

CADERNOS
DA ABEM

**Competências pedagógicas
de educadores:
reflexões e produções**

VOLUME 13
SETEMBRO / 2025



ISSN 1806-5031

Cadernos da ABEM

Competências pedagógicas de educadores: reflexões e produções

VOLUME 13
SETEMBRO / 2025

Publicação produzida com recursos da Carta
Acordo Abem-Opas nº SCON2024-00149



Cadernos da ABEM

Competências pedagógicas de educadores: reflexões e produções - VOLUME 13 SETEMBRO / 2025



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica
Este trabalho é licenciado abertamente via CC BY 4.0 que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.

Editores

Aristides Augusto Palhares Neto
Denise Herdy Afonso
Lia Márcia Cruz da Silveira
Maria Helena Senger
Rodrigo Silveira
Rosiane Viana Zuza Diniz

Conselho editorial

Membros do Conselho Diretor da Abem
Convidados
Jacqueline Costa Teixeira Caramori
Luciana Rodrigues de Oliveira Durante
Oscarina da Silva Ezequiel
Paulo Marcondes de Carvalho Júnior
Roberto Zonato Esteves
Sergio Henrique de Oliveira Botti
Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Valdes Roberto Bollela

Revisão Gramatical e normalização

Carlos Villarruel
Priscila Tuy

Projeto gráfico e diagramação

Eduardo Grisoni

Equipe Administrativa

Bianka Beatriz Cruz de Moraes
Victor Rodrigues de Carvalho

Secretaria Executiva

Toda correspondência e submissão de trabalhos
deverão ser encaminhados à Secretaria Executiva,
no endereço abaixo:

Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM

SCN – QD 02 – BL D – Torre A – Salas: 1021 e 1023 –

Asa Norte

CEP:70.712-903 – Brasília – DF

Telefones: (61) 98580-0825

E-mail: secretaria@abem-educmed.org.br

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ABEM

Conselho Diretor

Diretor-Presidente:
Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPel)
Diretor Vice-Presidente:
Estevão Toffoli Rodrigues (UFBA/Idomed)
Diretora-Tesoureira:
Denise Herdy Afonso (Uerj)
Diretora de Inovação:
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (UFU)
Diretor-Secretário:
Aristides Augusto Palhares Neto (UNESP)
Diretora Discente:
Naiana Palheta Moraes (UFPA)
Diretor Médico-Residente:
Vinicius Santos Rodrigues (UFSJ)

Diretores Regionais

Diretor Regional Centro-Oeste:
José Eduardo Baroneza (UNB)
Diretora Regional Minas Gerais:
Monica Couto Guedes Sejanos da Rocha (Faculdade de
Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema)
Diretor Regional Nordeste I:
Humberto de Castro Lima Filho (EBMSP)
Diretor Regional Nordeste II:
Eduardo Simon (FCMPB)
Diretor Regional Norte:
Luciana Brandão Carreira (UEPA/CESUPA)
Diretor Regional RJ/ES:
Aída Regina Monteiro de Assunção (UERJ)
Diretor Regional São Paulo:
Toufic Anbar Neto (Faceres)
Diretor Regional Sul I:
Francisco Jorge Arsego de Oliveira (UFRGS)
Diretor Regional Sul II:
Carlos Eduardo Andrade Pinheiro (UFSC)

Coordenadores discentes

Daniel Negreiros de Lima (FELUMA – FCMMG)
Julio César de Albuquerque Batinga (UFAL/Arapiraca)
Vitória Alves Caetano (Unb)

Coordenadores residentes

Coordenador residente: Matheus Gama Santos (Facul-
dade de Medicina de Itajubá-MG – FMIt)
Vice coordenador residente: Iago Ribeiro da Costa (FPS)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cadernos ABEM : competências pedagógicas de educadores : reflexões e produções : volume 13 /

Associação Brasileira de Educação Médica. -- 13. ed. -- Brasília, DF : Associação Brasileira
de Educação Médica, 2025.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86406-20-7

1. Ciências da saúde 2. Educação em saúde 3. Medicina e saúde I. Associação Brasileira de
Educação Médicas.

CDD-610.7

NLM-WA-590

25-298590.0

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação médica 610.7

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Sumário

EDITORIAL	5
1. Aplicação e avaliação de produto educacional: manual dirigido de semiologia médica	7
2. Avaliação contínua do desempenho de residentes em patologia no HC-UFU/Ebserh: um projeto de intervenção para aprimorar a formação médica e a prática clínica.....	25
3. Guia de comunicação: tecnologia leve para o ensino de habilidades comunicacionais na formação médica	37
4. Inteligência artificial em medicina: do currículo à aplicação prática.....	51
5. Avaliação do internato em Medicina de Família e Comunidade – Reformulações na Universidade do Vale do Rio dos Sinos/RS.....	69
6. Avaliando a mentoria médica: desafios em currículo com metodologias ativas.....	81
7. Os desafios do estudante autista suporte nível 1 na educação médica: um estudo de caso	95
8. Projeto de implantação do núcleo de desenvolvimento pedagógico na Faculdade de Medicina de Jundiaí baseado em experiências exitosas.....	107
9. Avaliação e desenvolvimento de habilidades de comunicação no internato: relato de experiência	133
10. Desenvolvimento de uma ferramenta digital para avaliação formativa no internato de pediatria: inovação para a melhoria do ensino médico em pediatria	157

11. Implantação de EPA como instrumentos de avaliação formativa no internato em medicina de família no HCPA: um estudo de caso.....	189
12. Revisão do Instrumento de Avaliação dos Componentes Curriculares no Curso de Medicina da Universidade de Brasília (UnB).....	227
13. Manual para preceptores: avaliação de competências na residência de Medicina de Família e Comunidade alinhada à matriz curricular.....	269
14. Tudo muda o tempo todo no mundo: impressões dos partícipes do curso de Medicina da PUC/SP (Sorocaba) sobre o estado atual das atividades definidas em reforma curricular de 2006.....	295
15. Uso do feedback como ferramenta de aprendizado no ensino em habilidades (anamnese, exame físico e raciocínio clínico) no curso de Medicina.....	333
16. Validação de um aplicativo para avaliação de desempenho no internato médico.....	361
17. O ensino da gestão na graduação em Medicina no Brasil: o que dizem os currículos?	375
18. Desenvolvimento docente: dificuldades e oportunidades no curso de Medicina	397
19. Planejamento pedagógico no internato de medicina em uma unidade básica de saúde.....	411
20. Comunidade de prática como promotora de desenvolvimento docente.....	445
21. O invisível itinerário formativo do docente: a experiência colhida em sala de aula e amadurecida na solidão.....	471

EDITORIAL

É com grande alegria que apresentamos o resultado de mais uma iniciativa exitosa da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Em um contexto no qual as demandas por políticas públicas eficazes e equitativas na saúde se ampliam, qualificar educadores é fundamental para assegurar a excelência no ensino e na aprendizagem. Esta publicação compartilha uma experiência concreta e transformadora de formação pedagógica, voltada à valorização de educadores da área da saúde.

A trajetória da ABEM é marcada por uma história rica e diversa, construída por meio de ações que sustentam a sua missão de qualificar a Educação Médica no Brasil. Em dezembro de 2010, a Diretoria da ABEM foi convidada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), colaborar na criação de um projeto voltado à formação pedagógica de preceptores da residência médica, especialmente no âmbito do Pró-Residência. A proposta partia do entendimento de que a qualidade dos programas de residência está diretamente relacionada à qualificação dos seus preceptores — educadores muitas vezes invisibilizados, mas de papel estratégico na formação de profissionais de saúde.

Foi a partir do reconhecimento da importância do papel estratégico do educador na formação médica que foi criado o curso de Aperfeiçoamento em Competência Pedagógica para Preceptoria e Docência. Alinhado às Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina, a qualificação adota uma abordagem problematizadora, centrada na educação de adultos e na valorização da aprendizagem ativa. Desde então, a ABEM vem promovendo os Cursos de Aperfeiçoamento, que já formaram mais de 1.200 profissionais em 48 turmas realizadas em todo o Brasil.

Em 2024, a Associação deu mais um passo importante ao lançar a Especialização em Competências Pedagógicas para Preceptoria e Docência, com a formação da primeira turma em 2025. Essa Especialização foi cuidadosamente estruturada em três eixos curriculares integrados e transversais, ancorados na pedagogia Freireana: autonomia, diálogo e esperança na mudança.

O eixo da autonomia promove a formação crítica e reflexiva, que vai além do simples treinamento de habilidades. Valoriza o desenvolvimento de sujeitos capazes de transitar da curiosidade ingênua à curiosidade crítica, construindo conhecimento com base na experiência e na análise da realidade. O eixo do diálogo reforça a importância da escuta ativa, da comunicação empática e da construção coletiva do saber — elementos

centrais para humanizar as relações educativas e fortalecer os vínculos entre ensino e cuidado em saúde. Já o eixo da esperança na mudança mobiliza os participantes a assumirem o papel de protagonistas da própria formação, promovendo uma prática educativa transformadora, sustentada por valores como o amor, a humildade e a confiança.

Temos, portanto, a honra de celebrar a formatura da primeira turma de Especialistas em Competências Pedagógicas para Preceptoria e Docência, um grupo de educadores provenientes de diferentes regiões do Brasil, unidos pelo compromisso de liderar processos inovadores nos ambientes formadores da saúde. O impacto dessa formação já se expressa nos 29 Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) aqui apresentados, que abrangem uma variedade de temáticas relevantes para o ensino em saúde: artigo original, produção científica, produções técnicas, materiais didáticos e projetos de intervenção – todos construídos em um ambiente colaborativo, marcado pelo intercâmbio de saberes, afetos e práticas, que extrapolam a sala de aula e dialogam com os desafios e as potencialidades das instituições onde atuam.

Ao teorizarem sobre suas práticas, esses especialistas assumem o papel de agentes transformadores, contribuindo ativamente para a qualificação dos ambientes de ensino e cuidado nos espaços em que desenvolvem suas atividades. O futuro da educação médica em nosso País depende da competência de educadores empenhados na construção de uma formação mais crítica, ética, inclusiva e comprometida com as necessidades da sociedade brasileira.

Convidamos você a celebrar essa conquista e a se inspirar nas trajetórias, reflexões e contribuições apresentadas nas páginas deste Caderno.

Equipe de Coordenação do Curso

Aristides Palhares Neto
Denise Herdy Afonso
Lia Márcia Cruz da Silveira



1ª turma do Curso de Especialização em Competências Pedagógicas para a Preceptoria e Docência, 2024.



EIXO

Tecnologia Educativa

1

**Aplicação e avaliação
de produto educacional:
manual dirigido de
semiologia médica**

Aplicação e avaliação de produto educacional: manual dirigido de semiologia médica

Edson Yuzur Yasojima¹ / Carla Andréa Avelar Pires¹ / Glória Calandrini de Amorim¹ / Jacqueline C. Teixeira Caramori²

yasojima@gmail.com / carlaavelarpires@gmail.com / gloriacamorim@gmail.com / j.caramori@unesp.br

Palavras-chave: Estudo de Validação; Tecnologia Educacional; Educação Médica.

