residentes valorizarem bastante os momentos de contato e a relação preceptor-aprendiz. No Diário de Campo, esses momentos foram registrados com tranquilidade, sem exaltação de voz ou inquietação.

GF1/Jorge: o preceptor é muito preocupado com o processo de ensino/aprendizagem. Ele levava muita discussão, semanalmente a gente tinha um momento em que apresentava um tema específico pra discutir sobre tratamento.

GF5/Residente 2: a nossa relação tanto com o paciente quanto com o território, com a comunidade são centradas na pessoa, não centrada nesse modelo hospitalocêntrico, jogado pra doença. Isso é uma coisa típica do médico de família. Então, a gente aprende isso vivendo, vendo o nosso preceptor, como é que faz, quando a gente vai pra rua.

A preceptoria ombro a ombro (EURACT/WONCA, 2010) 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.

GF1/Jorge: O contato diário com o preceptor na unidade, que eu sei que não é toda residência de medicina de família que tem, é o mais importante.

GF5/Residente 2: 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. Vê teu preceptor uma vez no mês, uma vez na semana, e aí você não tá aprendendo nada.

Dessa forma, a proximidade com o preceptor foi explicitada como uma característica importante para o aprendizado, segundo os residentes:

GF1/Carla: esse contato direto com o preceptor nas consultas, ele se preocupa em fazer reunião de equipe, em organizar a agenda bem direitinho. Isso auxiliou a gente (a aprender) essa parte estrutural. Esse contato com o preceptor na unidade de saúde foi fundamental.

GF2/Rosa: quando eu estive mais próxima do meu preceptor, eu tive um ganho muito grande em relação ao aprendizado individual.

GF2/Bruce: na pandemia, que o meu preceptor entrou de licença (...) passei um mês só eu, o R1 e os internos, porque a outra preceptora da minha unidade tá com os outros residentes dela. Aí, nesse momento, realmente senti falta da preceptoria remota.

As técnicas de preceptoria-minuto, problematização e *role model*, próprias do ensino em serviço de atenção primária (prática em ambulatório), parecem ter sido percebidas e compreendidas pelos residentes.

GF1/Carla: a gente utilizou muito a observação direta na unidade de saúde com um “feedback” depois. A consulta clínica e a conclusão junto com o preceptor foi o mais utilizado e é um método que me favoreceu.

GF1/Residente 1: O preceptor vai levando você a chegar nas suas próprias conclusões, não (costuma) dar as respostas pra você.

GF3/Belchior: Eu acho que o residente aprende modelando, espelhando muito o preceptor. (...) Então, eu tenho o modelo de como é o médico de família, é o médico Caxias que a gente chama, né? Que ele faz tudo certinho e eu vejo que eu me identifico muito com isso. (...) Então existe o que eu acho que é mais fundamental nesse processo que é o vínculo com o residente. (...) Talvez fosse melhor você rodar em vários postos, mas você perderia a longitudinalidade.

No modelo de preceptoria-minuto, o preceptor inicialmente interage com o residente na consulta, buscando quais raciocínios diagnósticos ou condutas ele estabeleceu, para depois avaliar as evidências que o residente acredita que dão suporte àquele conhecimento. Em seguida, o preceptor enuncia um conjunto limitado de regras para serem observadas naquele tipo de consulta, reforçando os acertos e regulando os erros que o aprendiz cometeu (SALERNO *et al.*, 2002).

A problematização está contida no modelo de aprendizagem significativa crítica. Ela busca trabalhar com problemas do cotidiano para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, formulando hipóteses a serem aplicadas junto com o preceptor no ambiente real e avaliadas em seguida. O objetivo é tornar o residente capaz de responder ao conflito intrínseco que aquele problema traz (BARREIROS *et al.*, 2020).

*Role model* refere-se a um processo contínuo de espelhamento de atitudes do preceptor pelo residente, que este julga compatíveis com um modelo profissional almejado. Nesse processo, os bons preceptores, por meio de demonstrações, se tornam espelhos para os residentes através de comunicações não verbais, exemplos de respeito e valorização de peculiaridades de cada paciente (WEISSMAN *et al.*, 2006).

As características de um bom preceptor, percebidas pelos residentes, foram a valorização da longitudinalidade do acompanhamento ao processo de ensino aprendizagem, a compreensão do papel de aprendiz dos residentes dentro do Programa, a experiência profissional do preceptor em Medicina de Família e Comunidade, o conhecimento técnico-científico e o fomento a discussão da realidade do mercado de trabalho.

GF5/Residente 2: eu considero que a preceptoria é aquela pessoa que tá te acompanhando e tem uma longitudinalidade (...) A gente acompanha o ambulatório de outros profissionais que estão atendendo os pacientes deles. Eu não sei se a gente pode considerá-los como nossos preceptores.

GF3/Chester: Eu gosto muito do meu preceptor (...). Eu sou o primeiro residente dele. (...) O que ele tem de boa vontade, de conhecimento que ele adquiriu durante a residência, ele tem bastante. Mas pode não ter uma pequena questão: experiência.

GF2/Rosa: (sobre) mercado de trabalho, eu tive algumas orientações, porque eu realmente parei, perguntei e discuti sobre como era o mercado de trabalho e como eu poderia me inserir depois da residência e que habilidades eu teria que desenvolver durante a residência, de acordo com minha pretensão do mercado de trabalho.

GF2/Bruce: tive várias conversas com meu preceptor sobre o que eu gosto, o que não gosto e (sobre) as portas que são abertas quando você termina MFC. Embora eu também ache que não tem uma preparação tão grande para você ir para o interior.

Os residentes também foram capazes de reconhecer estilos displicentes, desvinculados e desinteressados de preceptoria, que não contribuíram para o aprendizado.

GF2/Wayne: eu acho que uma coisa fundamental para o preceptor, é ele saber qual é o papel dele ali, o que que ele tá fazendo ali. “Eu tô só aqui pra passear? Só pra conversar?” Não, não é isso né?

GF2/Wayne: depois de certo tempo que já estava atendendo os pacientes da agenda da preceptora e da minha agenda (duas agendas que eu atendia), ia beber água, e reparava que ela não estava mais no posto. Ou seja, eu estava sozinho no posto com duas agendas.

GF3/Chester: o tempo de ambulatório (de especialidades) da residência, eu acho pouco. Eu acho que poderia ser maior. Por ele ser pouco, a gente tem pouco tempo para criar o vínculo com o profissional que tá lá no ambulatório de Especialidades. (...) O vínculo, às vezes, é tão pouco que a gente não pergunta muita coisa.

Os residentes referiram que o desconhecimento da especialidade por alguns preceptores, o desinteresse nas necessidades do residente, o vínculo insuficiente com os residentes e a falta de comunicação clara foram fatores negativos no desenvolvimento da preceptoria, que atrapalharam o processo de ensino-aprendizagem.

GF2/Maria: se fosse uma relação próxima, na hora que eu preciso. Existem meios de comunicação dos mais diversos pra gente se aproximar. É lamentável, não tem! E, quando a gente tem, tem uma resposta bem negativa.

GF2/Wayne: O modelo de preceptoria precisa ter um feedback, feedback de duplo sentido. Uma reunião, em que o preceptor se reúna com o residente e fale “olha, acho que você poderia melhorar nisso aqui, nisso aqui e nisso aqui”. E, por outro lado, o preceptor perguntar “como é que você acha que eu posso estar mais de ombro a ombro, (...) você acha que eu posso lhe ajudar? Você acha que eu estou fazendo alguma coisa errada? Você acha que eu poderia melhorar em algum aspecto?”, isso não existe!

GF5/Elena: é importante a gente selecionar a preceptoria com pessoas que entendem qual a nossa função. A gente não é só mais um residente que tá lá tocando o ambulatório dele, a gente é um residente que quer levar a prática pra atenção primária.

Para Kilminster *et al.* (2007), uma supervisão educacional efetiva deve incluir características como ter credibilidade clínica; conhecer o contexto dos aprendizes e os princípios gerais do ensino (como *feedback* e avaliação); ser um *role model* positivo; e parecer gostar de ensinar. Ainda nesse tema, os mesmos autores referem que boas supervisões são apoiadas por uma relação entre preceptor e aprendiz baseada em compromissos e atitudes, tempo protegido, *feedbacks* positivos e reuniões regulares (KILMINSTER *et al.*, 2007).

As críticas sobre o papel do preceptor no Programa foram especialmente intensivas quando os residentes se referiram à preceptoria em ambulatórios de especialidades focais e plantões.

GF3/Belchior: Especialidade focal eu acho que pode gerar uns choques de visão de Medicina (...). A fragilidade que eu encontro nesse profissional como preceptor é que o vínculo acaba se tornando bem menor.

GF3/Sofia: em uns ambulatórios que você vai, a pessoa (imagina que) você estava fazendo favor. Você fica lá sentado e a pessoa nem fala com você direito. Você fica vendo-a atender, se você não for perguntar uma coisa ou outra, ela não responde, ela não fala. (...) Às vezes, a gente vê umas coisas que não são nem legais, que eu não faria desse jeito. O jeito que o preceptor do ambulatório fala com os pacientes, algumas situações.

Nesses momentos, os residentes demonstraram sensações de abandono, desamparo, opressão, desvalorização e desconhecimento, registradas no Diário de Campo com falas rápidas, como se o conteúdo do que era dito causasse desconforto.

GF3/Sofia: a mulher já com dilatação e (o preceptor do plantão) mandava voltar para casa, sendo que eu pensava que a mulher tinha que ficar em observação. Mas eu pedi para ele assinar porque depois acontece alguma coisa, aí dou carimbo, aí meu nome no CRM. Eu me senti muitas vezes desamparada nesses plantões da Ginecologia/Obstetrícia (GO).

GF3/Chester: onde nós estamos com preceptores, com outros residentes de GO e internos, nós somos o último da escala de atenção (...). Para que esses plantões de GO possam acontecer, eles precisam ser feitos num local onde o residente de medicina de família e comunidade tenha uma certa prioridade.

GF3/Belchior: as vezes nas especialidades focais, você vê pedagogia da opressão. O residente se submete àquela especialidade porque aquele vai ser o chefe dele, vai ser o futuro colega de especialidade dele. Muitas vezes o médico de família e comunidade não precisa se submeter a isso.

Em alguns momentos, os residentes perceberam que o Programa não é uniforme em termos de preceptoria. Nesse sentido, os discentes criticaram a heterogeneidade de postura e nível de conhecimento dos preceptores, e discutiram uma possível solução: o rodízio entre preceptores. Porém, não houve consenso.

GF2/Leticia: será que a gente não tem mais a perder se ficar numa única unidade. Numa única preceptoria, ficar com todas as suas qualidades, pra quem tem sorte, ou ficar com todos os defeitos, pra quem tem azar. Será que não poderia ter duas?

GF2/Leticia: ficar (em) apenas uma unidade por dois anos (...) você pega todas as qualidades ruins daquela pessoa, sem querer, se não tiver nada de bom pra tirar.

GF3/Belchior: Então, o que eu acho que é mais fundamental (na preceptoria) é o vínculo com o residente. (...) Talvez fosse melhor você rodar em vários postos, mas você perderia a longitudinalidade.