RESUMO

Introdução: A semiologia médica é um pilar fundamental na formação do estudante de Medicina, sendo essencial para o desenvolvimento de habilidades clínicas e diagnósticas. Nesse contexto, um recurso educacional surge como uma ferramenta pedagógica voltada para o curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo validar um *Manual de bolso: semiologia médica* do curso de Medicina componente da grade curricular do terceiro semestre. Trata-se de um estudo comparativo entre dois semestres consecutivos por meio da avaliação OSCE do capítulo sobre semiologia do tórax. **Método:** Realizou-se a avaliação prática por meio de OSCE do capítulo sobre exame físico de tórax. Participaram 11 alunos do terceiro semestre e dez alunos do quarto semestre que foram avaliados pelo mesmo professor durante a realização da prática. **Resultado:** Diante dos resultados apresentados, verifica-se que, para o público-alvo desta pesquisa, o *Manual de semiologia*, no seu capítulo sobre exame físico de tórax, favorece o processo de ensino-aprendizagem dos componentes. **Conclusão:** O manual em questão foi considerado apto para ser utilizado como ferramenta para o aprendizado dos estudantes de Medicina do terceiro semestre da UFPA, após avaliação OSCE dos dois semestres consecutivos.

¹ Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista, São Paulo, São Paulo, Brasil.

ABSTRACT

Introduction: Medical semiology is a fundamental pillar in the training of medical students, essential for developing clinical and diagnostic skills. In this context, an educational resource emerges as a pedagogical tool aimed at the Medical course at the Federal University of Pará (UFPA). **Objective:** This study aimed to validate a Pocket Manual: Medical Semiotics for the Medical course, a component of the third-semester curriculum. It is a comparative study between two consecutive semesters through OSCE assessments of the chapter on semiology of the thorax. **Method:** The practical evaluation was conducted via OSCE, focusing on the physical examination of the thorax. Eleven third-semester students and ten fourth-semester students participated, all evaluated by the same instructor during the practical session. **Results:** Based on the results, it was observed that, for the target audience of this research, the Semiology Manual, particularly the chapter on physical examination of the thorax, supports the teaching and learning process of the students. **Conclusion:** The manual was considered suitable to be used as a learning tool for third-semester medical students at UFPA, following the OSCE assessments across the two consecutive semesters.

Keywords: Validation Study; Educational Technology; Medical Education.

INTRODUÇÃO

Envolvida por uma polissemia de conceitos, a tecnologia é comumente referida como um produto material que possibilita o progresso humano, a reestruturação de costumes e sua comodidade^{15,18}. Todavia, compreende-se a tecnologia desde recursos comunicacionais até produtos de alta complexidade¹³, que podem ser aplicados para fins assistenciais, gerenciais ou educacionais¹⁶. Nesse cenário, o uso de tecnologias, no âmbito educacional, surge como ferramenta focada no processo ativo e colaborativo de ensinar e aprender, resultante de uma construção multiprofissional pautada em referenciais teóricos e pedagógicos^{18,23}.

Assim, com o objetivo de alcançarem melhores formas de educar, os profissionais da saúde desenvolvem novas ferramentas de ensino que possibilitam uma maior dinamicidade do processo educacional, o protagonismo de seus participantes, além do desenvolvimento da criatividade e criticidade perante a construção de novos conhecimentos⁹. Com base nisso, as tecnologias educacionais (TE) são ferramentas sistemáticas, planejadas e desenvolvidas a partir de evidência científica, a fim de serem estruturadas para facilitar o ensino-aprendizado dos sujeitos que participarão da construção de saberes, que podem ser desenvolvidas por meio de modelos digitais ou

não digitais e envolvem o educador e educando de forma colaborativa na prática assistencial, acadêmica e multiprofissional^{14,22}.

Segundo Dias et al.⁷, a produção e a confecção de ferramentas didáticas pedagógicas para acadêmicos de Medicina, desde o primeiro ano até o último ano do curso, contribuem para a formação médica. A disponibilização de roteiros e de guias bem elaborados, por meio de plataformas digitais e redes sociais, serve como instrumento didático de grande utilidade para facilitar, de forma contínua e gradual, o processo de aprendizagem dos alunos de graduação em Medicina. Para garantir e lapidar a qualidade desses materiais, é importante que ocorram os momentos de validação e de melhoramento.

É na disciplina de semiologia que o aluno do curso de Medicina inicia o seu aprendizado para realização correta do exame físico e começa o seu contato com o paciente. Momentos de maior expectativa do aluno e umas das grandes dificuldades enfrentadas estão relacionados à construção de uma boa comunicação com o paciente⁵.

A cada nova realidade, as gerações de ingressantes nas escolas médicas do país estão com a média de idade cada vez menor. Os calouros entram na fase final da adolescência, em que se configura uma identificação para com a figura idealizada no seu cotidiano. No entanto, a realidade do cotidiano não acompanha a consciência das motivações. A identificação familiar, a vontade de ajudar, as questões financeiras, a culpa, o *status* e o sucesso são fatores que influenciam essas motivações presentes para escolha da classe médica nesse período de vida. Nesse sentido, é importante reconhecer essas razões para que o estudante consiga separar os conflitos e as emoções durante o aprendizado²⁷.

É mister ressaltar que as TE devem submeter-se a um processo de validação prévio ao seu uso prático por meio da avaliação de especialistas e/ou do público-alvo, a fim de verificar sua pertinência, relevância e representatividade por meio do uso de instrumentos que estimam seu conteúdo, sua usabilidade prática, aparência, semântica e efetividade^{1,19,20}. Essas validações são rigorosas e têm como finalidade avaliar se as TE alcançam aquilo a que se propõem ensinar¹, de modo a possibilitar sua replicabilidade e confiabilidade. Diante disso, tal validação é indispensável, e a ausência desse processo pode refletir no comprometimento de sua qualidade e em implicações na efetividade do seu uso educacional⁴.

Diante do exposto, considerando a necessidade da criação de TE voltadas para o ensino de semiologia médica para estudantes, o objetivo deste projeto é validar, avaliar e consolidar a prática da TE em saúde para ser utilizada pelos alunos.

Como forma de auxílio, as TE são consideradas ótimas ferramentas quando aplicadas dentro do processo de ensino-aprendizagem na graduação¹⁰. Trata-se de ferramentas utilizadas para otimizar o processo de ensino-aprendizagem, cuja finalidade é proporcionar a participação ativa dos sujeitos no processo educativo, de modo a resultar na produção e aplicação do conhecimento, da autonomia e do empoderamento sobre processos e produtos, e transformar a utilização empírica do conhecimento em algo científico⁶.

Diante do exposto, objetivou-se a realização de validação de uma TE pelo público-alvo de um manual de semiologia por meio de avaliação do *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) de um exame físico do capítulo sobre tórax.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e de desenvolvimento metodológico com avaliação de aprendizagem realizada durante a metodologia OSCE.

Este estudo baseia-se na validação de uma TE, em forma de manual, o qual será utilizado como ferramenta de ensino sobre a semiologia do tórax para os alunos do terceiro e quarto semestres do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Primeiramente, a tecnologia foi validada por juízes especialistas, e, em seguida, consultou-se o público-alvo com o intuito de ampliar e reafirmar a confiabilidade do material produzido. O estudo foi realizado na Faculdade de Medicina da UFPA, no *campus* de Belém, no estado do Pará.

Participaram do estudo os discentes do curso de Medicina matriculados regularmente no terceiro e quarto semestres do pré-internato do curso de Medicina da UFPA. Em 25 de novembro de 2024, realizou-se uma avaliação prática após o início do período letivo do segundo semestre, com a coleta dos dados para comparação dos dois grupos: 1. alunos do terceiro semestre que tiveram acesso ao *Manual de semiologia* e 2. alunos do quarto semestre que não tiveram acesso ao material.

Após a voluntariedade dos alunos e o consentimento informado e esclarecido, foram realizadas avaliações do tipo OSCE pelos professores das habilidades clínicas do terceiro semestre e pelo autor do projeto, em que estão inseridas a semiologia médica e a utilização do *Manual de semiologia médica*, particularmente o exame físico de tórax que consta no capítulo 2.

O OSCE é uma ferramenta baseada em um sistema de *feedback* que possui um sistema com múltiplas estações com simulações de cenários reais. Como método avaliativo, é considerado, entre os exames, como padrão ouro. O OSCE primeiramente padroniza para assim avaliar as competências médicas. Avalia objetivamente competências clínicas de forma planejada e estruturada. O aluno é avaliado em uma série de estações com um ou dois aspectos de competência. Para isso, é necessária a definição do número de estações, com a duração aproximada de cada uma delas, incluindo o *feedback*, que é uma das características mais importantes da simulação, pois contribui para uma aprendizagem eficaz ao oferecer a oportunidade para reflexão e melhoria da prática². A estrutura física das estações e a aplicabilidade prática da simulação vivenciada em cada uma delas devem ser detalhadas⁸.

Durante o mês de novembro de 2024, quando iniciaram as atividades acadêmicas do curso de Medicina, foi apresentado o manual para os alunos do terceiro semestre. Em seguida, em dezembro de 2024, os alunos do terceiro semestre, após concluírem o módulo de semiologia do tórax, utilizaram para aprendizado o *Manual de bolso: semiologia médica*. Foram avaliados na estação de habilidades médica 3 (HM3), tendo como instrumento de observação os critérios indicados no Quadro 1.

Quadro 1. *Checklist* utilizado para os terceiros semestres no exame físico de tórax

Item 1 – Posicionou-se atrás do paciente, somente uma das mãos, sempre a mesma, espalmada sobre a superfície do tórax, face palmar correspondente ao segundo, terceiro e quarto quirodáctilos.

Item 2 – Solicitou que o paciente pronunciasse “33” comparando regiões homólogas de cima para baixo.

Item 3 – Posicionou-se atrás do paciente, no ápice, com os polegares na 7ª vértebra, mão repousando na região supraclavicular.

Item 4 – Posicionou-se atrás do paciente, as mãos abraçaram as bases obliquamente, nas porções inferolaterais.

Item 5 – Realizou a ausculta pulmonar corretamente.

Fonte: Xavier et al.²⁶.

Posteriormente os alunos do quarto semestre foram avaliados. No semestre anterior, esses alunos não tiveram contato com o *Manual de bolso: semiologia médica* nem com os checklist e os critérios já relacionados no Quadro 1.

Na coleta de dados, aplicou-se um *checklist* utilizado nas aulas regulares do semestre quando os alunos foram avaliados por meio de oficina do OSCE pelos professores que ministram aulas de semiologia médica. Como os alunos selecionados do quarto semestre não tiveram contato com o *Manual de bolso: semiologia médica* durante o seu aprendizado, quando passaram pelo terceiro semestre, deveriam fazer um exame físico de tórax. Por sua vez, os alunos selecionados do terceiro semestre que obtiveram aprendizado teórico com o *Manual de semiologia* realizaram um exame físico de tórax e foram avaliados por um *checklist*.

Após a coleta dos dados, os dois grupos foram comparados e analisados pelo método estatístico t de Student.

Cadastrada na Plataforma Brasil, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Parecer nº 5.822.160 –, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com princípios regidos pelo Código de Nuremberg e de Helsinque. O *Manual de semiologia* foi disponibilizado de forma *on-line* ao grupo de alunos do quarto semestre que não tiveram acesso a ele na ocasião do estudo.

Realizaram-se avaliações com o OSCE no mês de dezembro de 2024, após o início das atividades acadêmicas da UFPA, para os alunos do terceiro e quarto semestres.

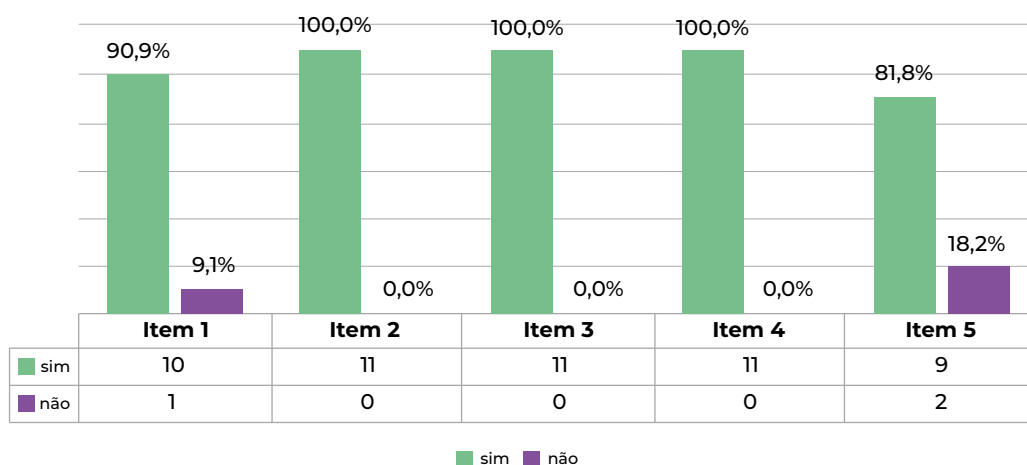
Selecionaram-se voluntariamente 11 alunos do terceiro semestre e dez alunos do quarto, tendo como resultado das avaliações dos itens como satisfatório “sim” ou insatisfatório “não” (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliações dos alunos do terceiro semestre que realizaram o OSCE após a leitura do *Manual de semiologia*

Item avaliado	Sim	%	Não	%
1 – Posicionou-se atrás do paciente, somente uma das mãos, sempre a mesma, espalmada sobre a superfície do tórax, face palmar correspondente ao segundo, terceiro e quarto quirodáctilos.	10	90,9	1	9,1
2 – Solicitou que o paciente pronunciasse “33” comparando regiões homólogas de cima para baixo.	11	100	0	0
3 – Posicionou-se atrás do paciente, ápice, polegares na 7ª vértebra, mão repousando na região supraclavicular.	11	100	0	0
4 – Posicionou-se atrás do paciente, as mãos abraçaram as bases obliquamente, nas porções anterolaterais.	11	100	0	0
5 – Realizou a ausculta pulmonar corretamente.	9	81,8	2	18,2

Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 1. Alunos que realizaram o OSCE após a leitura do *Manual de semiologia*



Fonte: Elaborado pelos autores.

Diante dos resultados apresentados no Gráfico 1, verifica-se que, para o público-alvo desta pesquisa, o *Manual de semiologia* favoreceu o processo de ensino-aprendizagem dos componentes curriculares em questão; nesse caso, a avaliação do exame físico do tórax.

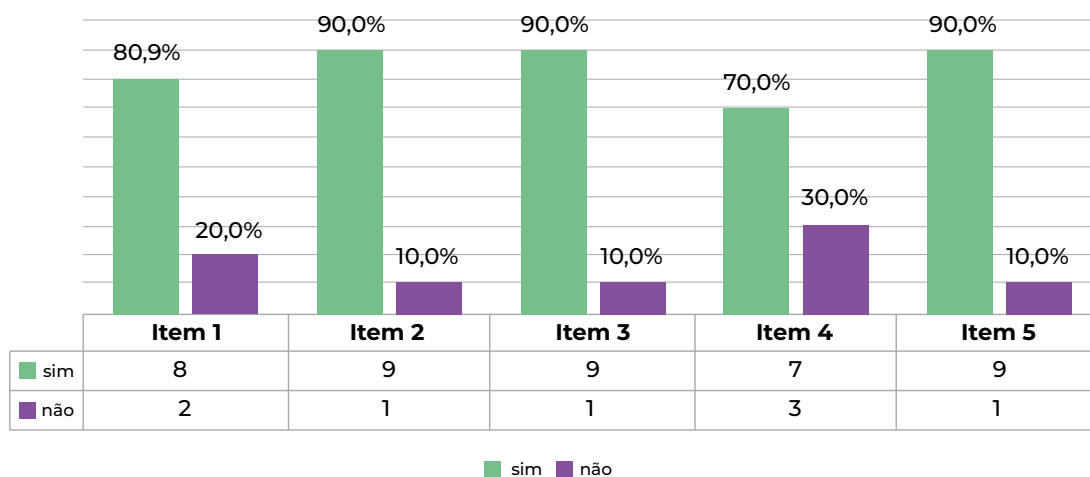
Os alunos do terceiro semestre, após a aprendizagem teórica pelo *Manual de semiologia*, obtiveram os seguintes resultados: na coluna azul com resultado satisfatório e em vermelho insatisfatório – o item 1 com 90,9% de acertos; os itens 2, 3 e 4 com 100% de acertos; e o item 5 com 81,8% de acertos.

Tabela 2. Avaliação dos alunos do quarto semestre que realizaram o OSCE sem a leitura do *Manual de semiologia*

Item avaliado	Sim	%	Não	%
1 – Posicionou-se atrás do paciente, somente uma das mãos, sempre a mesma, espalmada sobre a superfície do tórax, face palmar correspondente ao segundo, terceiro e quarto quirodáctilos.	8	80	2	20
2 – Solicitou que o paciente pronunciasse “33” comparando regiões homólogas de cima para baixo.	9	90	1	10
3 – Posicionou-se atrás do paciente, ápice, polegares na 7ª vértebra, mão repousando na região supraclavicular.	9	90	1	10
4 – Posicionou-se atrás do paciente, as mãos abraçaram as bases obliquamente, nas porções inferolaterais.	7	70	3	30
5 – Realizou a ausculta pulmonar corretamente.	9	90	1	10

Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 2. Alunos que realizaram o OSCE sem a leitura do *Manual de semiologia*



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os alunos do quarto semestre que realizaram a prática sem a leitura do *Manual de semiologia* obtiveram os seguintes resultados: na coluna azul com resultado satisfatório e em vermelho insatisfatório – item 1 com 80% de acertos; os itens 2, 3 e 5 com 90% de acertos; e o item 4 com 70% de acertos.

Tabela 3. Análise comparativa dos dois grupos

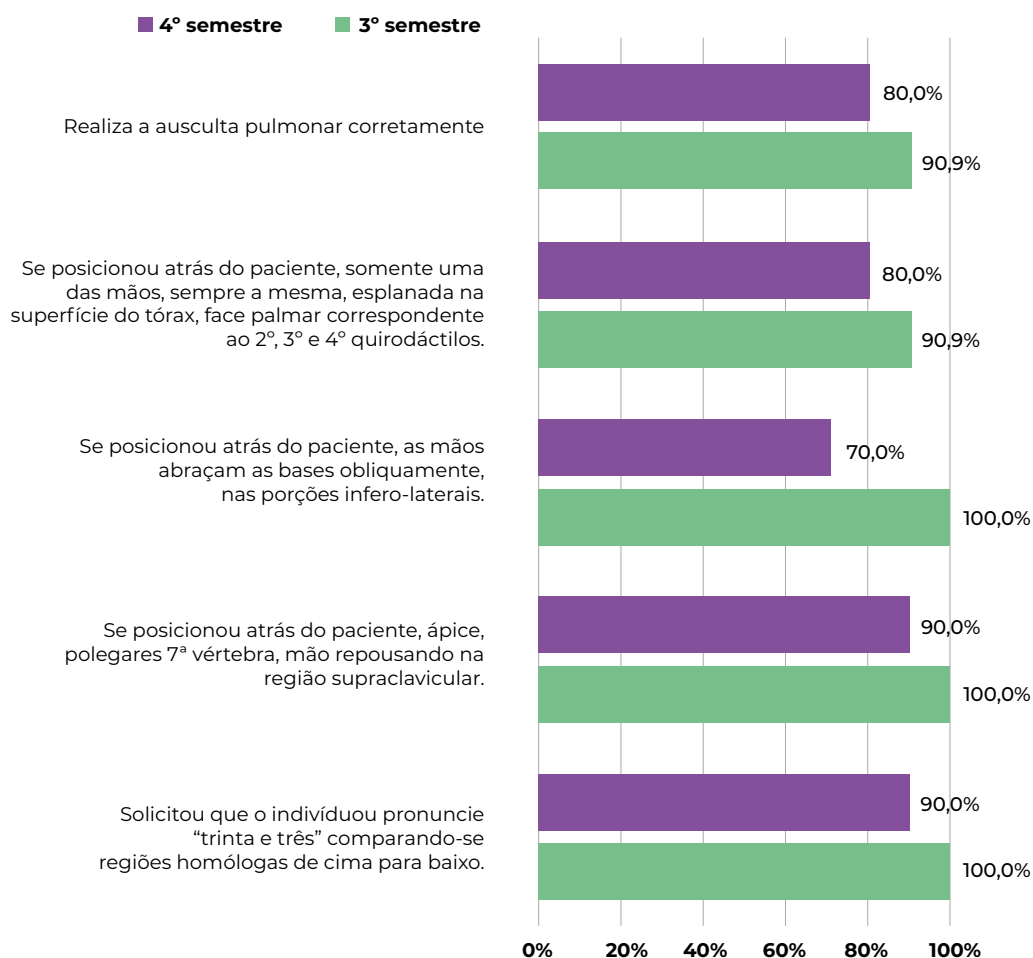
Questões avaliativas	Pontuação alcançada			
	3º semestre		4º semestre	
Solicitou que o paciente pronunciasse “33” comparando regiões homólogas de cima para baixo.	5,5	100,0%	4,5	90,0%
Posicionou-se atrás do paciente, no ápice, com os polegares 7ª vértebra, mão repousando na região supraclavicular.	5,5	100,0%	4,5	90,0%
Posicionou-se atrás do paciente, as mãos abraçaram as bases obliquamente, nas porções inferolaterais.	5,5	100,0%	3,5	70,0%

Posicionou-se atrás do paciente, somente uma das mãos, sempre a mesma, espalmada na superfície do tórax, face palmar correspondente ao segundo, terceiro e quarto quirodáctilos.	5,0	90,9%	4,0	80,0%
Realiza a ausculta pulmonar corretamente.	5,0	90,9%	4,0	80,0%
Total	26,5	96,4%	20,5	82,0%

* $p = 0,0003$ teste t de Student independente.