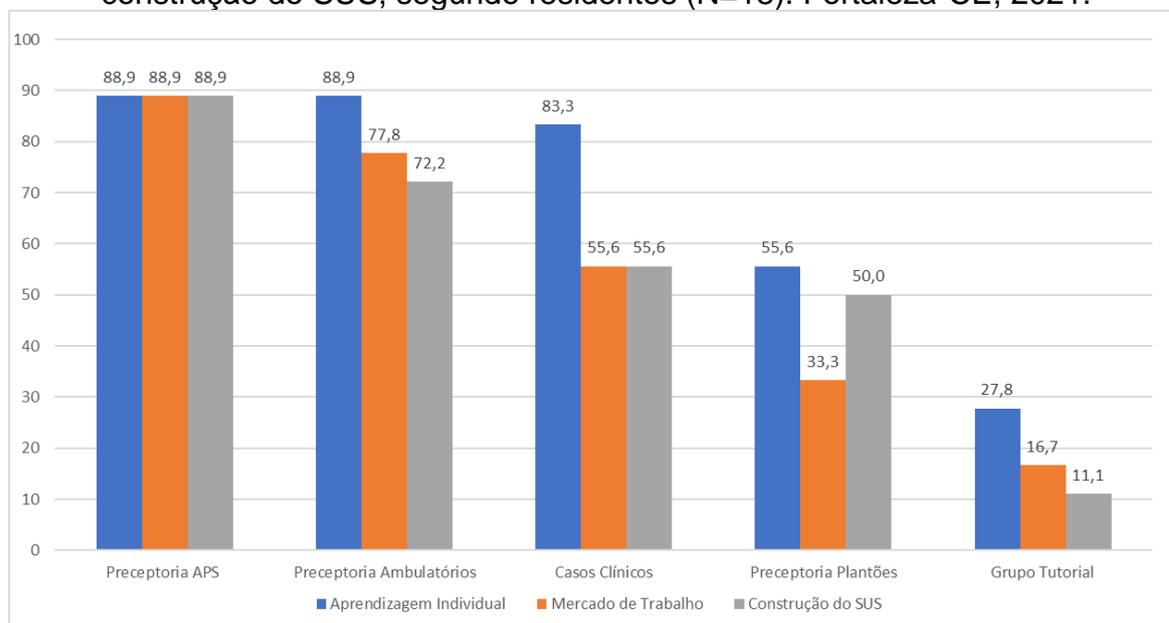
A residência médica representa treinamento em serviço. Neste estudo, ficou patente que os residentes do Programa se sentem impactados como aprendizes quando são expostos tanto a metodologia ativa quanto passiva de ensino-aprendizagem. No entanto, a metodologia ativa precisa ter intensa ligação com a prática diária deles. A utilização de ambientes artificiais, simulados e/ou teóricos, desconectados da prática do dia a dia, gera descontentamento, mesmo nos Grupos Tutoriais.

GF4 / Paulo: Não é só fazer prova. (Se você) gosta de resolver problema, aqueles problemas ajudam você a aprender.

Portanto, residentes compreendem a responsabilidade que têm no atendimento médico diário, ainda que como aprendizes. Eles demonstram insegurança como sujeitos da formação (aprendizagem ativa), sentindo-se mais confortáveis quando são colocados no papel de objeto (aprendizagem passiva). Por outro lado, os discentes do programa reconhecem a metodologia ativa de ensino-aprendizagem como adequada para o ensino de adultos, mas precisam que as estratégias empregadas estejam voltadas para a resolução de problemas comuns à prática profissional deles.

Com o intuito de colher opiniões isoladas dos entrevistados antes dos Grupos Focais e comparar com as falas deles após a análise de dados, foram aplicados questionários graduados em escala *Likert* a respeito das estratégias e técnicas de avaliação de ensino-aprendizagem do Programa. Os residentes foram interrogados sobre a contribuição dessas estratégias em três aspectos: o aprendizado individual (AI), a compreensão do mercado de trabalho (MT) e a construção do SUS (SUS).

Gráfico 1 - Percentual de concordância (Concordo totalmente e concordo) das estratégias de ensino para o aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo residentes (N=18). Fortaleza-CE, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

Reforçando as falas dos discentes, a Preceptoría na Unidade de Atenção Primária e a Preceptoría em Ambulatórios foram avaliadas como influências marcadamente positivas no aprendizado individual, na compreensão do mercado de trabalho e na construção do SUS. A Preceptoría em APS teve respostas positivas (concordo totalmente e concordo somadas) de 88,9% dos residentes para AI (n=16), 77,8% para MT (n=14) e 88,9% para SUS (n=16). A Preceptoría em Ambulatórios teve confluência de opiniões positivas semelhantes, de 88,9% para AI (n=16), 88,9% para MT (n=16) e 72,2% para SUS (n=13). No entanto, a Preceptoría em Plantões mostrou opiniões mais divergentes, atingindo a concordância positiva de 55,6% para AI (n=10), 33,3% para MT (n=6) e 50,0% para SUS (n=9). Comparativamente, os Grupos Tutoriais demonstraram, na opinião dos residentes, contribuir pouco para o aprendizado nos três aspectos avaliados. As opiniões positivas (concordo totalmente e concordo) somaram somente 27,8% dos residentes para AI (n=5), 16,7% para MT (n=3) e apenas 11,1% para SUS (n=2). Esses dados corroboram com as opiniões colhidas nos Grupos Focais (Gráfico 1).

### **6.1.2 Avaliação do processo de ensino aprendizagem**

A Avaliação Educacional é definida como a avaliação das realizações acadêmicas de um discente. Ela representa um dos principais momentos do aprendizado e deve ser parte integrante de todo o programa educacional. Frequentemente é a etapa mais motivadora do processo ensino-aprendizagem, e, portanto, uma aliada na formação profissional (SOUZA, 2011). O estudante que ingressa em um programa educacional costuma expressar, desde o início, interesse e ansiedade pelo modo como será avaliado.

Um método avaliativo realmente útil pressupõe algumas variáveis importantes, a saber a Confiabilidade, a Validade, a Viabilidade, a Aceitabilidade e o Impacto Educacional (SOUZA, 2011). No presente estudo, foi possível perceber que os residentes traduziram muitos de seus anseios como manifestações da Aceitabilidade dos métodos. Essa característica, semelhante ao conceito de Validação Externa, significa o quanto a comunidade acadêmica e os estudantes avaliados compreendem sobre o método.

Residentes parecem conhecer o conceito de ensino baseado em competências, porém de maneira incipiente. De tal maneira, o comportamento dos residentes nas avaliações pareceu passivo e solitário, sem exigir que as avaliações correspondessem às competências propostas no projeto político-pedagógico do programa (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021, p. 11-37).

GF1/ Jorge: eu tenho aquele livro das competências de medicina de família e comunidade. Eu procurei, eu mesmo, ver em que eu estava crescendo ou não, pra ver minha própria formação.

A compreensão parcial da avaliação como instrumento de aprendizado de competências foi uma retórica recorrente nos Grupos Focais. Dessa forma, os residentes demonstraram uma Aceitabilidade negativa das provas, chegando a questionar a própria necessidade de existência das avaliações.

GF4/ Pedro: eu não gosto de prova, acho prova uma coisa estressante. Porém a prova é um uma estratégia de ensino, pra mim, você ensina através do erro

GF2/Leticia: 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. Não aprende porque não acha que vale a pena.

GF2/Leticia: a gente tem uma avaliação que não é adequada, na minha opinião, que não consegue instigar pra que haja uma melhora também. Aí fica num ciclo vicioso, eu não oriento o residente a estudar, nem a produzir conhecimento, e aí eu vou avaliar o que?

GF5/Residente 2: eu odeio ler, odeio, odeio, odeio. Tenho muito paciente pra atender, tenho um monte de coisa legal pra fazer, que vai me trazer satisfação, vai me trazer aprendizado e eu tenho que perder tempo com aquela coisa e ainda sabendo que eu vou ser cobrado de uma maneira absurda.

No entanto, no decorrer das discussões, os residentes chegaram ao consenso de que as avaliações precisam existir, mesmo quando não são bem aceitas.

GF1/Carla: (se os) métodos avaliativos ficam autoguiados, a gente não vai ter uma prova pra saber se aquela lacuna foi preenchida ou não. Então a gente tem que ter a consciência de ir atrás.

GF1/Carla: eu acho que também tem que ter (prova teórica), porque, de certa forma, é importante esse tipo de avaliação pra ter uma nota.

Da mesma forma, residentes sentem que as avaliações, quando organizadas, frequentes e de caráter formativo, são mais aceitáveis.

GF3/Chester: com relação à frequência (das avaliações), se feita de forma correta, acho que poderia ser feito até mais frequentes. Três em três meses uma avaliação presencial

GF1/Jorge: Na avaliação formativa, a gente vai fazer a prova mais tranquilo, não esperando pela prova, mas pela correção da prova

No presente estudo, os residentes reconheceram quatro métodos avaliativos bem frequentes no decorrer do programa, a saber **Avaliação Teórica**, **Avaliação Prática**, **Avaliação por Conceito Global** e **Feedback**. Vale ressaltar que os participantes denominaram “feedback” a estratégia formativa de ensino aprendizagem realizada durante a preceptorial-minuto e nas reuniões de equipe, mas que também perceberam como um momento avaliativo e assim o qualificaram. Houve também uma breve citação a uma tentativa de **Portfolio**, porém que foi abandonada no nascedouro.

A **avaliação teórica** dos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza está programada para ocorrer anualmente, contendo temas discutidos nos Grupos Tutoriais, Aulas Expositivas e Oficinas Práticas.

O conteúdo programático das avaliações teóricas foi intensamente criticado. Os residentes comentaram que os temas eram desconectados da realidade vivenciada diariamente.

GF4/Paulo: eu achei as provas (teóricas) um pouco fora do contexto que a gente via nas unidades. (...) A gente, muitas vezes, não tinha noção do assunto, do que seria cobrado, dos assuntos pertinentes que a gente já tinha estudado

GF5/Elena: Da parte das avaliações das teóricas, elas englobam fatores que não são essenciais à prática. Querem que a gente saiba algumas coisas decoradas, chegando a perguntar quais são os quais são os passos pra realizar o GT. Qual é a utilidade disso pro meu aprendizado (...), por que que eu tenho que saber quais os passos decorados valendo nota?

GF5/Residente 2: houve questões que eles nos perguntaram pra ter decorado fase de crescimento de criança. A mãe vem com o caderno da criança lá, eu checo, como é que isso cai em prova gente?

Essas características das avaliações teóricas produziram sentimentos de inutilidade do aprendizado, desperdício de tempo e desinteresse pelo método. No Diário de Campo, foram registradas posturas desinteressadas e relaxadas, com intenção marcante de demonstrar indiferença.

GF5/Residente 2: nas Avaliações teóricas, você não sabe o que vai ser cobrado, você não sabe o que vai ser feito com aquele teu resultado, porque você vai completamente no escuro. Então, a gente não aprende nada, a gente só se estressa.

GF2/Maria: A (avaliação) teórica não acrescentou em nada, infelizmente, nem no aprendizado individual, nem no aprendizado (...) para o mercado de trabalho, pra o SUS, infelizmente, nada.

G1/Carla: eu não estudei para as provas e não contribui muito, o resultado delas, pra minha formação. Nem pra (compreensão) do mercado (de trabalho) e nem para o SUS.

Outro desconforto que os residentes tiveram com as provas teóricas foi a falta de retorno do aprendizado, aqui chamado por eles de *feedback*. Os discentes sentiram falta de uma devolutiva adequada, com discussão dos resultados das avaliações múltipla escolha em grupo, que pudesse traduzir aquele momento como uma estratégia formativa potencializadora do aprendizado.

GF4/Paulo: A gente queria uma devolutiva. Às vezes demorava e a devolutiva a gente nem tinha. (...) A prova acaba se tornando uma coisa meio frustrante e punitiva (...). Você aprende com o que você errou, para você não errar de novo. Quando você não se corrige, fica apenas o erro pelo erro, e aí, para mim, fica meio sem sentido a avaliação teórica como um método também de ensino.

GF2/Wayne: as Avaliações teóricas foram...eu não sei nem dizer o que foi aquilo. Não há feedback, a gente faz respostas escritas na expectativa de que a gente não tá falando nenhuma besteira e que a gente vai ter um retorno sobre aquilo, pra saber se realmente era besteira ou não. Eu não sei se as coisas que eu escrevi na prova foram besteira porque eu não tive um retorno

GF3/Chester: após a reação da avaliação teórica, tem que ser dado um feedback. Tem que ser analisada a situação dos residentes, ver onde eles estão deficientes e corrigir, e não simplesmente deixar para lá. Senão, você vai estar deixando um residente passar, um residente se formar médico com aquela deficiência.

Diante da experiência negativa com as avaliações teóricas, os residentes sugeriram aplicações de provas menores, baseadas nas Provas de Título da especialidade, mais frequentes, usando tecnologias remotas, com avaliação do próprio preceptor local.

GF4/Paulo: se (a prova teórica) fosse uma prova menor, (como) pequenos testes seriados, seria uma coisa mais fácil pra dar o feedback. Seria uma coisa pequena, não se gastaria muito tempo, não se gastaria muita preparação pra esse feedback e poderia ser uma coisa mais frequente (...) Prova teórica baseada nas provas de título seria uma forma (boa) de preparar a gente

GF4/Pedro: Eu vejo que a residência tem pouca estrutura de preceptorial adequada pra ficar avaliando a gente numa frequência muito grande, mas dá pra ser feito de forma remota, com uma frequência maior, com seu próprio preceptor

GF4/Pedro: avaliações digitais (como) casos clínicos que (residentes) tivessem que enviar com uma periodicidade quinzenal ou a cada 3 semanas, (depois) responder um caso clínico pra ser avaliado pelo seu preceptor (...). Aquilo ali me parecia mais produtivo que a forma de avaliação que a residência nos propôs, a avaliação pontual, de responder questões.

GF3/Sofia: A (prova) teórica talvez (deveria ser) aplicada (nos moldes da) prova (de título) da sociedade, essas que são aplicadas, que todos nós queremos fazer. E uma vez por ano.

Outra sugestão foi a substituição das avaliações teóricas por provas práticas.

GF3/Chester: Acho que deve ter prova teórica? Acredito que sim, deve ter, mas que ela não deve ser simplesmente a única coisa que vai definir alguma nota. (...) eu acho que a residência em si, deveria se focar em avaliações práticas.

GF2/Wayne: Eu acho que a avaliação prática é a única que a gente é avaliado com o que realmente é proposto pra residência. Mas a teórica e GT, poderia tirar, não ia fazer nenhuma diferença. Na verdade, a gente ia ter mais tempo pra fazer nossas coisas, a gente não ia gastar o nosso tempo com aquilo ali.

Os residentes do programa em estudo participam de **provas práticas** nas próprias unidades de saúde onde desenvolvem suas atividades. Segundo o Manual

de Preceptores do Programa de Residência em MFC, a proposta de frequência é semestral, nos meses de agosto e fevereiro (RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2021, p. 8). No entanto, os residentes referiram uma ou duas avaliações ao longo dos dois anos. Os instrumentos utilizados foram o *Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)* (MEGALE; GONTIJO; MOTTA, 2009) e *Long Case*, no estilo **OSLER** (*Objective Structured Long Examination Record*) com múltiplos avaliadores (PONNAMPERUMA *et al.*, 2009).

É preciso recordar quais atributos tornam um método avaliativo realmente útil em um programa educacional. A Confiabilidade, a Validade, a Viabilidade, a Aceitabilidade e o Impacto Educacional são variáveis importantes nessa equação. A Aceitabilidade assemelha-se ao que se conhece por Validação Externa, ou seja, o quanto a comunidade acadêmica e os estudantes avaliados compreendem sobre o método (SOUZA, 2012, p. 2-11.). Na opinião dos discentes, a Aceitabilidade das avaliações práticas parece ter sido bem positiva.

GF2/Rosa: a avaliação prática traz (...) bastante mais aprendizado (...) porque além (...) de testar conhecimento teórico, testa nossas habilidades, nossa atitude também. É importante desenvolver durante a residência, mas eu acho que a frequência foi muito pouco

GF2/Wayne: Avaliação prática eu gostei, as duas que a gente teve. Eu acho que valeram a pena, foram momentos interessantes. Mas também porque não foram com meus preceptores, foram com outros preceptores, excelentes, inclusive, que existem também, eles existem em alguns cantos

GF4/Paulo: Em relação à prática, eu não tenho muitas críticas não, acho que foi uma coisa bem-organizada. Eu percebo que a nossa residência, pelo menos, nesse sentido, é muito organizada em relação a muitas residências do país

A conexão com as vivências diárias pareceu bem evidente e os residentes relataram que, nessas provas, foram observados por olhares técnicos confiáveis, com *feedback* imediato. Isso produziu uma sensação de cuidado e aprendizagem significativa, demonstrada no Diário de Campo como momentos de tranquilidade nas falas.

GF3/Belchior: Houve Mini-Cex e Long Case. Um momento no primeiro ano, um momento do segundo ano, em que novamente eu me senti cuidado, quando foi um preceptor de outra unidade avaliar a nossa a nossa consulta. (...) naquele momento você (percebe que) tem alguém olhando e talvez me ajudando a melhorar nisso

GF4/Pedro: lavar as mãos antes e depois dos atendimentos, explicar pro paciente o exame físico (por exemplo), eu acho que é pra ser no automático, mas a gente acaba esquecendo de fazer. Então, eu acho que, quando nos é cobrado, a gente leva aquilo ali pra nossa vida

F4/Pedro: é muito produtivo a gente ser avaliado *in loco*, no nosso dia a dia, com paciente real, com demandas reais pra gente ser avaliado com o que de fato a gente faz e no que de fato a gente consegue fazer no nosso atendimento rotineiro.

Uma das qualidades mais relevantes percebidas pelos residentes nas provas práticas foi a devolutiva crítica imediata, diferente das provas teóricas. Instrumentos de avaliação prática representam testes valorosos pela possibilidade de fornecer *feedback* imediato para alunos e professores. Professores podem usar os resultados para identificar áreas negligenciadas ou deficiências de ensino (PONNAMPERUMA *et al.*, 2009). Dessa maneira, avaliações práticas têm grande chance de gerar maior Impacto Educacional, no sentido de produzir reflexão sobre o exercício diário e criar consciência sobre as necessidades de aprendizado, melhorando a performance futura (SOUZA, 2012, p. 2-11).

GF4/Julia: as (avalições) práticas realizadas (têm) o feedback, que é na hora, tanto do avaliador, como do preceptor. (Isso) é essencial pra mudança, pra melhora, pra bagagem profissional.

A impressão positiva que os residentes tiveram das avaliações práticas fez com que alguns deles sentissem que poderiam ser avaliados desta forma com uma frequência bem maior, mesmo que isso, aparentemente, atrapalhasse a Viabilidade do método.

GF2/Leticia: se tivesse uma avaliação (...) prática, de dois em dois meses, (...) a gente ia encarar isso de uma forma diferente e a gente ia conseguir parar pra pensar na nossa prática, a cada paciente que a gente atende.

GF3/Sofia: Eu acho que a avaliação prática (deveria acontecer) a cada 4 ou 6 meses, 3 por ano (...).

Por outro lado, houve preocupação com a valorização excessiva da prova prática como definidora do desempenho do aprendiz. 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.

GF4/Pedro: posso não tá tão inspirado, naquele dia pode ter acontecido algum fator estressor que vá afetar a minha avaliação (...). O preceptor (precisa) lhe avaliar de forma prática durante os dois anos, levando um peso maior pra nossa avaliação.

GF4/Pedro: 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/Pedro: na minha primeira avaliação, aconteceu de o paciente conhecer o avaliador e tratar mais com o avaliador do que comigo por causa da questão da proximidade. Isso me atrapalhou bastante, porque eu tinha que ficar puxando a atenção do paciente sempre pra mim, sendo que o paciente, por mais intimidade, queria conversar com o avaliador.

Um dos métodos de avaliação mais duradouros do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza é a **avaliação por conceito global** (*Global Rating*). Trata-se de 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, equipe, colegas e preceptor; Busca de conhecimento e atualização; Responsabilidade e interesse pelo módulo), conceituadas em escala de Insuficiente, Regular, Bom e Ótimo (DOMINGUES; AMARAL; BICUDO-ZEFERINO, 2009).

GF1/Osvaldo: um modelo (de avaliação) que é aplicado mensalmente tem os vários tópicos relacionados a conhecimentos teóricos, comportamentos, com as pessoas que são atendidas, comportamento com os demais funcionários da unidade. (...) foi essa avaliação que mais significou mesmo (porque é avaliada) sua atitude durante todo aquele período. Então não é porque você desconhece um tema ou não sabe

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 aos receber esta avaliação na presença de colegas.

GF1/Jorge: a minha preceptora principal pegou 3 meses e fez 3 avaliações que era pra fazer em cada mês. Fez as 3 num dia só, pra poder entregar pra a coordenação. Aí eu não senti muita firmeza naquele “feedback”.

GF2/Leticia: (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.

Os residentes referiram perceber, durante o desenvolvimento da estratégia de preceptoria-minuto no dia a dia da unidade, que estavam sendo constantemente avaliados. Em outros momentos, os residentes receberam orientações e recomendações de aprendizado dos seus preceptores, em reuniões da equipe. Estas duas modalidades de avaliação, os residentes denominaram **Feedback**. A noção de avaliação contínua pelo preceptor local parece ter produzido, entre os residentes, uma sensação de tranquilidade e confiança na aquisição de competências, registrada no Diário de Campo como falas pausadas e detalhadas, na provável intenção de reforçar essa estratégia.

GF1/Carla: “feedbacks” que a gente tinha após cada consulta, (dados) as vezes quando era um paciente mais complexo e a gente parava um pouco e conversava com ele, não (devem) só ser (tidos) como uma forma de avaliação, mas como uma forma de ensino também.

GF3/Sofia: eu acho que os preceptores têm que ser capacitados para saber avaliar os residentes no dia a dia. Eles mesmos que podem avaliar, dizer como é que o residente está e fazer com que ele enxergue onde é que ele precisa melhorar.

Por fim, os residentes reconheceram uma tentativa de avaliação de conhecimentos, habilidades e atitudes através da produção de um **Portfolio** para registro de vivências semanais. No entanto, a Aceitabilidade desse método foi tão negativa que findou por ser excluída do programa.

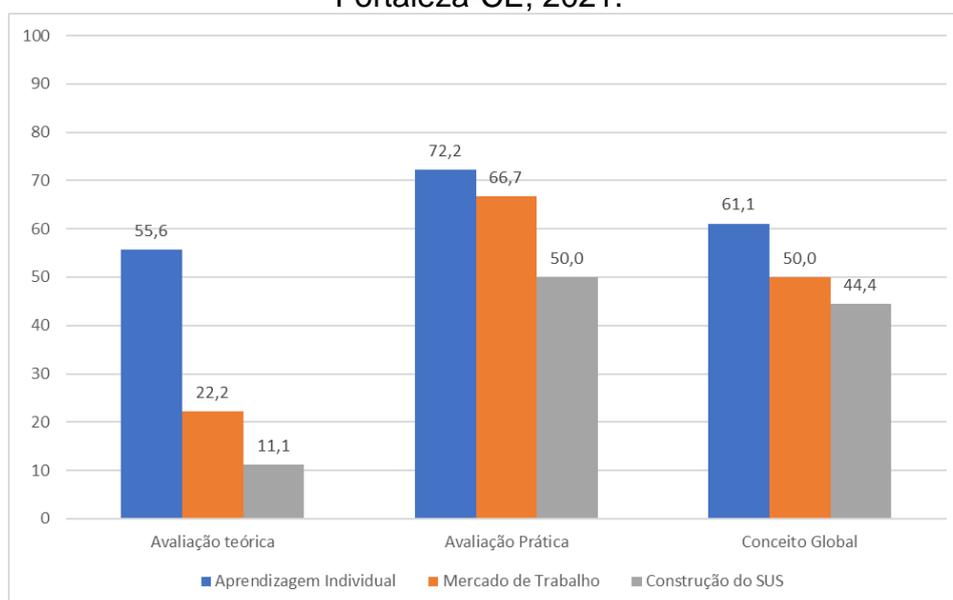
GF4/Pedro: (quanto ao) portfólio, nunca fez muito sentido na minha cabeça. O que é que eu tinha que colocar no portfólio? Quando eu perguntava, ninguém sabia me responder. Aí eu não sabia o que responder, o meu preceptor não sabia o que ler, e aí ninguém fez, porque ficou uma coisa meio obscurecida.

Fica evidente, portanto, que o ensino de adultos difere em muito do ensino de crianças e adolescentes. Segundo noções de Andragogia, o ensino de adultos pressupõe que os aprendizes sejam orientados ao aprendizado, e não apenas mecanicamente ensinados. Adultos costumam ser refratários a novos conhecimentos, pois, na compreensão deles, rejeitam sentir que tudo que aprenderam possa ter sido em vão ou errado. Adultos costumam exigir que seus conhecimentos prévios sejam respeitados e que haja motivação intrínseca ou extrínseca para o aprendizado. É

importante que lhes seja fornecido espaço para compartilhar e contribuir com experiências vividas, bem como para aplicar imediatamente as competências desenvolvidas. Paradoxalmente, aprendizes adultos têm um receio maior de cometer erros e, portanto, precisam de retornos constantes a respeito do seu desempenho para se sentirem seguros (PAZIN FILHO, 2007).