Fonte: Elaborada pelos autores.

Gráfico 3. Comparativo entre os alunos que tiveram a semiologia orientada pelo manual (terceiro semestre) e aqueles que não tiveram (quarto semestre)



Dez alunos do quarto semestre: quatro do gênero masculino e seis do feminino.

Onze alunos do terceiro semestre: seis do gênero masculino e cinco do feminino.

Fonte: Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A educação médica considera o processo de formação de profissionais da saúde abrangendo desde o ensino das ciências básicas até o treinamento em áreas específicas; área de extrema importância, uma vez que influencia diretamente na qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Dessa forma, a criação e a validação de instrumentos que auxiliam no aprendizado são cruciais para formação médica. Nessas circunstâncias, os manuais vêm sendo importantes porque podem ser utilizados como fonte de informação didática, que sintetiza conhecimentos de diversas áreas e fornece uma visão geral e atualizada sobre determinado assunto³.

Os resultados desta pesquisa mostram que o uso do *Manual de bolso: semiologia médica*, especificamente no capítulo sobre exame físico do tórax, teve um impacto positivo no desempenho dos alunos do terceiro semestre, que tiveram acesso prévio ao material. Esses estudantes alcançaram percentuais de acertos significativamente mais altos em comparação aos alunos do quarto semestre, que não utilizaram o manual como recurso de aprendizagem teórica. Por exemplo, nos itens 2, 3 e 4, os alunos do terceiro semestre obtiveram 100% de acertos, enquanto os do quarto semestre tiveram desempenhos inferiores, com 90%, 90% e 70% de acertos, respectivamente. Esse contraste sugere que o manual contribuiu para uma melhor assimilação do conteúdo teórico, refletindo diretamente na prática clínica. Além disso, o item 5, que apresentou a menor porcentagem de acertos entre os alunos do terceiro semestre (81,8%), ainda foi superior ao desempenho dos alunos do quarto semestre no mesmo item (90%), reforçando a eficácia do material. Esses dados indicam que o manual não apenas facilita a compreensão dos conceitos, mas também potencializa a aplicação prática desses conhecimentos. Contudo, o desempenho inferior dos alunos do quarto semestre, especialmente no item 4 (70% de acertos), pode refletir lacunas na retenção do conhecimento ao longo do tempo ou a ausência de um recurso estruturado para revisão e consolidação do aprendizado. Portanto, os resultados reforçam a importância de ferramentas pedagógicas bem elaboradas, como o manual em questão, para aprimorar o processo de ensino-aprendizagem em semiologia médica, especialmente em etapas iniciais da formação.

O uso de tecnologias caracteriza-se como uma ferramenta emancipatória, sobretudo na possibilidade de mudanças de atitudes e adesão às práticas preventivas, uma vez que favorece a multiplicação de saberes e conhecimentos entre indivíduos quanto ao seu autocuidado, de modo a favorecer o processo de comunicação e orientação de profissionais de saúde, pacientes e comunidade¹².

As TE têm sido inseridas cada vez mais no ensino da área saúde, pois auxiliam no aprendizado das habilidades médicas, com o exemplo de materiais didáticos digitais. Dessa forma, as atividades dinamizadas por essas tecnologias são necessárias para estimular o conhecimento dos alunos e profissionais²⁴.

A opção pelo tema do manual baseou-se na percepção das necessidades dos alunos, já que a densidade de informações presentes nos livros semiológicos muitas vezes dificultava o aprendizado dos estudantes, o que motivou a criação de um material que pudesse auxiliar no processo de ensino-aprendizagem. A partir da escolha do tema e da organização do conteúdo, buscou-se oferecer uma estrutura clara e objetiva, que permitisse aos alunos compreenderem os conceitos de forma mais simplificada e acessível.

Destaca-se o crescente desenvolvimento de estudos voltados para elaboração de TE no campo da saúde, como estratégias que permitem subsidiar a produção do cuidado, de modo a oportunizar uma relação horizontalizada e dialógica entre profissionais e usuários, ressaltando, assim, a relevância desse protocolo, uma vez que, ao trazer um passo a passo de como estruturar a elaboração de tecnologias educativas, oportuniza ao pesquisador elaborar uma tecnologia educativa respeitando o método científico para esse tipo de estudo.

No presente projeto, foi realizada a avaliação por meio da prática em forma de OSCE, em que os alunos realizaram a prática do exame físico de tórax que consta no capítulo 2 do *Manual de semiologia*.

Um estudo passado apresentou como limitação a ausência da validação realizada pelos destinatários do manual. Dessa forma, pretendeu-se, neste estudo, dar continuidade à validação do material educativo, por meio da avaliação realizada pelos estudantes matriculados no terceiro e no quarto semestre do curso de Medicina da UFPA.

O *Manual de semiologia* está sendo aplicado no curso curricular normal de semiologia médica no terceiro semestre do curso de Medicina, após a sua validação pelos profissionais de saúde desde 2024.

O *Manual de semiologia médica do tórax, precórdio e abdome* foi submetido à avaliação de docentes de Medicina e Letras-Português, que atestaram a sua validade de acordo com critérios de objetividade, de organização, de redação, de apresentação visual e de pertinência temática. Em virtude de tais considerações, o manual em questão foi considerado apto para ser utilizado como ferramenta para o aprendizado dos estudantes de Medicina do terceiro semestre da Ufpa. Este estudo foi complementado pela avaliação do aprendizado teórico e prático realizada pelo público-alvo.

Apesar dos resultados positivos que indicam a eficácia do *Manual de bolso: semiologia médica* no processo de ensino-aprendizagem, é importante considerar algumas limitações deste estudo. A amostra foi relativamente pequena, envolvendo apenas 11 alunos do terceiro semestre e dez do quarto, o que pode limitar a generalização dos achados para outros contextos ou outras instituições. Além disso, a avaliação foi restrita ao capítulo sobre exame físico do tórax, não abrangendo outros tópicos essenciais da semiologia médica. Outro ponto a ser destacado é a possível influência do viés do avaliador. Por fim, o estudo não considerou variáveis como o tempo de estudo prévio dos alunos ou a influência de outras fontes de aprendizado. Essas limitações sugerem a necessidade de pesquisas futuras com amostras maiores, diversificação de tópicos avaliados e métodos mais abrangentes para confirmar e ampliar as conclusões deste trabalho.

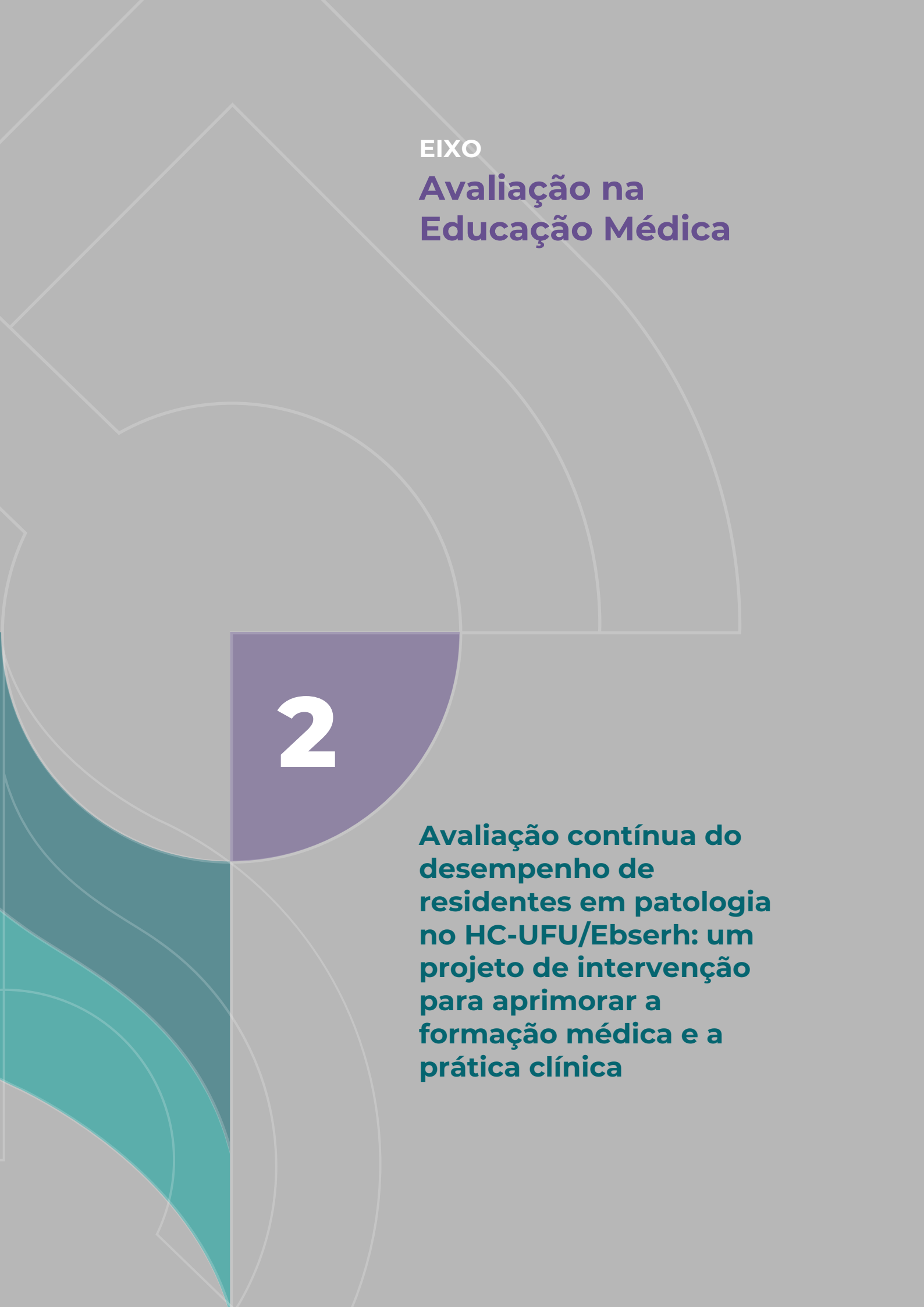
CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Manual de semiologia médica*, no seu capítulo sobre tórax, foi submetido à avaliação de discentes de Medicina do terceiro e quarto semestres, que atestaram a sua validade de acordo com a prática realizada em formato OSCE. Em virtude dos resultados obtidos, o manual em questão foi considerado apto para ser utilizado como ferramenta para o aprendizado dos estudantes de Medicina do terceiro semestre da Ufpa. Dessa forma, o manual não só cumpre sua função como um guia de consulta para os estudantes de Medicina, mas também se torna uma obra coletiva, fruto da participação ativa e engajada de todos os envolvidos no processo de validação. Assim, é esperado que no futuro sejam criados mais instrumentos de educação, com a participação conjunta de discentes e docentes, trazendo benefícios para o processo de ensino-aprendizagem.