Da mesma forma que para as estratégias de ensino, foram colhidas opiniões dos residentes sobre os métodos avaliativos do Programa antes do início dos Grupos Focais, usando um questionário graduado em escala *Likert*. Segundo a opinião dos residentes a respeito da contribuição das Avaliações de ensino-aprendizagem no desenvolvimento profissional, é possível perceber que Avaliações Teóricas contribuem menos para AI (10 - 55,6%), compreensão do MT (4 - 22,2%) e construção do SUS (2 - 11,1%) do que Avaliações Práticas (AI: 13 - 72,2%; MT: 12 - 66,7%; SUS: 9 - 50,0%) e Avaliações por Conceito Global (AI: 11 - 61,1%; MT: 9 - 50,0%; SUS: 8 - 44,4%) (Gráfico 2). Esses dados fortalecem o entendimento de que residentes consideram suas experiências pessoais como importantes motores do aprendizado.

Gráfico 2 - Percentual de concordância (Concordo totalmente e concordo) das estratégias de avaliação do processo ensino-aprendizagem para o aprendizado individual, mercado de trabalho e construção do SUS, segundo residentes (N=18). Fortaleza-CE, 2021.



Fonte: Elaboração própria.

## 6.2 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-PROFISSIONAIS

O ensino de adultos, baseado em metodologia ativa, aponta no sentido da produção de autonomia dos discentes, visando gerar profissionais capazes de lidar com incertezas e complexidades. Nesse processo, conhecimentos prévios são resgatados e associados a conhecimentos novos, transformando os alunos em profissionais capazes de solucionar impasses e desenvolver competências (MITRE *et al.*, 2008). Neste estudo, foi possível perceber que os residentes do programa valorizam as estratégias de ensino aprendizagem cujo componente prático apresenta-se evidente e condizente com o dia a dia deles (preceptoria em serviço, avaliações práticas, discussões de casos clínicos), em detrimento das técnicas simuladas (grupos tutoriais, avaliações teóricas), por mais que estas também representem estratégias de ensino baseadas em metodologia ativa.

GF3/Sofia: a prática foi muito mais interessante. Eu, como profissional, pro meu aprendizado, quando você colocava a mão na massa, era uma coisa que não era tão sacal quanto assistir uma aula.

Em muitos momentos, os residentes assumiram uma postura profissional que os distanciava do academicismo, compreendendo a residência como um processo de **Produção de Autonomia e Transferência da Formação para a Prática**.

### 6.2.1 *Produção de Autonomia*

De fato, a graduação no ensino médico tem por objetivo fornecer ao aluno apenas o mínimo de aprendizado e experiência para, ao conferir-lhe o diploma, mostrar que ele adquiriu uma compreensão acadêmica da profissão. No entanto, após a educação médica básica, os alunos precisam fazer a transição de estudantes acadêmicos para profissionais médicos ativos (KIDD, 2016). Nesse contexto, surgiram os programas de residência médica. Segundo o decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica:

Art. 1º. A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

A **Produção de Autonomia**, no contexto do ensino médico, está ligada ao conceito desenvolvido por Miller (1990) da Pirâmide de Aprendizado. Segundo tal teoria, a construção de um profissional funcionalmente adequado inicia-se por uma base de **Conhecimento (Saber)**. No entanto, os residentes do programa mostraram-se inseguros com os conhecimentos que tinham e tiveram dificuldades em perceber boa evolução nesse item.

GF2/Maria: 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.

GF3/Chester: grupo tutorial (...) na minha opinião meio que isenta um pouco os professores que estão lá na disciplina de transmitir algo de mensagem. Fica muito mais a parte do aprendiz, no caso, de ir atrás, de conhecer o que ele precisa saber. Mas aí fica a pergunta: como é que ele ia saber que ele precisa saber daquela coisa?

O segundo componente é reconhecido por Miller (1990) como **Competência (Saber como)**. Diferente da definição mais atual de competência (integrando conhecimentos, habilidades e atitudes), Miller tratava esse conceito como a capacidade de adquirir informações, analisar, interpretar e traduzir tais achados em planos de diagnóstico e manejo. Desse modo, os residentes do estudo reconheceram a Preceptoria como oportunidade de treinamento e desenvolvimento dessa capacidade.

GF1/Residente 1: O preceptor vai levando você a chegar nas suas próprias conclusões, não (costuma) dar as respostas pra você.

GF3/Sofia: nos plantões do hospital mental eu realmente aprendi muito. A maioria dos médicos de família não sabem como lidar com esses pacientes, muitos acham que é só renovar a receita. "É o psiquiatra que vai trocar os remédios, então tá legal." Não! A gente tem capacidade de mudar, de trocar, de conversar, de entender a pessoa.

No entanto, esse processo de ganho de autonomia algumas vezes pareceu ser muito dependente do preceptor, o que demonstrava certo grau de insegurança do residente.

GF3/Chester: a coordenação tem que firmar com a preceptoria 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 eu tô ali. Qualquer coisa você chama”.

Em um patamar superior, a produção de autonomia segue em direção ao que Miller (1990) chamou de **Performance (Mostrar como)**. Nesse ponto, o profissional em formação supera os processos operacionais da educação, passando a exibir os produtos de sua atuação. Novamente, os momentos de preceptoria parecem ter sido reconhecidos como território adequado para isso.

GF1/Osvaldo: em seguida, passou pra preceptoria 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.

Por fim, a formação profissional deve culminar no que se chama **Ação (fazer)**.

GF1/Osvaldo: com o passar do tempo, a preceptoria 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.

GF2/Maria: assim que iniciou o R2, numa das reuniões de equipe nossa, (...) o preceptor já colocou assim: “olha... Maria, você tá no R2, você sabe que você vai ficar muito tempo sozinha agora, né?”

Para alguns, esse momento foi natural e tranquilo, mas, para outros, pareceu precoce e angustiante. Segundo dados do Diário de Campo, nos momentos em que os residentes comentavam sobre o distanciamento progressivo da teoria (com conseqüente aproximação da prática) que o Programa induz, houve manifestações de irritação e ansiedade. 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.

### **6.2.2 Transferência da Formação para a Prática**

Os residentes, quando discutiram a **Transferência da Formação para a Prática**, discorreram sobre alguns temas, principalmente **Treinamento baseado em competência e Adequação ao mercado de trabalho**.

Os participantes do estudo pareceram reconhecer a importância das competências que um médico de família e comunidade precisa desenvolver.

GF1/Residente 1: eu pego aquele conhecimento que eu tive no ambulatório de especialidade e posso aplicar também na atenção primária.

GF2/Leticia: (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. Mas não sai do canto.

No entanto, a amplitude dessas competências parece gerar angústia, o que os residentes expressaram livremente.

GF3/Chester: 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?

Dessa forma, em algum momento no decorrer do programa, os residentes sentiram que o aprendizado poderia estar deficiente em competências que sabiam que eram necessárias.

GF2/Leticia: o programa é pra qualificar. Então, se eu deixo cada um por sim 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.

GF2/Leticia: 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?

Consequentemente, alguns residentes passaram a questionar o impacto educacional do programa para a prática médica deles.

GF3/Chester: como o local de atuação da maioria dos recém-formados é na urgência-emergência, na UPA ou na atenção primária, esses colegas recém-formados perguntam: “o que você vai fazer na residência de medicina de família e comunidade? Se você terminar, vai fazer a mesma coisa que eu?”

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 residência médica. Para atingir este alvo, objetivos de aprendizagem com fundamento na competência devem ser claros e específicos. Dessa forma, podem ser compreendidos pelo aluno e pelo professor, visando o desempenho de

comportamentos observáveis específicos e mensuráveis de forma quantificável e confiável (KIDD, 2016).

Quanto à **Adequação ao mercado de trabalho**, os residentes do programa souberam reconhecer a relevância da especialidade. Porém, sentiram que precisavam de maior ênfase dos objetivos de aprendizagem nas competências valorizadas por este mercado.

GF1/Jorge: (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.

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.

GF2/Rosa: 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. Que habilidades eu teria que desenvolver durante a residência, de acordo com minha pretensão do mercado de trabalho.

Dessa forma, alguns residentes demonstraram receio de que a especialidade, por ser menos visada por médicos recém-formados, demonstre ter um campo de trabalho limitado em Fortaleza e com muitos empecilhos ao desenvolvimento da prática.

GF3/Chester: essa especialidade não é uma especialidade tão visada na minha opinião. O que vai fazer com que uma pessoa queira ir para o interior trabalhar com uma população do campo, da floresta e das águas se não tem nenhum tipo de incentivo, entende? Se tiver algum tipo de concurso que firme ele lá, que seja garantido, (talvez estimule).

GF2/Leticia: A adequação ao mercado de trabalho eu vejo como limitação. A gente tá focado em duas cidades, uma capital e uma região metropolitana grande. Mas o mercado é tão maior do que isso, em outras esferas ali na assistência, e eu acho muito limitado em relação a isso. É como se a gente ficasse numa bolhazinha em Fortaleza e esquecesse que, quando a grande parte de nós terminar, não vai ficar aqui. Eu não vou ficar aqui.

No que se refere à contribuição do programa para a prática médica, é preciso ressaltar a relevância da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica. Segundo a OMS/WONCA (1994), “o médico de família deve ter papel central

para se alcançar qualidade, custo-efetividade e equidade em sistemas de saúde” (OMS/WONCA,1994).

Pesquisas mostram que 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 pessoas sejam atendidas por profissionais médicos de maior qualidade, mais preparados e confiantes. Só assim, é possível fornecer às pessoas o que realmente elas necessitam para melhorar sua saúde (KIDD, 2016).

### 6.3 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA SOB A ÓTICA DOS RESIDENTES-CRÍTICOS

A avaliação de programas educacionais no primeiro nível segundo o modelo de Kirkpatrick abre espaço para a escuta livre das opiniões dos participantes do programa. Neste estudo, à medida que os dados eram coletados, os residentes sentiram-se bastante confortáveis para criticar aspectos que consideravam negativos ou sugerir melhorias no programa, mesmo que à revelia do roteiro dos Grupos Focais.

GF3/Belchior: esse espaço de discussão em grupo focal foi um momento em que nós nos sentimos novamente cuidados. É muito importante falar sobre o nosso dia a dia. Isso fez a gente refletir sobre a nossa formação. A gente pôde desabafar e refletir.

Dessa forma, os discentes assumiram o papel de residentes-críticos, expondo, de maneira consciente ou não, opiniões que foram categorizadas e agrupadas em **Fragilidades e Potencialidades do Programa**. Para além da função acadêmica, estas últimas informações foram estudadas como contribuição para qualificação da residência.

#### 6.3.1 *Fragilidades do Programa*

Os problemas citados pelos residentes que, de alguma maneira, interferiram no processo ensino-aprendizagem deles, circundaram diversas categorias teóricas definidas. Por ordem de frequência de fala, os residentes criticaram a estrutura física deficiente, o ensino centrado no educador, a falta de engajamento do preceptor, a heterogeneidade do programa, a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo protegido

para preceptoria, as interferências na facilitação do aprendizado, a duração curta do programa e a comunicação deficitária.

No que se refere à **Estrutura Física da Residência**, os participantes do estudo foram críticos a pontos bem diversos, desde à escassez de preceptores e facilitadores de Grupos Tutoriais, até a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) para atendimento de doenças contagiosas, como COVID19. No Diário de Campo, esses momentos foram registrados como críticos, com exposição franca de emoções, fala embargada, interrupções e choro.

GF2/Rosa: a nossa residência (...) tem poucas pessoas para organizar muita coisa. Principalmente, porque a gente teve um crescimento muito grande do número de vagas ocupadas.

GF3/Belchior: Eu observo que existem algumas limitações do corpo docente na residência, como número reduzido de preceptores e professores. Acaba que se torna muito difícil essa proposição de metodologias novas.

GF3/Sofia: tive alguma dificuldade em relação a material no tempo de COVID. Cheguei para atender um dia e não tinha os materiais básicos, que era a touca, que era a luva, era o avental. Teve dia que eles colocaram o avental de saco de lixo. Eu comecei a chorar. (...) Eu me senti desvalorizada (...), eu passei a tarde chorando, desconsolada, porque foi a pior coisa que já aconteceu na vida.