REFERÊNCIAS

1. Alexandre NMC, Coluci MZ. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Cien Saude Colet. 2011;16(7):3061-8.
2. Burden A, Pukenas EW. Use of simulation in performance improvement. Anesthesiol Clin. 2017; 36(1):63-74.
3. Carballo MCS, Botelho NM, Andrade MC. Validação do manual "Endocrinologia para o Clínico da Assistência Básica à Saúde". Revista de Medicina. 2020;99(2):109-14.
4. Carvalho IS; Guedes TG; Bezerra SM; et al. Educational technologies on sexually transmitted infections for incarcerated women. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 28, 2020.
5. Costa GPO, et al. Enfrentamentos do estudante na iniciação da semiologia médica. Rev Bras Educ Med. 2018;42(2):79-88.
6. Carvalho DS, et al. Construção de tecnologia educacional para ostomizados: enfoque no cuidado da pele periestoma. Rev Bras Enferm. 2019; 72(2):427-34.
7. Dias B, et al. Ensino remoto emergencial no curso de medicina: reflexões sobre o olhar discente. Intermedius: Revista de Extensão da Unifimes. 2021;1(1):127-33.
8. Franco CAGS, et al. OSCE para competências de comunicação clínica e profissionalismo: relato de experiência e meta-avaliação. Rev Bras Educ Med. 2015;39(3):433-41.
9. Gadelha MMT, et al. The utilization of educational technologies: huge gap between the real and the ideal training processes in nursing education. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2020;12:909-14.
10. Gonçalves MBB, Rabeh SAN, Terçariol CAS. Contribuição da educação a distância para conhecimento de docentes de enfermagem sobre a avaliação de feridas crônicas. (2015). Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(1):122-9.
11. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. London: Sage Publications; 1989.
12. Jesus GJ, et al. Construction and validation of educational material for the health promotion of individuals with HIV. Rev Lat Am Enfermagem. 2020;28:3322. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3748.3322>.
13. Merhy EE. Saúde: cartografias do trabalho vivo. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Nascimento CCL do, et al. Tecnologia educacional para sala de imunização: elaboração de bundle sobre conservação de imunobiológicos. Res Soc Dev. 2020;9(7):1-11.

15. Nespoli G. Os domínios da tecnologia educacional no campo da saúde. *Interface*. 2013;17(47): 873-84.
16. Nietzsche EA, et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):344-53.
17. Oliveira M, et al. Avaliação dos pacientes em relação à presença do estudante de Medicina durante os atendimentos ambulatoriais. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(3):1-8.
18. Paim LMD, Nietzsche EA, Lima MGR. História da tecnologia e sua evolução na assistência e no contexto do cuidado de enfermagem. *Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a)?* Porto Alegre: Moriá; 2014. p. 17-36.
19. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
20. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3748.3322>.
21. Santos SB, et al. Acquired syphilis: construction and validation of educational technology for adolescents. *J Hum Growth Dev*. 2019;29(1):65-74. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157752>.
22. Santos AMD, Lopes R H, Alves KY. A. Análise do conceito “tecnologia educacional” na área da saúde. *Revista Científica em Educação a Distância*. 2022;12(2):e1675.
23. Salvador PTC de O, et al. Construction of hypermedia to support the systematization of the nursing care education. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40:e20180035.
24. Teles LMR, et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6):977-84
25. Teixeira E. Participatory interfaces in methodological research for nursing investigations. *Rev Sick _ UFSM*. 2019;9(e1):1-3. doi: <https://doi.org/10.5902/2179769236334>.
26. Xavier NF, Pires CAA. Manual de bolso: semiologia médica. Belém: Editora Pública Dalcídio Jurandir; 2022.
27. Castro FC. Os temores na formação e prática da medicina: aspectos psicológicos. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(1):38-45.



EIXO

Avaliação na Educação Médica

2

**Avaliação contínua do
desempenho de
residentes em patologia
no HC-UFU/Ebserh: um
projeto de intervenção
para aprimorar a
formação médica e a
prática clínica**

Avaliação contínua do desempenho de residentes em patologia no HC-UFU/Ebserh: um projeto de intervenção para aprimorar a formação médica e a prática clínica

Bruno de Carvalho Dornelas¹ / Iago Resende Carvalho¹ / Juliana Salomão Daud de Melo¹ / Caio Sena de Oliveira¹ / Gustavo Antônio Raimondi¹ /

Roberto Zonato Esteves² (orientador)

bruno.dornelas@ufu.br / iago.r.carvalho@ufu.br / juliana_daud@yahoo.com.br / drcaioosena@gmail.com / gustavo.raimondi@gmail.com / manhabc209@gmail.com

Palavras-chave: Avaliação; Patologia; Residência Médica.

RESUMO

Introdução: O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), desde sua fundação em 1970, tem se destacado como uma referência no Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo uma vasta população com aproximadamente 500 leitos. A Unidade de Anatomia Patológica (Uapat) é essencial para a assistência diagnóstica, o ensino e a pesquisa, formando especialistas em diversas áreas da patologia. O Programa de Residência Médica em Patologia, estabelecido em 1998, enfrenta o desafio da falta de critérios objetivos para a avaliação de desempenho dos residentes. **Objetivo:** Este projeto propõe a implementação de um sistema estruturado de avaliação que considere aspectos formativos e somativos, fundamentado nas diretrizes da Resolução nº 4 da Comissão Nacional de Residência Médica. O objetivo é desenvolver um modelo sistemático que permita autoavaliação e *feedback* contínuo para os médicos em formação. **Método:** A metodologia envolve a criação de um sistema de avaliações técnicas que abranja habilidades práticas, profissionalismo e comunicação para assegurar que os residentes desenvolvam as competências necessárias. As avaliações ocorrerão em ciclos periódicos, com um sistema de monitoramento para fornecer informações sobre o desempenho. **Resultado:** A implementação do sistema de avaliação proporcionará um método eficaz para a avaliação contínua dos residentes. Espera-se que o *feedback* sistemático contribua para a autonomia e melhoria

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil

contínua dos médicos em formação, impactando positivamente a qualidade do ensino. **Conclusão:** O sucesso do projeto dependerá da colaboração entre preceptores, residentes e a equipe técnica, fortalecendo o compromisso com a qualidade na formação médica. Esse sistema não apenas atende às exigências regulatórias, mas também melhora os resultados do aprendizado e a assistência ao paciente, alinhando a prática da residência médica aos padrões de excelência necessários na saúde pública.

INTRODUÇÃO

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), inaugurado em 1970, iniciou suas atividades com 27 leitos como unidade de ensino para o curso de Medicina. Com a Constituição de 1988, tornou-se um importante elo do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo hoje referência regional em urgência, emergência e alta complexidade, com porta aberta 24 horas. Desde 2018, integra a rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), contando com cerca de 500 leitos e atendendo uma população de mais de três milhões de pessoas. Como hospital universitário, serve como ambiente de prática para diversos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação, incluindo residência médica, mestrado acadêmico, mestrado profissional e doutorado, além de desempenhar um papel de destaque no campo da pesquisa.

A Unidade de Anatomia Patológica (Uapat) do HC-UFU/Ebserh desempenha um papel essencial na assistência diagnóstica, no ensino e na pesquisa. Com *expertise* em áreas como patologia cirúrgica, citopatologia, necropsia, imuno-histoquímica, imunofluorescência e patologia molecular, a Uapat destaca-se como um centro formador de especialistas. O Programa de Residência Médica em Patologia data de 1998, oferece duas vagas anualmente e tem duração de três anos. Ao longo desses anos, o programa já contou com 21 residentes. Além disso, atua como cenário de aprendizado para estudantes de cursos técnicos e superiores na área da saúde, promove discussões multidisciplinares e serve como laboratório para atividades de pesquisa.

A ausência de critérios objetivos para a avaliação dos médicos residentes da Uapat, que permitam uma análise sistematizada, contínua e periódica de desempenho com base em conhecimentos, habilidades e atitudes de profissionalismo, tem levado a unidade a concentrar esforços na elaboração de protocolos de avaliação, monitoramento e *feedback* estruturado ao longo dos três anos do Programa de Residência Médica em Patologia. Nesse contexto, destaca-se a importância de resgatar o papel dos preceptores e da equipe técnica da Uapat na avaliação do processo de ensino-aprendizagem.

Com base nessa reflexão, desenvolvemos um projeto de intervenção fundamentado na atualizada Resolução nº 4 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que regula os procedimentos de avaliação dos médicos residentes, e na Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Patologia do Ministério da Educação. A proposta de avaliação aqui apresentada abrange aspectos somativos e formativos, considerando o conhecimento técnico, a tomada de decisão, o profissionalismo, a comunicação, a ética e o comprometimento com o aprendizado. Nesse sentido, o curso de especialização em Competências Pedagógicas para a Preceptorial e Docência desempenha um papel central na implementação dessa proposta de intervenção.

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) é fruto dessas reflexões, uma construção coletiva a partir da identificação de necessidades reais, pactuado entre coordenadores, preceptores e residentes. O objetivo é apresentar uma iniciativa e estruturar um modelo de avaliação de desempenho que contribua para a qualificação do Programa de Residência Médica em Patologia para os médicos residentes da Uapat, alinhado às resoluções vigentes e fundamentado nos princípios de autonomia, diálogo, esperança e mudança.

A Matriz de Competências em Patologia destaca a avaliação de desempenho como um componente crucial na formação médica, que assume especial relevância na residência em patologia. O objetivo primordial da residência é formar patologistas generalistas, capazes de atuar em diferentes contextos regionais com *expertise* e profissionalismo. Para atingir esse objetivo, é fundamental que o programa de residência seja estruturado de forma a desenvolver as diversas competências necessárias para a prática médica, incluindo habilidades técnicas, conhecimento científico, profissionalismo, comunicação interpessoal, aprendizado baseado em prática e atuação em sistemas de saúde¹.

Nesse contexto, a Resolução da CNRM nº 4, de 1º de novembro de 2023, orienta que a implementação de um sistema de avaliação de desempenho eficaz e abrangente torna-se crucial para garantir que os médicos residentes estejam adquirindo as habilidades e conhecimentos necessários para que possam exercer a profissão de forma segura e eficiente. Um sistema de avaliação bem estruturado deve ir além da simples mensuração do conhecimento, buscando avaliar o desenvolvimento de competências em todas as suas dimensões¹.

Assim, a organização de marcos específicos relacionados às habilidades, aos conhecimentos e às aptidões do residente ao longo de um *continuum* tem por objetivo conduzir os programas de treinamento em direção à educação baseada em competências². Outro aspecto importante

destacado na Resolução CNRM nº 4 é a utilização de múltiplos métodos de avaliação. A avaliação do desempenho do residente deve ser contínua e abrangente, considerando diferentes cenários e utilizando instrumentos que avaliem os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo-profissional.