Sem dúvidas, a queixa estrutural mais frequente foi a falta de salas para atendimento e para realização de atividades didáticas. Essa condição gerou estresse e empecilhos ao aprendizado.

GF5/Elena: existem unidades que são minúsculas. Para mim, a questão de sala é uma fonte de estresse inimaginável, de não ter certeza de onde é que você vai atender, porque colocaram mais médicos no seu posto, sem existir a vaga.

GF3/Sofia: vejo os colegas residentes falando que às vezes não tem sala. (...)Tem que pensar na quantidade, na formação, se tem como a pessoa atender, se tem estrutura. (...) Isso é uma coisa que dificulta o aprendizado. E ainda tem os internos.

GF2/Leticia: uma atividade regular e você não conseguir fazer um GT dividido em quatro turmas, por que não tem sala? Claro também porque não tinha tutor, mas, mesmo assim. Principalmente, porque não tinha sala! Isso é um absurdo!

Os residentes, por vezes, mostraram descontentamento ao não conseguir treinar determinadas competências consideradas importantes. Isso ocorreu por falta de insumos e material médico, e pareceu ter deixado marcas no aprendizado deles.

GF2/Bruce: uma coisa que eu sinto muita falta na nossa unidade é, realmente, equipamentos de pequenos procedimentos

GF5/Elena: se acontecer de alguém ir (com um ferimento que) está só sangrando, não é nada demais, vou dizer: “olha, a gente tem que fazer um ponto, mas eu não tenho material, eu não tenho a lidocaína como anestesia.”

GF4/Pedro: por exemplo, um fibroma: uma coisa que eu poderia tirar na atenção primária. Mas o cara nunca vai chegar no especialista focal pra poder retirar. Eu acho que é questão de gestão: eu tinha essa autonomia lá no interior, que eu não tenho aqui na capital.

O desconforto com o ambiente de trabalho também foi identificado pelos residentes como potencial produtor de problemas ocupacionais. Apesar disso, os discentes demonstraram criar estratégias para contornar o incômodo, aparentemente ignorando o risco deste comportamento. No Diário de Campo, registraram-se esses momentos com demonstrações de resignação e esperança.

GF4/Pedro: se os gestores pensassem um pouquinho, ou eles nos dariam mais espaço físico pra trabalhar ou eles nos dariam simplesmente uma impressora, um computador, um ponto de internet pra gente estar lá no território trabalhando, sem precisar estar fazendo um trabalho repetitivo, desnecessário.

GF5/Elena: tem os problemas de dia a dia da unidade: é a impressora que quebrou, o ar-condicionado está quebrado, roubaram o ar-condicionado, não tem álcool na sala, não tem aparelho de pressão na sala. São coisas assim que minam um pouco da nossa paciência. Mas a gente faz dar certo.

No intuito de melhorar o conforto no trabalho diário, há, no sistema de saúde de Fortaleza, o emprego de informatização e prontuário eletrônico. No entanto, até mesmo essa estratégia mostrou falhas por problemas estruturais e organizacionais.

GF2/ Leticia: tem três prontuários eletrônicos diferentes num estado. Aí a gente não conversa com a UPA, a gente não conversa com os hospitais gerais, hospitais estaduais.

GF2/Leticia: a gente cria uma expectativa de uma demanda. Eu consigo atender 16 pessoas nesse período com o prontuário eletrônico. Agora, sem o prontuário eletrônico, isso tinha que cair. Falta internet, lá falta energia também.

GF2/Rosa: (no prontuário eletrônico), às vezes, a gente faz de maneira errada e prejudica até o paciente mesmo (...). Imagino que, para esses detalhezinhas, a gente deveria ter um treinamento melhor.

Outra subcategoria importante, extraída das falas dos residentes, foi o **Ensino centrado no aluno**. Muitas vezes, os participantes do estudo sentiram-se preteridos nos espaços de ensino-aprendizagem, onde parecia ser dada ênfase maior nas demandas do preceptor ou do serviço.

GF1/Ariel: (a preceptora dos ambulatórios de especialidades) terminava as consultas em menos de cinco minutos. Não tinha tempo de perguntar, porque já entrava o outro, e aí já vinha um outro. Aí já atendia uns vinte, e aí acabou.

GF3/Sofia: a gente era super maltratado. A gente atendia, tinha que passar o caso com ele lá dentro, no repouso. E ele ainda assinava ou então ele queria que a gente assinasse. Para mim, esses plantões não (geraram) muito aprendizado. Geraram mais estresse e tormento. Era o plantão de 12 horas que não tinha fim.

Uma das questões levantadas para explicar essa postura dos educadores foi o desconhecimento, por parte deles, da realidade e das necessidades dos residentes.

GF3/Sofia: final de semana a gente tem outras coisas. As pessoas têm uma vida também. A gente tem nossa família, outros fazem outras coisas, fazem outros cursos, outros dão plantão. Esse diálogo está prejudicado.

GF3/ Chester: queria muito fazer mais pequenas cirurgias, pequenos procedimentos. Eu não tive oportunidade.

GF2/ Leticia: cada unidade tem uma característica diferente. Aprender a fazer essa diferenciação e conhecer a necessidade, diagnóstico, não existe.

Os residentes também questionaram o desconhecimento dos preceptores. Muitos dos educadores mostraram ignorar detalhes importantes da prática em Medicina de Família e Comunidade e das funções do residente como aprendiz.

GF4/Paulo: os preceptores dos ambulatórios, que são os especialistas focais, e até os dos plantões de emergência, (precisam entender) a ação do médico de família: por que o residente em medicina de família está lá? Nós não estamos lá para tocar o serviço do ambulatório.

GF3/Sofia: talvez nem a gestão, nem a Secretaria de atenção primária saibam o que é um residente-profissional. Tratam, às vezes, como se fosse um profissional. (Meu preceptor) estava afastado, por conta da pandemia. E aí a gente ficou tocando uma equipe. Não achei isso legal, porque a gente teve várias dificuldades com a coordenação.

O conceito de Ensino centrado no aluno, fundado por Carl Rogers (1961) como fruto da moderna Psicologia baseada na Abordagem centrada na pessoa, tem por princípio a Facilitação do aprendizado do educando pelo educador, indo além da simples transferência de informações. Tal estratégia objetiva a aprendizagem significativa que, em essência, pressupõe a incorporação, pelo aluno, de conhecimentos novos aos já existentes, sem, no entanto, criar conflitos com a imagem que eles fazem de si mesmos (autoimagem). Dessa forma, é necessário conhecer o aluno para que o processo ensino-aprendizagem ocorra.

Carl Rogers (1961) elencou cinco condições para uma aprendizagem significativa em terapia, com implicações na educação: o confronto com um problema sério e significativo; a congruência do terapeuta em relação a si mesmo; a consideração positiva do cliente; a empatia do terapeuta com o mundo do cliente; e a apreensão da congruência e empatia do terapeuta pelo cliente. Tais condições implicam no Ensino em vários âmbitos: o primeiro é o contato com o problema, ou seja, a aprendizagem significativa é mais facilmente observada quando as situações são percebidas como problemáticas, afetando os educandos diretamente. O segundo é a autenticidade, ou seja, o mestre precisa mostrar-se real, e não idealizado, tendo consciência plena das atitudes que assume. O terceiro é a aceitação e compreensão para valorização do aluno, ou seja, o mestre precisa compreender o aluno a partir da situação dele, dos sentimentos, sem juízo avaliativo. O quarto é a disponibilização de recursos, isto é, o mestre representa um provedor de elementos de sua competência para serem acessados pelos alunos quando pretendem aumentar seus conhecimentos, sem se sentirem obrigados a utilizá-los daquele modo (ROGERS, 1961).

Um pressuposto importante para o desenvolvimento do Ensino centrado no aluno é o **Engajamento dos preceptores**. No entanto, os preceptores, algumas vezes, pareceram perder o estímulo ao ensino no decorrer do curso.

GF1/Carla: as vezes, um preceptor pode estar mais empolgado no começo da residência, e após, pode não dar muita atenção para aquele estudante. Ai, às vezes, pode o estudante ficar meio perdido

Uma das hipóteses explicativas feitas pelos participantes foi a falta de remuneração do preceptor, desestimulando o trabalho.

GF2/Maria: o preceptor não tem um centavo de remuneração. Ele não é tão bom como a gente gostaria que fosse, mas não posso exigir. Afinal de contas, ele não ganha nada.

Outros residentes perceberam que a indiferença com o aluno foi muito frequente em plantões, onde o trabalho extenuante pode ter contribuído para a desmotivação dos preceptores.

GF3/Sofia: Nos plantões, muitos médicos não estão lá para ensinar. Eles ficam nos repousos e deixam a gente atendendo lá fora sozinho. (...) Também tem preceptores que, se você não perguntar nada, também não explicam nada.

GF3/Chester: Nos plantões, a nossa presença é mais uma perturbação do que algum benefício. É um trabalho a mais, parar e ensinar a gente alguma coisa, do que ele simplesmente parar, fazer e voltar para o repouso.

GF3/Belchior: o residente se sente um pouco desamparado. Nos plantões, um ambiente normalmente estressante, a gente fica sentindo fora do ambiente.

A **Facilitação do aprendizado**, no sentido de permitir ao educando participar como sujeito do processo de aquisição de novos conhecimentos, necessita da interação educador-aluno. Apesar das críticas ao engajamento dos preceptores, os residentes perceberam oportunidades de facilitação do aprendizado e mostraram interesse em participar do processo de ensino-aprendizagem.

GF1/ Ariel: eles não sabem que a gente vai. Às vezes, são preceptores excelentes e eles mesmos dizem que, se soubessem que a gente iria, iriam fazer atividades para a gente, dedicadas, não só para os acadêmicos.

GF2/Bruce: meu preceptor dizia: “quem faz a residência é o residente”. Então, se o residente sentiu uma necessidade, ele vai atrás de suprir aquela necessidade.

A **Carga de trabalho** também foi uma subcategoria abordada neste estudo. Os residentes consideraram a carga horária e as responsabilidades assumidas por eles não condizentes com a remuneração, nem com o apoio oferecido pelo programa.

GF4/Julia: pensei em desistir da medicina de família, porque a gente tem uma carga horária maior, ganhando menos e sendo mais cobrada e sem ter o suporte por essa cobrança.

GF3/Sofia: todos os períodos a gente estava no posto e, aliás, eu senti até que a gente trabalhou mais que os médicos assistentes. (...) Faltou o cuidado, se sentir cuidado. Faltou ver o cuidado do cuidador. Não teve um psicólogo da assistência para saber como é que a gente estava.

A inclusão de residentes na dinâmica de trabalho de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, já marcada pela sobrecarga, simboliza uma crise organizacional. Esse processo demanda estratégias eficientes de organização dos processos de trabalho e os residentes pareceram perceber isso.

GF3/Chester: a gente deveria brigar com a secretaria para que o modelo de assistência deixe de ser quantitativo e passe a ser mais qualitativo, porque, (quando) você passa a prestar atenção no que o seu paciente está lhe dizendo, você faz a promoção da saúde.

Nesse contexto, os participantes do estudo defenderam o **Tempo protegido** na agenda das equipes para atividades didáticas, apesar de ainda não conseguirem realizá-lo. Como citado anteriormente, para Kilminster *et al.* (2007), uma boa supervisão de ensino pressupõe tempo protegido, além de uma relação entre

preceptor e aprendiz baseada em compromissos e atitudes, *feedbacks* positivos e reuniões regulares (KILMINSTER *et al.*, 2007),

GF2/Letícia: (É importante) um tempo na semana protegido, o pouco que isso aconteça. Se o preceptor quer que isso aconteça, vai acontecer. Dentro do horário, fora do horário, em outro local, eu não sei como. Mas tem que ter!

GF3/Chester: não existe o tempo protegido para ter discussões (de casos) no ambiente de trabalho (...). É porque a Secretaria Municipal de Fortaleza, tem uma visão do residente, não como uma pessoa que está em um ambiente de aprendizado, (mas como) um profissional. Ele está lá para trabalhar (...) atender um paciente a cada 15 minutos, 16 pacientes por turno.

Uma questão relevante trazida pelos residentes em elevada frequência foi a percepção de que a descentralização do processo de preceptoria ombro a ombro, adotado pelo programa, prejudica a **Uniformidade do Programa**. Alguns sugeriram, como causa disso, o desconhecimento do Projeto Político Pedagógico pelos preceptores, que, em última análise, gera estilos de preceptoria muito próprios e heterogêneos.