A avaliação de desempenho serve como um guia para o desenvolvimento dos residentes, permitindo que identifiquem seus pontos fortes e áreas que necessitam de aprimoramento. Além disso, um sistema de avaliação transparente e objetivo contribui para a construção de uma cultura de excelência e profissionalismo na prática médica, promovendo a segurança do paciente e a qualidade da assistência¹.

Um dos exemplos práticos mais relevantes de como a avaliação de desempenho é utilizada na formação médica, com foco na residência em patologia, é o conceito de *entrustable professional activities* (EPA), atividades profissionais confiáveis que um residente deve ser capaz de realizar sem supervisão ao final do treinamento³. As EPA representam uma mudança de paradigma na avaliação, com foco em tarefas específicas e observáveis que demonstram a competência do residente. A implementação de EPA em programas de residência exige a definição clara das expectativas de desempenho, o desenvolvimento de ferramentas de avaliação adequadas e a criação de um sistema de *feedback* estruturado^{1,3}.

A Sociedade Brasileira de Patologia (SBP) realiza anualmente um concurso para obtenção do título de especialista em Patologia, reconhecido pela Associação Médica Brasileira. O exame, composto por provas teóricas de microscopia e de macroscopia/autópsia, abrange áreas como patologia geral, patologia especial, patologia cirúrgica, patologia molecular e citopatologia. A aprovação no exame requer um alto nível de proficiência em todas essas áreas⁴.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo educacional, de abordagem qualitativa, com o intuito de elaborar um roteiro de avaliações somativas e formativas, abrangendo: conhecimentos e habilidades técnicas em patologia, e tomada de decisão, profissionalismo, ética, comunicação e relacionamentos, desenvolvido conjuntamente pelos preceptores, pela equipe técnica e pelos médicos residentes atuantes na Uapat do HC-UFU/Ebserh.

A construção do projeto de intervenção teve início em 2024, a partir de discussão entre os profissionais de saúde da Uapat e os tutores envolvidos desse curso de especialização sobre a necessidade de criar um sistema

de avaliação de desempenho para qualificar os médicos residentes em patologia e oportunizar momentos de diálogo sobre os processos de ensino-aprendizagem em seu local de atuação, intervindo assim diretamente na melhoria da assistência à saúde dos usuários desse serviço público.

Revisaram-se as diretrizes e normas pertinentes à avaliação de desempenho na residência médica em patologia. Foi fundamental verificar se os objetivos do projeto eram viáveis e estavam alinhados com os resultados esperados. Esse processo envolveu a discussão dos objetivos com os preceptores, a equipe técnica e os residentes.

Posteriormente, o projeto foi apresentado ao supervisor do Programa de Residência em Patologia para garantir sua aprovação e seu alinhamento com os objetivos do programa. A etapa final dessa fase envolveu a discussão detalhada do projeto com os preceptores, a equipe técnica e os médicos residentes da Uapat, de modo a assegurar que todos os atores compreendessem o propósito e as implicações da nova metodologia de avaliação.

As atividades tiveram início após a construção de um cronograma, a aprovação interna do projeto de intervenção e a seleção de profissionais que atuam na Uapat, com envolvimento direto de preceptores, equipe técnica e médicos residentes. A escolha das ferramentas avaliativas abordadas levou em consideração a Matriz de Competências em Patologia, a Resolução CNRM nº 4, de 1º de novembro de 2023, e os eixos do curso de especialização.

Optou-se por utilizar o modelo da prova de título de especialista em Patologia da SBP para a elaboração das avaliações teórica e prática. A equipe de preceptores foi recrutada para a criação e seleção de testes de múltiplas escolhas nas mais diversas áreas da patologia para um banco de questões. Do mesmo modo, solicitaram-se casos para a avaliação prática de microscopia.

Para a avaliação prática de macroscopia, foi elaborado e validado um instrumento de avaliação no formato de *checklist*, com foco nas competências requeridas. Já para a avaliação atitudinal, optou-se pela avaliação 360 graus.

A fase de implementação prática envolveu um projeto-piloto, com o estabelecimento de todas as atividades planejadas em dois ciclos de avaliação com um intervalo de três meses. Durante essa etapa, realizaram-se atualizações e ajustes conforme surgiam imprevistos ou necessidades específicas identificadas pelos preceptores, pela equipe técnica e pelos residentes. O processo de aplicação do sistema de avaliação foi monitorado para garantir sua efetividade.

Reuniões periódicas têm sido realizadas para discutir os resultados das avaliações e promover ajustes nas práticas pedagógicas. A equipe

de preceptores e a coordenação do programa trabalharam de maneira colaborativa para resolver eventuais desafios e otimizar as atividades conforme necessário, mantendo a flexibilidade para ajustes pontuais.

Finalmente, foi realizada uma revisão geral de todas as etapas do projeto, em que se analisaram o cumprimento dos objetivos estabelecidos, os resultados obtidos e a efetividade das ferramentas de avaliação implementadas. Fez-se uma avaliação final com todos os envolvidos, incluindo preceptores, equipe técnica e médicos residentes, para colher *feedbacks* sobre a experiência e os aprendizados adquiridos. Essa revisão final permitiu identificar pontos fortes e áreas de melhoria, fornecendo uma base sólida para a implementação do sistema de avaliação em ciclos futuros.

Considerando a Resolução nº 4, a frequência mínima pactuada na Uapat foi quadrimestral. Assim, as avaliações serão aplicadas no último dia útil dos meses de fevereiro, junho e outubro.

Além disso, haverá a devolutiva dos resultados das avaliações ao médico residente, em formato de *feedback* estruturado. Esse *feedback* destacará os pontos positivos, bem como as oportunidades e necessidades de melhoria, com o objetivo de promover a autonomia e a proficiência do residente, sempre visando à segurança do paciente. O *feedback* será realizado em até 15 dias após cada ciclo avaliativo.

O projeto de intervenção consistirá em dez testes de múltipla escolha com quatro alternativas para o R1 e mais dez testes adicionais para o R2, totalizando 20 testes (Figura 1). Para o R3, serão mais dez testes adicionais, somando 30 testes no total. O conteúdo abrangerá patologia geral, patologia especial, patologia cirúrgica, patologia molecular e citopatologia, ajustando-se à complexidade de cada um dos três anos de residência.

Figura 1 – Testes de múltipla escolha



Fonte: Elaborada pelos autores.

Consistirá em dez testes de múltipla escolha para cada anonde residência. O residente do terceiro ano fará 30 testes no total.

A avaliação em ambiente laboratorial da prática profissional por meio de observação e interação direta e indireta do desempenho em atividades e procedimentos em patologia estará dividida em microscopia e macroscopia.

Serão seis casos destinados para o R1, dois casos adicionais para o R2, totalizando oito casos, e para o R3, mais dois casos, totalizando dez. Os casos envolverão qualquer material biológico humano, como biópsias, peças cirúrgicas e exames citopatológicos (cervico vaginais, líquidos cavitários e punções aspirativas).

Para cada caso, será possível solicitar a descrição microscópica, a hipótese diagnóstica principal, os diagnósticos diferenciais e/ou as técnicas para melhor elucidação diagnóstica. As questões poderão ser formuladas em formato de testes de múltipla escolha ou discursivas e incluir colorações especiais e lâminas de imuno-histoquímica ou molecular.

As análises dos casos serão realizadas em microscópio óptico com lâminas físicas.

Haverá projeção de imagens de macroscopia de peças de patologia cirúrgica e/ou necrópsias. As questões poderão ser no formato de múltipla escolha ou discursivas. Poderão ser incluídas imagens microscópicas relevantes para cada caso. Serão usadas dez imagens para todos os residentes.

De acordo com as orientações da Resolução nº 4, a nota mínima para aprovação será 7. O residente será considerado aprovado se obtiver média igual ou superior a 7 em todas as três provas. Nos casos em que a média for igual ou superior a 7 em apenas uma ou duas provas, o residente também poderá ser aprovado, desde que a média ponderada final das três provas ($[(\text{teórica} \times 4 + \text{microscopia} \times 4 + \text{macroscopia} \times 2)]/10$) atinja ou supere 7.

A avaliação incluirá a observação direta do preceptor sobre a execução do exame de macroscopia realizada pelo médico residente em biópsias, peças cirúrgicas, necrópsia ou amostras citopatológicas. Serão observados aspectos relacionados à segurança do paciente, ao controle de acidentes biológicos, à qualidade da macroscopia e ao tempo de execução.

A avaliação do desempenho do médico residente será realizada por meio da observação direta e indireta feita pelo grupo de preceptores, pelo supervisor e pela equipe técnica da Uapat. Essa avaliação considerará elementos como responsabilidade, assiduidade, pontualidade, cumprimento de tarefas, atuação na dinâmica do Programa de Residência Médica e colaboração na construção do conhecimento, levando em conta a relevância,

a pertinência e o embasamento científico das informações. Além disso, aspectos concernentes à comunicação e ao relacionamento interpessoal, como a clareza na apresentação das ideias e o respeito, também serão analisados.

O conceito satisfatório será atribuído ao residente cujo desempenho atenda aos critérios de suficiência estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho eficaz para residentes em patologia requer um planejamento cuidadoso e a colaboração entre diferentes atores, incluindo a CNRM, as sociedades de especialidade e as instituições de ensino.

A avaliação de desempenho, como discutido na introdução sobre a importância da avaliação na residência em patologia, desempenha um papel fundamental na formação desses profissionais de saúde. Sua aplicação prática vai além da simples mensuração de conhecimentos, abrangendo a análise de habilidades, atitudes e profissionalismo, com o objetivo de promover o desenvolvimento integral do residente e garantir a qualidade da assistência prestada.

A implementação da avaliação de desempenho contribui para a formação de profissionais mais qualificados e preparados para os desafios da prática médica.

REFERÊNCIAS

1. Eno C, Correa R, Nancy Stewart EH, Jonathan Lim D, Elizabeth Westerman M, Holmboe ES, et al. Milestones guidebook for residents and fellows. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education ; 2020.
2. Gardner AK, Scott DJ, Choti MA, Mansour JC. Developing a comprehensive resident education evaluation system in the era of milestone assessment. J Surg Educ. 2015 July 1º;72(4):618 -24.
3. Bryant BH, Anderson SR, Brissette M, Childs JM, Gratzinger D, Johnson K, et al. Leveraging faculty development to support validation of entrustable professional activities assessment tools in anatomic and clinical pathology training. Acad Pathol. 2024 Apr 1º;11(2).

4. Sociedade Brasileira de Patologia. Informações para o concurso do título de especialista. São Paulo: SBP ; 2024 [acesso em 12 ago 2024]. Disponível em: <https://www.sbp.org.br/titulo-de-especialista/informacoes-para-o-concurso/>.



EIXO

Tecnologia Educacional

3

**Guia de comunicação:
tecnologia leve para o
ensino de habilidades
comunicacionais na
formação médica**

Guia de comunicação: tecnologia leve para o ensino de habilidades comunicacionais na formação médica

Sandro Bichara Mendonça¹ / Lia Márcia Cruz da Silveira² / Roberto Zonato Esteves³ (orientador)

sandro.bichara@gmail.com / manhabc209@gmail.com / liadasilveira@gmail.com

Palavras-chave: Medicina; Habilidade de Comunicação; Guia de Comunicação.