GF2/Leticia: conhecimento tem que ser igual para todo mundo, o mínimo tem que ser igual para todo mundo. É por isso que existe o plano pedagógico. Aí, isso varia com a preceptoria, mas não devia. Não devia variar com a preceptoria.

GF5/Residente 2: em um programa que é 80% vivencial, os residentes, que estão espalhados pela cidade inteira, vão ter vivências distintas e o programa de cada um vai ser distinto. Os supervisores têm a ideia de dar o mínimo de uniformidade por conta dessas ditas aulas, só que elas são ruins. O processo é todo engessado, então, eles estão querendo dar uma uniformidade que eles não têm.

Alguns residentes criticaram também a **Duração do Programa**. Dois anos foram considerados insuficientes para o treinamento das competências que eles julgavam necessárias.

GF5/Elena: interesse surge justamente da prática. Então, dois anos não é suficiente para você ser formado um bom médico de família.

GF2/Leticia: eu achava que a residência devia ter um terceiro ano. É uma clínica grande demais para dois anos. Não é um consenso, com certeza!

Por fim, problemas de **Comunicação** foram identificados pelos residentes, apesar de relatarem tentativas de equacionar tal problema.

GF3/Sofia: não há uma conversa. Teve um momento com os coordenadores que eles chamaram para conversar. Mas praticamente disseram: "se vira, vocês têm que sair sabendo e todo mundo vai fazer a prova". Eu achei muito autoritário.

Independente das fragilidades do Programa relatadas, o registro das subcategorias deficitárias em consonância com teorias modernas do ensino de adultos mostra uma compreensão aguçada dos residentes sobre o próprio processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, é possível perceber que, de uma maneira *sui generis*, o programa vem produzindo aprendizagem significativa crítica.

### **6.3.2 Potencialidades do Programa**

A percepção da aprendizagem significativa é reforçada quando os alunos elencam sugestões para melhoria do Programa, o que convencionamos denominar **Potencialidades do Programa**. Geralmente, esses momentos estiveram no final dos grupos focais, quando era solicitado que os residentes tecessem suas últimas considerações. No Diário de Campo, esses instantes foram registados com leveza, como se os residentes estivessem contribuindo para gerações futuras de discentes.

GF2/Rosa: se, talvez a gente conseguisse definir os conhecimentos, as habilidades básicas que todo residente tem que ter quando sair da residência, talvez diminua essa heterogeneidade. Aí, cada preceptor teria que traçar o seu plano de atuação com o residente, para construir aquela competência no final da residência.

Os ambulatórios de especialidades focais parecem representar uma opção para suprir necessidades peculiares de cada residente. Dessa forma, sugere-se ampliar as opções e disponibilizar recursos para acesso aos residentes que assim desejarem, porém não obrigatórios.

GF3/Chester: (sobre) pequenos procedimentos: poderia ser criado um ambulatório onde os residentes encaminhavam pacientes e onde a gente pudesse rodar durante os dois anos da residência para praticar e desenvolver essas habilidades.

GF3/Sofia: valeria a pena, caso tivesse com essa formação, (o residente) ter mais tempo (nos ambulatórios de especialidades focais): um mês na geriatria, um mês na pediatria, um mês na cirurgia fazendo pequenos procedimentos.

GF3/Belchior: o contato com os especialistas focais (pode ser) algo não obrigatório, mas algo opcional. Uma qualificação ainda maior, como, por exemplo, com um terceiro ano de formação na residência de medicina de família e comunidade.

Outra questão importante para a concepção do Ensino centrado no aluno é a experiência, ou seja, a prática como norteadora do aprendizado. Assim, os residentes

perceberam que aprendiam mais e melhor quando eram expostos a problemas que os afetavam no dia a dia.

GF2/Wayne: a avaliação deveria ser mais prática. Até porque é o que a gente está mais submetido à prática do dia a dia. Acho que seria mais eficaz discutindo como foi a consulta, que parâmetros poderiam ser melhorados na consulta, até sobre a patologia da consulta. O que eu posso fazer aqui pra atender melhor? Eu acho que essa discussão gera muito mais aprendizado.

Até mesmo a respeito das avaliações teóricas, os residentes sugeriram que tivessem uma conexão com problemas que enfrentam ou pretendem enfrentar, como por exemplo, a prova de título para a especialidade.

GF3/ Chester: outra sugestão, seria a residência aplicar as provas (de título) da Sociedade Brasileira de Medicina. Eu acho que a residência poderia utilizar essas provas, que são construídas pela Sociedade Brasileira, para avaliar, de certa forma, como é que (estão) os residentes em questão.

Houve também sugestões de melhorias na estrutura física da residência e extensão do tempo de duração para além de dois anos. No entanto, os residentes reconheciam que essas estratégias tinham empecilhos que iam além das possibilidades da supervisão do Programa.

GF3/Belchior: eu acho que poderíamos tentar aplicar (um modelo) na própria residência de medicina de família, (que tivesse) um ambiente específico da residência, onde a gente poderia ter encontros, reunir os residentes, os internos, acadêmicos das ligas da graduação, os preceptores.

GF1/Osvaldo: outra coisa, que seria mais utópico, seria a sugestão de mais um ano de residência. Porque, no Brasil, é muito curto. Você se sente mal quando vê nos outros países o período gigantesco de anos de formação e, para a gente, são só dois anos.

A preocupação com a atuação profissional após a conclusão do Programa pareceu causar desconforto nos residentes. Mas, ao invés de expressar desânimo, os residentes sugeriram a inclusão desse tema na formação deles.

GF1/Ariel: (seria bom) ter alguma palestra que diga o que a gente faz depois da residência porque fica uma coisa meio vaga, o que a gente vai fazer? A gente sabe as coisas que a gente faz na residência. Mas depois que acabar, pra onde é que a gente segue?

Os residentes, apesar das críticas, e indo além das sugestões, reconheceram pontos positivos do Programa tais como foco na assistência, esforços para estruturação do currículo e valorização da especialidade.

GF2/Bruce: embora tenha várias falhas no nosso programa de residência, ele é muito bom em relação às outras residências aqui do Ceará. Ele tem um programa pedagógico, tem assistência, muita assistência, muito mais que as outras. Isso são pontos positivos.

GF2/Maria: uma das coisas que o colegiado faz é acreditar muito que a medicina de família um dia vai conquistar um espaço muito maior na sociedade, no campo profissional. Eles investem muito nisso: agregar mais pessoas e acrescentar novas atividades.

É possível, portanto, perceber que os participantes do estudo demonstraram inquietudes e desconfortos com o Programa. Mas, antes de desestimular, esses problemas geraram proposições e interesse em contribuir para melhoria da Residência em Medicina de Família e Comunidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, os dados colhidos junto aos participantes reforçam a percepção de que os estudantes médicos veem a residência eminentemente como treinamento em serviço. Na visão deles, a residência médica é complementar ao ensino da graduação, porém ao mesmo tempo os aproxima da condição profissional, indo muito além do academicismo da graduação. Nesse contexto, os residentes do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará, identificam potencialidades e fragilidades do Programa que influenciam a aquisição de competências, a formação profissional e o desenvolvimento do próprio Programa.

O PIRMFC de Fortaleza, Ceará, utiliza múltiplas estratégias de ensino, tanto ativas quanto passivas, para suprir a necessidade de aprendizagem significativa dos alunos. Técnicas de Ensino centrado no aluno e Currículo baseado em competências parecem nortear as escolhas dos supervisores do Programa. No entanto, algumas questões críticas do processo de ensino-aprendizagem precisam ser consideradas e discutidas.

Os alunos parecem trazer para a residência uma visão própria das formas de aprender que, por vezes, está mais ligada à 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 as vivências que os residentes estavam enfrentando nos serviços. Desta forma, houve relatos explícitos de opressão e desperdício de tempo ligados à sensação de desconforto com o protagonismo educacional do aluno, exigido pelos Grupos Tutoriais. A posição passiva dos discentes parece ser considerada mais confortável, demonstrando dificuldades de aceitação da comunidade acadêmica em relação ao esforço do processo ativo de aprendizagem. O Programa não conseguiu “convencer” os estudantes do contrário, em grande parte pois o distanciamento dos problemas reais enfrentados pelos educandos gerou desmotivação com o processo educativo.

Outras estratégias de ensino-aprendizagem fundamentadas em metodologias ativas como Discussão de Casos Clínicos, Oficinas com Especialistas Focais e, grandemente, as estratégias desenvolvidas no contexto da Preceptoria foram bem aceitas pelos discentes. O fio condutor que parece unir todas as estratégias bem

avaliadas pelos residentes, certamente, é a ligação com a prática, ou seja, a proximidade com problemas do dia a dia dos estudantes.

Nesse ponto, é preciso recordar que, em Residência Médica, muitos pós-graduandos adentram o Programa com a concepção de que passarão por “treinamento em serviço”. Esse entendimento é pré-estabelecido pelo contato que alunos médicos tiveram com residentes durante os anos de faculdade. A exposição precoce e contínua dos residentes a problemas de ordem prática da vida profissional reforça esse conceito. A proposição de estratégias que remetem a processos usados nos anos de formação anteriores à residência representa uma possível rejeição do que aprenderam no dia a dia das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Na compreensão da Andragogia, adultos costumam ter repulsa natural à possibilidade de terem seus conhecimentos prévios ignorados, como se tivessem aprendido errado, e de que seus problemas reais no cotidiano do trabalho sejam desvalorizados para estudarem algo que não seja aplicado na realidade profissional. Sendo assim, os Grupos Tutoriais, mesmo que de forma participativa, parecem causar desconforto pela exigência do protagonismo educacional dos estudantes, ao mesmo tempo em que não conseguem trazer à tona problemas reais e diários dos residentes, distanciando-se da prática e aproximando-se do academicismo. Esse parece ter representado, para os residentes, o “pecado original” do Programa. Vale o registro de que alguns residentes defenderam aulas expositivas como boas técnicas de ensino. Não foi objetivo deste estudo discutir as razões que levaram a este aparente paradoxo. Portanto, novos estudos precisam ser empreendidos para buscar explicações para o apreço dos residentes pelo ensino tradicional.

Apesar da crítica recorrente aos Grupos Tutoriais, o Programa parece ter outras vantagens, reconhecidas pelos residentes. A ênfase no tempo de preceptoria, a oferta de contato com serviços de saúde em especialidades focais e a proximidade do residente com o preceptor em Atenção Primária à Saúde, 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, a experiência profissional do preceptor em Medicina de Família e Comunidade, o conhecimento técnico-científico e o fomento a discussão da realidade do mercado de trabalho foram as características positivas do sistema de Preceptoria. Em síntese, preceptores autênticos e congruentes em relação a própria consciência,

empáticos e valorizadores das perspectivas dos alunos representaram pontos fortes do Programa, características que devem ser promovidas.

No que se refere à Transferência da formação para a prática, o Programa parece ter apresentado deficiências na intenção de transmitir confiança a muitos residentes. Houve a expressão do medo de que falhas incompreendidas no aprendizado pudessem ter potenciais repercussões no exercício profissional. Isso adquire especial relevância na medida em que os entrevistados eram alunos do último ano do Programa. Também se relatou a escassez de discussões sobre a realidade do mercado de trabalho. No entendimento dos alunos, isso representou oportunidade perdida, tendo em vista que os preceptores poderiam ter sido orientadores profissionais confiáveis.

Em resumo, a ênfase na prática diária dos residentes parece representar uma chave importante para a formação no Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade 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, ao invés 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 tomar por base problemas reais, que podem ser trazidos pelos próprios residentes. É tarefa dos coordenadores do Programa disponibilizar recursos e conduzir discussões, mas o conteúdo do aprendizado parece ter melhor aceitação quando proveniente da prática diária dos residentes.

Este estudo teve por limitação não discutir opções às deficiências encontradas, o que merece investigações posteriores. Levando em conta o objetivo geral do estudo, a intenção principal do pesquisador era delinear as características do Programa, buscando expor potencialidades e fragilidades dele. No entanto, é válido sugerir que a aplicação de novas ferramentas de ensino, que tornem visível ao residente a evolução das competências adquiridas ao longo do Programa, podem fortalecer a natureza de transferência de formação para a prática em Medicina de Família e Comunidade, tão necessária aos Sistema Único de Saúde. Uma dessas

técnicas é conhecida por *Log Book*, que em essência representa um caderno de registros de competências gradualmente evolutiva, no sentido da Pirâmide de Miller (saber, saber como, mostrar como, fazer), buscando o nível mais elevado, chamado Ser Profissional. É intenção deste autor prosseguir tais estudos no futuro.

## REFERÊNCIAS

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. de. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667. jun. 2016.

BARREIROS, Bárbara Cristina *et al.* Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT. **Rev. bras. educ. med.**, v. 4, n. 3, p. e102, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/Jf8pXNgnwPq4bSy7qtGQY8b/?lang=en&format=pdf>>.

BATISTA, C. C. **Avaliação Escolar**: a implicação das metodologias de avaliação na qualidade do processo de ensino e aprendizagem. Trabalho de Conclusão de Curso (Pedagogia). Universidade Federal do Tocantins – UFT 2000. Disponível em: <[http://coordenacaoescolagestores.mec.gov.br/uft/file.php/1/moddata/data/1003/1221/2455/AVALIACAO\\_ESCOLAR.pdf](http://coordenacaoescolagestores.mec.gov.br/uft/file.php/1/moddata/data/1003/1221/2455/AVALIACAO_ESCOLAR.pdf)>.

BATISTA, K. T.; PACHECO, L. M. S.; SILVA, L. M. da. Avaliação dos programas de residência médica em Cirurgia Plástica no Distrito Federal. **Rev. bras. cir. plást.** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 20-28, mar. 2013.

BEZERRA, T. C. A. *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-472. ago. 2016.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 103-120, jan./abr., 2012.

BERGER, C. B., DALLEGRAVE, D., CASTRO FILHO, E. D., PEKELMAN, R. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-10. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 jun. 2014. n. 117, Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 11-27.

BOLLELA, Valdes Roberto; CASTRO, Margaret. Avaliação de programas educacionais nas profissões da saúde: conceitos básicos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 332-42, 2014.

BOMFIM, A. L. B. **Macrocompetências para o currículo dos programas de residência em medicina de família e comunidade de Fortaleza/CE**. Dissertação Mestrado – (Mestrado Profissional em Saúde da Família)

Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós Graduação Saúde da Família. Fortaleza, 2015.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Rev. bras. educ. med.**, v. 32, n. 3, p. 363 – 373, 2008.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-4, set/out., 2004.

CASTRO, V. S. de. **Residência de medicina família e comunidade: avaliação da Formação.** 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00170917>>.

CRESPO, A. N. Protocolo de avaliação e classificação dos programas de residência e de especialização em Otorrinolaringologia no Brasil. **J. otorhinolaryngol.**, v. 79, n. 5, supl.1, p. 2-35, set-out. 2013.

DA DALT, L. *et al.* An evaluation system for postgraduate pediatric residency programs: report of a 3-year experience. **Eur. j. Pediatr.**, v. 176, n. 9, p. 1279-1283. set. 2017.

DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E; BICUDO-ZEFERINO, A. M. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 33, n. 1, p. 148–151, mar., 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022009000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000100019&lng=en&nrm=iso)>.

DORIGATTI, Alcir Escocia *et al.* Projeto terapêutico singular no âmbito da saúde mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, v. 38, n. 1, p. 113-119, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100015>>.

DOS SANTOS, R. A.; SNELL, L.; TENORIO NUNES, M. DO P. The link between quality and accreditation of residency programs: the surveyors' perceptions. **Med. Educ. Online**, v. 22, n. 1. 1270093. 2017.

EURACT/WONCA. **Leonardo Teachers Couses.** Level 1 course (competent educator). 2010. Disponível: <<https://www.adso.com.pt/formacoes/curso-euract-nivel-1-h-faro-2018>>.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Rev. bras. med. fam. comunidade.**, v. 1, n. 1, p. 5-10, nov. 2004.

GONDAL, K. M. *et al.* CPSP/HSE Postgraduate Overseas Rotational Programme: Residents' Perspective. **J. Coll. Physicians Surg. Pak.**, v. 26, n. 4, p. 283-7. abr. 2016.

GONTIJO, E. D.; ALVIM, C. G.; LIMA, M. E. C. C. Manual de avaliação da aprendizagem no curso de graduação em Medicina. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 5, n. 1, p. 205-326, abr. 2015.

KILMINSTER, SUE *et al.* AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. **Medical Teacher**, v. 29, n. 1, p. 2 - 19, 2007. doi: 10.1080/01421590701210907.

KIDD, Michael. **A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde:** um guia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA). 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

KOCH, V. H. K; DORIA FILHO, U.; BOLLELA, V. R. Avaliação do programa de residência médica do departamento de pediatria da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. **Rev. bras. educ. med.**; v. 35, n. 4, p. 454-459, out./dez. 2011.

LIMA FILHO, Paulo Roberto Sotillo de; MARQUES, Rossana Vanessa Dantas de Almeida. Perspectivas sobre o Aprendizado na Óptica de Estudantes de Medicina: Análise do Impacto de Transição Curricular. **Rev. bras. educ. med.**, v. 43, n. 2. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20170124>>.

MARIANO, R. E. M. **Análise dos Programas de Residência para formação do médico de família no Estado do Ceará.** 2010. 251 p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

MEGALE, L; GONTIJO, E. D.; MOTTA, J. A. C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 166-175, jun., 2009.

MILLER, G E. The assessment of clinical skills/competence/performance, **Acad. med.**, v. 65, n. 9, p 63-7, set., 1990.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 13 (Sup. 2), p. 2133-2144, 2008.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13 ed., São Paulo: Hucitec, 2013. 393p.

MIRANDA, C. A. C. **A arte de curar nos tempos da colônia**: limites e espaços da cura. 3 ed. rev. ampl. e atual. – Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2017.

MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa crítica. **Indivisa, Boletim de Estudos e Investigación**, n. 6, p. 83-102. 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77100606>><<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/77100606></a>.</a>

MOURA, R. **A Avaliação no processo Ensino-Aprendizagem**. 1998 Disponível em: <<http://rmoura.tripod.com/evaluation.htm>>.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários**: Agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <[https://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](https://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. *In: WHO-WONCA 1994 Conference*. Ontario, Canadá. 1994. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/62364>>.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499. dez. 2008.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In: Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573.

PAZIN FILHO, A. Características do aprendizado do adulto. **Medicina (Ribeirão Preto)**; v. 40, n. 1, p. 7-16, 2007.

PEREIRA, F. A. G. **A avaliação do impacto da formação**: um estudo exploratório na Força Aérea. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Universidade de Lisboa, Instituto de Educação. Portugal. 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2523>>.

PONNAMPERUMA, G. G. *et al.* The long case and its modifications: A literature review. **Med. educ.**, n. 43, p. 936–941. 2009.

RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DO CEARÁ. **Manual do preceptor**. Ceará: Fortaleza, 2021.

RIBEIRO, Marco Túlio Aguiar Mourão. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste**. Fortaleza, 2009.207f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fortaleza-CE, 2009.

ROGERS, C. R. **Tornar-se Pessoa**. Boston: Mifflin, 1961.

SAAIQ, M. Postgraduate medical education: residents rating the quality of their training. **J. Coll. Physicians Surg. Pak.**v. 23, n. 1, p. 72-6. jan. 2013.

SANTOS FILHO, E. J. DOS; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus (Brasília)** v. 10, n. 4, p. 129-149, out.- dez. 2016.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil 2018**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286p.

SCHEFFER, M.; CASSENOTE, A.; BIANCARELLI, A. **Demografia médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina, 2013.

SOUZA, R. G. S. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. *In:* TIBÉRIO, Iolanda F. L. C. *et al.* **Avaliação prática de habilidades em Medicina**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 2-11.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-507.

SALERNO, S. M. *et al.* Faculty development seminars based on the one-minute preceptor improve feedback in the ambulatory setting. **J. gen. intern. med.**, out. v. 17, n. 10, p. 779-87, 2002. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.11233. x. PMID: 12390554; PMCID: PMC1495113.

SIMÕES, J. C. Residência Médica é treinamento em serviço. **Revista do Médico Residente**, Paraná, v. 14, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/140/139>>.

SOUZA, R. G. S. **Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação**. *In:* TIBÉRIO, Iolanda F. L. C. *et al.* Avaliação prática de habilidades em Medicina. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. p. 2-11.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 53-77. 2015.

WEISSMANN, Peter F. *et al.* Role Modeling Humanistic Behavior: Learning Bedside Manner from the Expert. **Academic Medicine**, v. 81, n. 7, jul., 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor / a working paper from the World Health Organization and the World Organization of Family Doctors from the joint WHO-WONCA Conference. **WHO-WONCA Conference**, Ontario, Canada, nov., p. 6-8, 1994. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/62364>>.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)**

**Título da pesquisa:** Avaliação do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza-Ce, sob a ótica dos Médicos-Residentes.

**Nome do pesquisador:** Samuel Carvalho Guimarães

**Endereço:** Rua, São José, s/n - Precabura, Eusébio - CE, 61760-000

**Telefone:** (85) 3215.6450

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará**

**Endereço:** Av. Antônio Justa 3161 - Meireles, Fortaleza, Ceará.

**Telefone:** 3101-1406

**Horário:** 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, desenvolvida pelo pesquisador **SAMUEL CARVALHO GUIMARÃES**, que irá investigar a **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE, SOB A ÓTICA DOS MÉDICOS-RESIDENTES**. Nós queremos investigar qual a percepção dos residentes de Medicina de Família e Comunidade quanto às estratégias de ensino-aprendizagem desenvolvidas no Programa e sua relevância para o aprendizado individual, para a realidade do mercado de trabalho e para o SUS. A partir destes dados, pretendemos contribuir, junto ao colegiado de Residência de Medicina de Família e Comunidade, para o desenvolvimento de um modelo de Avaliação de Programa Educacional que repercuta em reflexões sobre a importância da formação médica e sua convergência ao sistema de saúde vigente.

### **1. POR QUE VOCÊ ESTÁ SENDO CONVIDADO A PARTICIPAR?**

O convite para a participação se deve à necessidade de investigar qual a percepção dos residentes de Medicina de Família e Comunidade quanto ao Programa Educacional em que estão envolvidos.

### **2. COMO SERÁ A SUA PARTICIPAÇÃO?**

Ao participar desta pesquisa você responderá a um questionário com duração de 15 (quinze) minutos e participará de um grupo focal com duração de 60 (sessenta) minutos, sobre a percepção dos residentes de Medicina de Família e Comunidade quanto ao processo de ensino-aprendizagem desenvolvido. Lembramos que a sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia e liberdade para decidir se quer ou não participar. Você pode desistir de participar a qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário e o grupo focal, sem nenhum prejuízo. Não haverá nenhuma penalização caso você decida não consentir a sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

### **3. QUEM SABERÁ SE EU DECIDIR PARTICIPAR?**

Somente o pesquisador responsável, sua equipe e os demais participantes saberão que você está participando desta pesquisa. Ninguém mais saberá da sua participação.

### **4. GARANTIA DA CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE.**

Todos os dados e informações que você nos fornecer serão guardados de forma sigilosa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade dos seus dados e das suas informações. Tudo que nos fornecer ou que seja conseguido por RESPOSTAS, serão utilizadas(os) somente para esta pesquisa.

O material da pesquisa com os seus dados e informações será armazenado em local seguro e guardados em arquivo, por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

### **5. EXISTE ALGUM RISCO DA MINHA PARTICIPAÇÃO?**

A aplicação do questionário, assim como o grupo focal, apresenta riscos mínimos aos participantes, pois algumas perguntas poderão causar algum constrangimento ou desconforto. Para minimizar algum constrangimento ou desconforto, os questionários serão autoaplicáveis, em sala reservada com um menor número de participantes, para evitar distrações entre os colegas. Além disso o participante não irá se identificar no questionário.