RESUMO

Introdução: A comunicação efetiva na formação médica é entendida como um processo pelo qual são trocadas entre estudantes de Medicina e pacientes, de forma verbal e não verbal, informações relacionadas com as condições biográficas sociais e clínicas dos pacientes. Nesse processo, não se deve excluir a forma digital. A atenção, o respeito, a cordialidade, a sensibilidade, a empatia, a transparência, a clareza, a coerência, a consistência, a concordância e o *feedback* bidirecional devem permear essa comunicação. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina de 2014 situam a habilidade de comunicação como uma das bases da formação do graduando. Há, em muitas escolas médicas, diferentes compreensões acerca do conceito de comunicação clínica efetiva e qual seria a melhor forma para o seu ensino-aprendizagem. Os guias de comunicação têm sido apontados por vários estudos como instrumentos (tecnologias leves) com bons resultados na proposta do ensino aprendizagem ativa da habilidade de comunicação efetiva para os futuros médicos. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo elaborar um guia de comunicação efetiva que ofereça uma tecnologia leve para as práticas didáticas relacionadas com o processo ativo de ensino-aprendizagem na formação e prática médica. **Método:** Realizou-se uma revisão bibliográfica no portal regional da BVS, visando responder à seguinte pergunta: “Como melhorar a habilidade de comunicação efetiva

¹ Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

dos estudantes de Medicina?”. Utilizaram-se seguintes os descritores e operadores: competência clínica AND comunicação AND estudantes de medicina AND inquéritos e questionários AND instance: “lilacsplus” AND instance: “lilacsplus”; medicina AND inquéritos e questionários AND comunicação acadêmica AND competência clínica AND instance: “lilacsplus”; inquéritos e questionários AND comunicação AND estudantes de medicina AND instance: “lilacsplus”. **Resultado:** Encontraram-se 62 artigos e cinco guias de comunicação com muito boa aplicabilidade na formação médica. Considerando a experiência pessoal prática docente num hospital-escola e um estudo dos guias encontrados, foi elaborado um guia de comunicação efetiva. **Conclusão:** A aplicabilidade desse constructo pelos docentes nos demais cenários de formação médica poderá contribuir para o aprimoramento da sua eficácia no ensino aprendizagem ativo da habilidade de comunicação efetiva.

INTRODUÇÃO

Para Paulo Freire, a comunicação é uma condição essencial dos seres humanos. Sem ela o conhecimento humano seria impossível, pois a construção cultural e histórica da realidade humana depende da “intercomunicação” e da “intersubjetividade” fundamentadas na dialogicidade. Assim, o(a) educador(a) que tenha como objetivo ampliar as perspectivas e possibilidades para afirmação do(a) educando(a) como pessoa no mundo, por meio da reflexão e atuação sobre a realidade, deve problematizar o mundo de forma dialógica e solidária¹.

No passado, a formação médica era centrada no(a) professor(a) e num modelo biomédico focado na doença, limitando a participação ativa dos(as) estudantes e das pessoas sob cuidados clínicos. A partir da década de 1970, estudos mostraram que, no modelo biopsicossocial da formação e assistência médica, há a participação ativa dos(as) estudantes e pacientes. Os(as) estudantes valorizam e exercitam a escuta ativa, empática, compassiva, atenta, compreensível e capaz de estimular atitudes que possam, dentro das possibilidades, resolver, amenizar ou confortar os problemas de saúde e os sofrimentos nas diferentes dimensões humanas identificados nos(as) pacientes, conforme as singulares narrativas destes(as), de modo que possam expressar suas condições clínicas, seus desejos e suas expectativas. Desde a consulta inicial e durante o percurso terapêutico, há o respeito ao direito de autonomia dos(as) pacientes no processo de construção da relação profissional entre o(a) estudante de Medicina, o(a) profissional da saúde e os(as) pacientes, gerando melhores resultados clínicos durante os processos diagnóstico e terapêutico^{2,3}.

Na década de 1990, surgiu o modelo do cuidado clínico centrado nas relações. Reconheceu-se que as relações tecidas em cada momento do cuidado destinado à saúde influenciam-se reciprocamente. Cada pessoa envolvida na relação médica assistencial traz consigo suas subjetividades, histórias de vida e personalidades, e consideram-se as emoções, as interpretações, as perspectivas, as necessidades, os saberes, os valores e as expectativas de cada indivíduo. O(a) médico(a) deve ter consciência sobre como as subjetividades nas relações com as pessoas envolvidas nos cuidados clínicos influenciam o desfecho clínico do cuidado^{4,5}.

O conhecimento construído sobre as relações entre os processos e os componentes da comunicação efetiva nos cuidados clínicos e sobre a importância do seu ensino na formação médica contribuiu para o desenvolvimento de consensos e guias para o ensino de comunicação na formação médica⁶⁻⁸.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina de 2014 situam a habilidade de comunicação como uma das bases da formação do graduando⁹.

Estudos mostram que o ensino dessa habilidade se dá de forma heterogênea nas escolas médicas. Em muitas escolas médicas, o ensino da habilidade de comunicação efetiva não acontece longitudinalmente, e não se utilizam guias específicos como ferramentas didático-pedagógicas. Sabe-se que o uso de guias de comunicação facilita e homogeneiza esse aprendizado¹⁰.

A habilidade de comunicação efetiva pode ser definida como a interação entre pessoas, profissionais de saúde e familiares de modo a realizar uma troca de informações em que todas as partes passem a ter o mesmo entendimento sobre a natureza do problema, estabeleçam um acordo sobre as medidas a serem tomadas e se sintam acolhidas e entendidas em suas necessidades¹¹.

A comunicação efetiva permite que o(a) paciente expresse de forma verbal e não verbal (apresentação, postura, contato visual, expressões faciais, sons emitidos durante a conversa e gestos corporais com as mãos ou pernas seriam os modos de comunicação não verbal mais vigentes nas consultas médicas) pensamentos, dúvidas, sentimentos, desejos e expectativas para um(a) profissional da saúde capacitado(a) na escuta empática e compassiva, de modo a compreendê-lo em suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Há a construção sustentável de uma relação médico(a)- paciente mais confiável, na medida em que há encorajamento do(a) paciente para que lhe façam perguntas, que devem ser respondidas por meio de uma linguagem

clara, compreensível, com ética e respeito à sua condição cultural e vulnerável. Nessa relação, é imprescindível dissipar dúvidas, minimizar a insegurança, o medo, a tristeza, a ansiedade e a baixa autoestima, e fortalecer o otimismo e a esperança do(a) paciente por melhores possíveis momentos^{12,13}.

Assim sendo, com pensamentos e sentimentos mais otimistas, há melhor modulação positiva da imunidade do(a) paciente. Além disso, com a proposta terapêutica baseada em evidências científicas, há maior possibilidade de cura. Quando a cura não for possível, deve-se definir uma trajetória clínica mais confortável nas dimensões física, mental e espiritual, pois o(a) paciente, ao entender de forma mais clara a própria doença, os fatores que a pioram ou melhoram e as possibilidades terapêuticas, mostra melhor aceitação e adesão ao plano multidisciplinar de cuidados e tratamentos. Numa perspectiva geral, a comunicação efetiva favorece desde o estabelecimento sustentável de uma relação médico(a)-paciente ética e confiável, o percurso por uma vivência terapêutica mais humanizada e otimista, até um desfecho clínico mais equilibrado, proporcional às condições clínicas diagnósticas e sociais singulares de cada pessoa doente^{13,14}.

Há uma crença infundada de que bem se comunicar é uma habilidade inata e não algo que pode ser desenvolvido com estudo teórico-prático. Os estudos orientam que o ensino dessa habilidade deve acontecer de forma transversal, permeando toda a formação médica – na graduação, residência médica e educação continuada do profissional médico. Além disso, deve-se dar de forma estruturada, com o objetivo de manter alguma uniformidade no processo de graduação médica. A dificuldade no domínio dessa habilidade acarreta ao(à) estudante de Medicina e ao (à) futuro(a) médico(a) dificuldade de sua efetivação prática assistencial diante dos(as) pacientes. A literatura mostra que o ensino da habilidade de comunicação efetiva na formação do(a) estudante de Medicina ainda necessita de melhor atenção¹¹.

Dentre os guias de comunicação criados para padronizar e facilitar o ensino da habilidade de comunicação nas escolas médicas, a maior parte apresenta uma estrutura geral semelhante. Em geral, buscam melhor ensinar ao estudante de Medicina na prática assistencial a habilidade de comunicação efetiva, o que é seguido de uma avaliação formativa em espaço protegido. Porém, não há um guia de comunicação padronizado que possa ser aplicado em todas as escolas médicas, principalmente quando se consideram a diversidade de cenários culturais em que as escolas estão inseridas e algumas das suas particularidades, como a qualificação docente e a infraestrutura operacional¹⁵.

Dessa forma, há, em muitas escolas médicas, diferentes compreensões acerca do conceito de comunicação efetiva e qual seria a melhor forma para

a sua articulação teórico-prática entre docentes e discentes. É necessário ainda pensar em novos processos e revisar as estratégias pedagógicas e didáticas relacionadas com o processo de ensino-aprendizagem, de modo a orientar, motivar e oferecer *feedbacks* em tempo real aos(às) estudantes de Medicina, durante as suas práticas acadêmicas assistenciais no que concerne à habilidade de comunicação efetiva¹⁶.

Portanto, deve-se avançar com novos estudos que investiguem novas estratégias pedagógicas e didáticas sistematizadas e transversais, com o intuito de oferecer aos(às) estudantes de Medicina e aos (às) profissionais da saúde novas oportunidades para melhor desenvolvimento da habilidade de comunicação efetiva. Os guias de comunicação têm sido apontados por estudos como uma tecnologia leve e eficaz para o ensino ativo da habilidade de comunicação efetiva. Trata-se de ferramentas e métodos de ensino-aprendizagem utilizados durante a formação médica que envolvem ativamente os(as) estudantes nas práticas de comunicação efetiva com os(as) pacientes e os(as) demais profissionais da saúde, nos cenários supervisionados de práticas médicas assistenciais, com *feedbacks* formativos oferecidos pelos(as) docentes em tempo real¹⁷.