### **6. EXISTE ALGUM BENEFÍCIO SE EU PARTICIPAR?**

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir com um processo de avaliação da Residência em Medicina de Família e Comunidade que contemple as diversas formas de aprendizagem. Ao final da pesquisa os resultados serão apresentados e será realizada uma atividade educativa sobre a avaliação de ensino-aprendizagem no Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

### **7. FORMAS DE ASSISTÊNCIA E RESSARCIMENTO DAS DESPESAS.**

Se você necessitar de encaminhamento ou esclarecimento sobre o resultado encontrado nesta pesquisa, você será orientado por Samuel Carvalho Guimarães, pesquisador do projeto. Caso você aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

### **8. ESCLARECIMENTOS**

Se você tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

**Nome do pesquisador:** Samuel Carvalho Guimarães

**Endereço:** Rua, São José, s/n - Precabura, Eusébio - CE, 61760-000

**Telefone:** (85) 3215.6450

Se você desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará.

O Comitê de Ética tem como finalidade defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará**  
**Av. Antônio Justa 3161 - Meireles, Fortaleza, Ceará. Telefone: 3101-1406**  
**Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira.**

## **9. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO.**

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar da pesquisa deve preencher e assinar este documento que será elaborado em duas vias; uma via deste Termo ficará com o(a) Senhor(a) e a outra ficará com o pesquisador.

O participante de pesquisa, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo a sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

## **10. CONSENTIMENTO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores. Ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EU, \_\_\_\_\_ vou participar voluntariamente desta pesquisa. E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B – Questionário

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE, SOB A ÓTICA DOS MÉDICOS-RESIDENTES**

Mestrando: Samuel Carvalho Guimarães

Orientadora: Prof. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto

ID: _____	
Data: ____/____/____	Local: _____
Pesquisador: _____	

### A- CARACTERIZAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A):

1. Idade? \_\_\_\_\_
2. Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) União Estável
4. Nº de filhos (    )
5. Tempo de formado: ( ) menos de 1 ano  
                                   ( ) 1 – 5 anos  
                                   ( ) 5 – 10 anos  
                                   ( ) 10 – 20 anos  
                                   ( ) mais de 20 anos
6. Local que se formou: ( ) Fortaleza ( ) Interior do Ceará ( ) Outro estado
7. Possui alguma pós-graduação concluída (especialização, residência, mestrado, doutorado): ( ) sim ( ) não  
 Se sim, Qual?  
 \_\_\_\_\_
8. Você atualmente participa de alguma outra formação? ( ) sim ( ) não  
 Se sim, Qual?  
 \_\_\_\_\_
9. Atua profissionalmente em outro local além residência? ( ) sim ( ) não  
 Se sim, Qual?  
 \_\_\_\_\_
10. Tempo de serviço na ESF: ( ) nunca trabalhei na ESF  
                                   ( ) menos de 1 ano  
                                   ( ) 1 – 5 anos  
                                   ( ) 5 – 10 anos  
                                   ( ) 10 – 20 anos  
                                   ( ) mais de 20 anos

(Para uso do pesquisador)

IDADE	
GENERO	
CIVIL	
FILHOS	
TEMPFORM	
LOCFORM	
POSGRAD.1	
POSGRAD.2	
FORMOUTRA.1	
FORMOUTRA.2	
PROFOUTRA.1	
PROFOUTRA.2	
TEMPESF	

ID:	
Data: ____/____/____	Local:
Pesquisador:	

## B- VALORAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

- Para cada uma das perguntas, por favor, marque com um X o número que indica com maior exatidão sua resposta.
- Em cada questão contém uma afirmativa e você deverá escolher entre os itens (**Concordo Fortemente, Concordo, Neutro, Discordo, Discordo Fortemente**) de acordo com o seu pensamento em relação à sentença em discussão:

Seguem algumas perguntas sobre como você vê as ferramentas de ensino-aprendizagem e avaliação adotadas no Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade					
<b>Como se sente em relação às seguintes afirmações?</b>					
<b>Por favor, marque o número apropriado:</b>					
Afirmações	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
1. O modelo de preceptoria em Unidade de Atenção Primária é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
2. O modelo de preceptoria em Unidade de Atenção Primária é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
3. O modelo de preceptoria em Unidade de Atenção Primária é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
4. O modelo de preceptoria em ambulatório de especialidades focais é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
5. O modelo de preceptoria em ambulatório de especialidades focais é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
6. O modelo de preceptoria em ambulatório de especialidades focais é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
7. O modelo de preceptoria em plantões é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
8. O modelo de preceptoria em plantões é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
9. O modelo de preceptoria em plantões é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1

ID:	
Data: ____/____/____	Local:
Pesquisador:	

Afirmações	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
10. O modelo de apresentação de casos clínicos é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
11. O modelo de apresentação de casos clínicos é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
12. O modelo de apresentação de casos clínicos é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
13. O modelo de grupos tutoriais é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
14. O modelo de grupos tutoriais é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
15. O modelo de grupos tutoriais é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
16. A avaliação teórica múltipla escolha é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
17. A avaliação teórica múltipla escolha é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
18. A avaliação teórica múltipla escolha é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
19. A avaliação prática MiniCex é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
20. A avaliação prática MiniCex é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
21. A avaliação prática MiniCex é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1
22. A avaliação por conceito global é relevante para o meu aprendizado.	5	4	3	2	1
23. A avaliação por conceito global é relevante para a minha atuação profissional no mercado de trabalho.	5	4	3	2	1
24. A avaliação por conceito global é relevante para o desenvolvimento da coordenação do cuidado no SUS.	5	4	3	2	1

## APÊNDICE C – Roteiro para o Grupo Focal

### C- QUESTÕES NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL

#### 1- Processo de ensino aprendizagem:

Como foi (ou está sendo) o processo de ensino e aprendizagem durante a residência para o seu aprendizado individual, para a realidade do mercado de trabalho e para o SUS?

Explorar: Como estão aprendendo? Quais metodologias são mais efetivas para o aprendizado? Justificar.

#### 2- Avaliação da aprendizagem:

Como vocês estão sendo avaliados durante a residência? Qual a importância desta para o seu aprendizado individual, para a realidade do mercado de trabalho e para o SUS?

Explorar: Quais estratégias de avaliação estão sendo utilizadas? Quais metodologias são mais efetivas para o aprendizado? Justificar.

Explorar: Avaliação Teórica Múltipla Escolha, Avaliação Prática MiniCex, Avaliação por Conceito Global.

#### 3- Preceptorial em residência médica:

Como vocês avaliam o papel da preceptorial em residência médica para o seu aprendizado individual, para a realidade do mercado de trabalho e para o SUS?

Explorar: Modelo de preceptorial ombro-a-ombro, preceptorial em ambulatório de especialidades, preceptorial em plantões, tutoria em grupos, apresentação em casos clínicos.

#### 4- Estrutura Física disponibilizada aos residentes:

Como vocês avaliam a estrutura física disponibilizada aos residentes para o seu aprendizado individual, para a realidade do mercado de trabalho e para o SUS?

Explorar: Ambulatórios, Laboratórios, Salas e Material de procedimentos, Unidades de Urgência e Emergência, Registro Eletrônico, Locais de repouso.

#### 5- Considerações Finais

O que vocês sugerem para melhoria do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade?

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/CE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE, SOB A ÓTICA DOS MÉDICOS-RESIDENTES

**Pesquisador:** SAMUEL CARVALHO GUIMARAES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29015119.1.0000.5037

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.129.273

#### Apresentação do Projeto:

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fiocruz/Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Orientado pela Prof. Dra. Sharmênia de Araújo Soares Nuto.

Os participantes da pesquisa serão médicos residentes regularmente matriculados no primeiro e no segundo ano do Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza no período da coleta de dados, previsto em cronograma para iniciar coleta em 20/08/2020 a 30/10/2020 e apresentação dos resultados em dezembro de 2020. Orçamento calculado em R\$ 9.000,00, com recursos próprios.

O presente estudo propõe que se avalie o Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, Ceará, com base na capacidade de transferência de formação entre ensino e trabalho empreendida pelo referido programa na percepção dos médicos-residentes. Para tanto, lança mão do Modelo de Kirkpatrick em nível primário, buscando compreender o quão consciente e seguros das competências desenvolvidas os residentes se encontram em fases distintas da residência.

O modelo de Kirkpatrick é um dos modelos de avaliação mais conhecidos e utilizados. Donald

**Endereço:** Av. Antonio João, 3161

**Bairro:** Meireles

**CEP:** 60.165-090

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-1406

**Fax:** (85)3101-1406

**E-mail:** cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 4.139.273

Kirkpatrick (1994) criou um modelo de avaliação de treinamento baseado em quatro níveis. Segundo Kirkpatrick, cada nível tem sua importância e, conforme se passa de um nível para outro seguinte, o processo se torna mais complexo e demorado, porém fornece resultados mais valiosos. Os níveis são: (1) Reação: onde se mede a satisfação e valor percebido do treinamento pelos participantes; (2) Aprendizagem: levanta o quanto os participantes podem mudar de atitude, ampliar seus conhecimentos e/ou habilidades; (3) Comportamento: identifica o quanto os participantes mudaram seu comportamento em decorrência do que foi aprendido. (4) Resultados: identifica os ganhos obtidos com o treinamento.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

- Avaliar o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, a partir da ótica dos residentes.

Objetivos específicos

- Verificar a relevância atribuída pelos residentes ao processo de ensino aprendizagem na Residência, em relação ao aprendizado individual, à atuação no mercado de trabalho e à coordenação do cuidado no SUS;
- Compreender o processo de ensino aprendizagem do residente na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Compreender a avaliação de aprendizagem do residente na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Compreender o papel da preceptoria na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza;
- Descrever a estrutura física disponibilizada aos residentes na formação em Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme autor:

- RISCOS:

A aplicação do questionário, assim como o grupo focal, apresenta riscos mínimos aos participantes, pois algumas perguntas poderão causar algum constrangimento ou desconforto.

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161  
Bairro: Meireles CEP: 60.165-060  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE



Continuação do Parecer: 4.126/2023

Para minimizar algum constrangimento ou desconforto, os questionários serão autoaplicáveis, em sala reservada com um menor número de participantes, para evitar distrações entre os colegas. Além disso o participante não irá se identificar no questionário.

**- BENEFÍCIOS:**

Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir com um processo de avaliação da Residência em Medicina de Família e Comunidade que contemple as diversas formas de aprendizagem. Ao final da pesquisa os resultados serão apresentados e será realizada uma atividade educativa sobre a avaliação de ensino-aprendizagem no Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante para aprimorar a formação dos profissionais de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e se encontram em conformidade com os princípios éticos da Resolução nº 466/12, estão devidamente assinadas pelos responsáveis institucionais.

- Folha de Rosto
- Carta para Apreciação CEP/ESP-CE
- Declaração de Concordância
- Termo de Anuência
- Orçamento
- Cronograma
- TCLE

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo atendido ao que foi solicitado por este CEP/ESP-CE, o projeto encontra-se adequado do ponto de vista ético, conforme resoluções vigentes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sem óbice ético, apto para execução. Apresentar relatório após a conclusão do estudo.

Endereço: Av. Antônio Justa, 3161  
 Bairro: Meireles CEP: 60.185-090  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@esp.ce.gov.br

**ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DO CEARÁ - ESP/ CE**



Continuação do Parecer: 4.129.273

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Tipo Documento</b>	<b>Arquivo</b>	<b>Postagem</b>	<b>Autor</b>	<b>Situação</b>
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1486860.pdf	21/08/2020 21:27:10		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUN_2020.pdf	21/08/2020 21:21:25	SAMUEL CARVALHO GUIMARAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SCG_JUN2020.pdf	21/08/2020 21:19:51	SAMUEL CARVALHO GUIMARAES	Aceito
Cronograma	Cronograma_SCG_JUN2020.pdf	21/08/2020 21:19:11	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Outros	Declaracao_Participacao_SCG.pdf	12/02/2020 17:40:29	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Outros	Lattes_SCG.pdf	04/02/2020 12:14:25	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Outros	CartaApreciacao_SCG.pdf	04/02/2020 12:08:20	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Outros	AnuenciaESP_SCG.pdf	04/02/2020 11:58:52	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Orçamento	Orçamento_SCG.pdf	31/01/2020 15:55:18	SAMUEL CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/12/2019 10:15:17	SAMUEL CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 02 de Julho de 2020

Assinado por:  
**JOSÉ OSMAR VASCONCELOS FILHO**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161  
Bairro: Meireles CEP: 60.165-050  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-1406 Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@esp.ce.gov.br