A habilidade de comunicação – interação dialógica mútua, respeitosa e construtiva, mediada por exemplos práticos entre educador(a) e educando(a) – deve acontecer durante a formação médica. Essa relação favorece uma gradativa estruturação da relação acadêmica mais humana, horizontal entre professor(a) e estudante, cujo objetivo é formar nos(as) graduandos(as) uma consciência sustentável da real importância social dos diversos saberes médicos teóricos e das práticas médicas assistenciais desenvolvidas durante a formação médica. Dessa forma, além de profissionais da saúde competentes, eles/elas se tornam confiáveis e adquirem maior engajamento social, transformam-se em agentes sociais promotores de condições sociais mais justas, favorecedoras de uma saúde pública de melhor qualidade para todos¹⁸.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Realizou-se uma revisão bibliográfica no portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com o propósito de responder à seguinte pergunta: “Como melhorar a habilidade de comunicação efetiva dos estudantes de Medicina?”. Utilizaram-se os seguintes descritores e operadores: competência clínica AND comunicação AND estudantes de medicina AND inquéritos e questionários AND instance: “lilacsplus” AND instance: “lilacsplus”; medicina AND inquéritos e questionários AND comunicação acadêmica AND

competência clínica AND instance: "lilacsplus"; inquéritos e questionários AND comunicação AND estudantes de medicina AND instance: "lilacsplus".

Identificaram-se 62 artigos e cinco guias de habilidades de comunicação utilizados na formação e prática médica: *A consulta em 7 passos*, "MAAS 2.0", "SEGUE Framework", *Four Habits Coding Scheme – 4HCS* e "Guia para a Entrevista Médica de Calgary-Cambridge – Processo de Comunicação" (*Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview – Communication Process*).

Os guias de comunicação em saúde identificados apresentam facilidade de uso entre docentes e discentes na formação médica²³.

Após identificação dos guias, realizou-se um estudo desses instrumentos apresentado logo a seguir. E após o estudo, ainda considerando a experiência pessoal prática docente num hospital-escola, foi elaborado um guia de comunicação efetiva.

A consulta em 7 passos, divide a consulta em três fases e em sete passos dentro dessas fases. A primeira fase, chamada fase inicial, corresponde à preparação e aos primeiros minutos da consulta (local adequado e acolhimento do paciente). A segunda fase, considerada intermediária, abrange as etapas de exploração, avaliação e planejamento da agenda de condutas clínicas com o paciente. A última final se ocupa do encerramento (resumo da consulta e esclarecimento das dúvidas finais do paciente) e da reflexão final (autocrítica reflexiva sobre as condutas adotadas pelo(a) médico(a) durante a consulta). A organização em três fases e sete passos pode parecer fragmentária. O instrumento se concentra na singularidade de cada pessoa. Ao mesmo tempo, orienta atenção à *performance* do(a) profissional da saúde e aos aspectos clínicos, como acontece a relação médico(a)-paciente e no contexto em que tudo ocorre. Porém, tem objetivos de treino e de aprendizagem ativa de modo a aperfeiçoar as atitudes e os comportamentos clínicos na consulta.

O MAAS Global (*Maastricht History-taking and Advice Scoring List*) é um instrumento internacionalmente amplamente utilizado na educação médica: graduação, residência médica e educação profissional continuada. Com boas propriedades psicométricas, esse guia permite a avaliação da consulta subdividida em três seções: habilidades de comunicação, condutas clínicas e uma parte subsequente para *feedbacks*.

Uma atualização do MAAS Global, MAAS 2.0, foi publicada em março de 2021. Com a revisão, o instrumento passou a focar mais questões centradas no paciente, o seu contexto social e aspectos clínicos gerais. A escala utilizada

para a avaliação foi modificada, passando a utilizar uma faixa de avaliação formativa sem classificação por série.

Com a estrutura SEGUE, a consulta ocorre em cinco partes, conforme o acrônimo SEGUE: arrumar o espaço (*set the stage*), extrair informação (*elicit information*), dar informação (*give information*), entender a perspectiva do paciente (*understand the patient's perspective*) e terminar o encontro (*end the encounter*).

Entre as 25 tarefas das cinco divisões iniciais, 17 são de conteúdo de comunicação, sendo as outras oito processuais.

O Modelo dos Quatro Hábitos – 4HCS – é uma adaptação transcultural da versão alemã. Contém 23 itens divididos em quatro domínios que descrevem e medem comportamentos médicos, classificados numa escala Likert de cinco níveis de desempenho. Apresenta uma forma organizada de pensar e agir numa consulta médica centrada na pessoa: (1) investir no início (seis itens); (2) obter a perspectiva do(a) paciente (três itens); (3) demonstrar empatia (quatro itens); (4) investir no final (dez itens).

No processo de adaptação transcultural para uso brasileiro, o processo de tradução realizado seguiu os estágios: independente, reconciliação, retrotradução, revisão pelo autor, revisão independente, versão de consenso pela técnica Delphi, revisão por um coordenador de linguagem, revisão por coordenador linguístico e pré-teste. Durante o pré-teste, três observadores independentes avaliaram quatro consultas médicas realizadas por estudantes e residentes de Medicina que foram gravadas em um cenário de atendimento real. Os revisores tiveram dificuldades em chegar a um consenso sobre traduções de expressões referentes à compreensão da pessoa como um todo, tais como: *engage in small talk*, *expansion of concerns*, *elicit full agenda*, *use patient's frame of reference* e *explore plan acceptability*. O 4HCS brasileiro é um instrumento cultural, conceitual, semântico e operacionalmente sólido. Pode representar um avanço na formação médica brasileira, com relação ao ensino-aprendizagem da habilidade de comunicação centrada na pessoa.

O Guia de Comunicação Calgary Cambridge, melhora a forma como a habilidade de comunicação é inserida no currículo médico e exercitada no cotidiano das atividades acadêmicas médicas assistenciais. Orienta uma comunicação objetiva, concisa e compreensível pelo(a) paciente, de modo a evitar jargões médicos. A elaboração de resumos clínicos parciais verbalmente apresentados pelo(a) formando(a) em Medicina ao paciente, favorecendo gradualmente o esclarecimento e o entendimento do(a) paciente quanto ao seu diagnóstico e às possibilidades terapêuticas.

Por meio de etapas, orienta o(a) estudante na condução da consulta médica com o(a) paciente. Indica inicialmente a adequada estruturação do local em que acontecerá a consulta e apresenta orientações sobre a introdução da consulta, o seguimento com coleta de dados, a realização do exame físico, informações compreensíveis acerca do diagnóstico e do plano terapêutico de forma consensual.

Esse instrumento ressalta na fase inicial da consulta médica, estratégias para o bom estabelecimento de uma relação confortável com o(a) paciente. Nessa etapa, consideram-se a postura, o tom de voz, a forma de apresentação, o interesse pelo conforto do(a) paciente, perguntas iniciais abertas que permitam ao(a) paciente expressar o motivo da consulta; escuta ativa do(a) estudante quanto à narrativa do(a) paciente, no que concerne às suas condições biográficas e sociais; as suas condições clínicas relacionadas com o seu processo saúde-doença.

O instrumento orienta o processo gradual de encerramento da consulta. Nesse momento, ele propõe que o(a) médico(a) extraia do paciente o desejo de expressar novas dúvidas referentes à atual condição clínica, a satisfação com as orientações e esclarecimentos terapêuticos apresentados, de modo a sugerir uma agenda consensual de seguimento conjunto, sujeito a revisões e ajustes de condutas na trajetória terapêutica, visando à cura do(a) paciente sempre que possível ou à melhor possível sobrevida com a manutenção da sua capacidade funcional nas relações familiares e sociais. Dessa forma, estimula no(a) paciente o desejo de manter o propósito existencial e as metas por novos possíveis projetos que lhe permitam sentir significado existencial, otimismo, esperança por possíveis reais novos melhores momentos, fortalecendo a relação de confiança com o(a) seu/sua médico(a) e a equipe médica assistencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os guias identificados neste estudo são bastante citados na literatura como instrumentos que contribuem significativamente para o ensino de habilidades de comunicação na formação médica¹⁵.

Os cinco guias favorecem o ensino de habilidades de comunicação efetiva nos diferentes níveis da formação e atuação profissional médica. Entretanto, os guias *A consulta em 7 passos* e o “MAAS Global 2000 e o 2.0” mostram estruturas adequadas para a formação e qualificação médica profissional nos cenários de práticas que não sejam os hospitais-escolas. A literatura sinaliza o uso desses guias para o ensino da habilidade de comunicação efetiva no contexto de atenção primária à saúde.

O ensino sobre o provimento da estrutura da entrevista, consulta médica, é um diferencial significativo do Guia Calgary-Cambridge porque favorece o aprendizado ativo pelo(a) estudante de Medicina acerca da importância da organização das diferentes etapas e do ritmo da consulta.

O provimento da estrutura da consulta favorece diretamente o início adequado de uma comunicação médica efetiva em espaço protegido bem organizado, sobretudo com relação aos quesitos higiene, luminosidade, climatização, privacidade e infraestrutura mínima necessária para o melhor possível acolhimento confortável e seguro do paciente. Ainda nesse contexto, consideram-se o bom registro da história biográfica social e clínica do(a) paciente e o bom rendimento das diferentes atividades realizadas pelo(a) profissional de saúde com o(a) paciente, de modo a fortalecer a estruturação confiável, segura e dentro das possibilidades – resolutive – numa desejável competente relação médico-paciente.

Nos guias, há ainda orientações sobre o bom uso do tempo da consulta com estratégias para melhor entendimento pelo(a) paciente das questões clínicas abordadas, sobre a realização periódica de resumos clínicos que registram os diferentes momentos da consulta e sobre as estratégias da comunicação verbal, de modo a sinalizar os avanços com novas questões clínicas e dar conformação a uma comunicação efetiva com coerência, consistência e clareza compreensiva, conforme o diagnóstico clínico e as demandas mencionadas pelo(a) paciente.

Quanto à forma de coleta dos dados biográficos sociais e clínicos numa consulta médica (a contextualização social da pessoa doente) utilizando uma comunicação efetiva, recomenda-se evitar o uso de jargões médicos e esclarecer logo que possível as expressões que possam gerar dúvidas. É imprescindível utilizar questões compreensíveis abertas, seguidas de escutas atentas e empáticas no que concerne às respostas do(a) paciente, com atenção à comunicação não verbal que usualmente permeia as entrevistas e as consultas médicas (expressões faciais, olhares, movimentos labiais, gestos de mãos, dentre outros), além de seguimento da comunicação com expressões, novos questionamentos que inspirem o(a) paciente a seguir com suas informações que possam melhor esclarecer sua real condição clínica e existencial (potencialidades e vulnerabilidades).

A formalização dos resumos clínicos que abrangem as questões biográficas, sociais e clínicas diagnósticas, terapêuticas e outras conversadas entre o(a) profissional da saúde e a pessoa doente, seguida dos novos questionamentos apresentados pelo(a) estudante e pelo (a) profissional da saúde que investiguem o desejo de a pessoa doente expressar novas dúvidas, desejos ou expectativas ainda não bem esclarecidos, finaliza o encontro clínico.

O planejamento e o compartilhamento consensual de uma agenda que contenha as condutas a serem seguidas, as trocas de contatos e as orientações sobre como proceder, caso haja eventuais intercorrências clínicas, também fortalecem a confiança, segurança e demonstração de profissionalismo tanto pelo(a) estudante de Medicina quanto pelo(a) profissional de saúde. Trata-se de características potentes de uma comunicação efetiva numa consulta médica que muito fortalecem as chances de melhores desfechos clínicos, dentro das possibilidades.

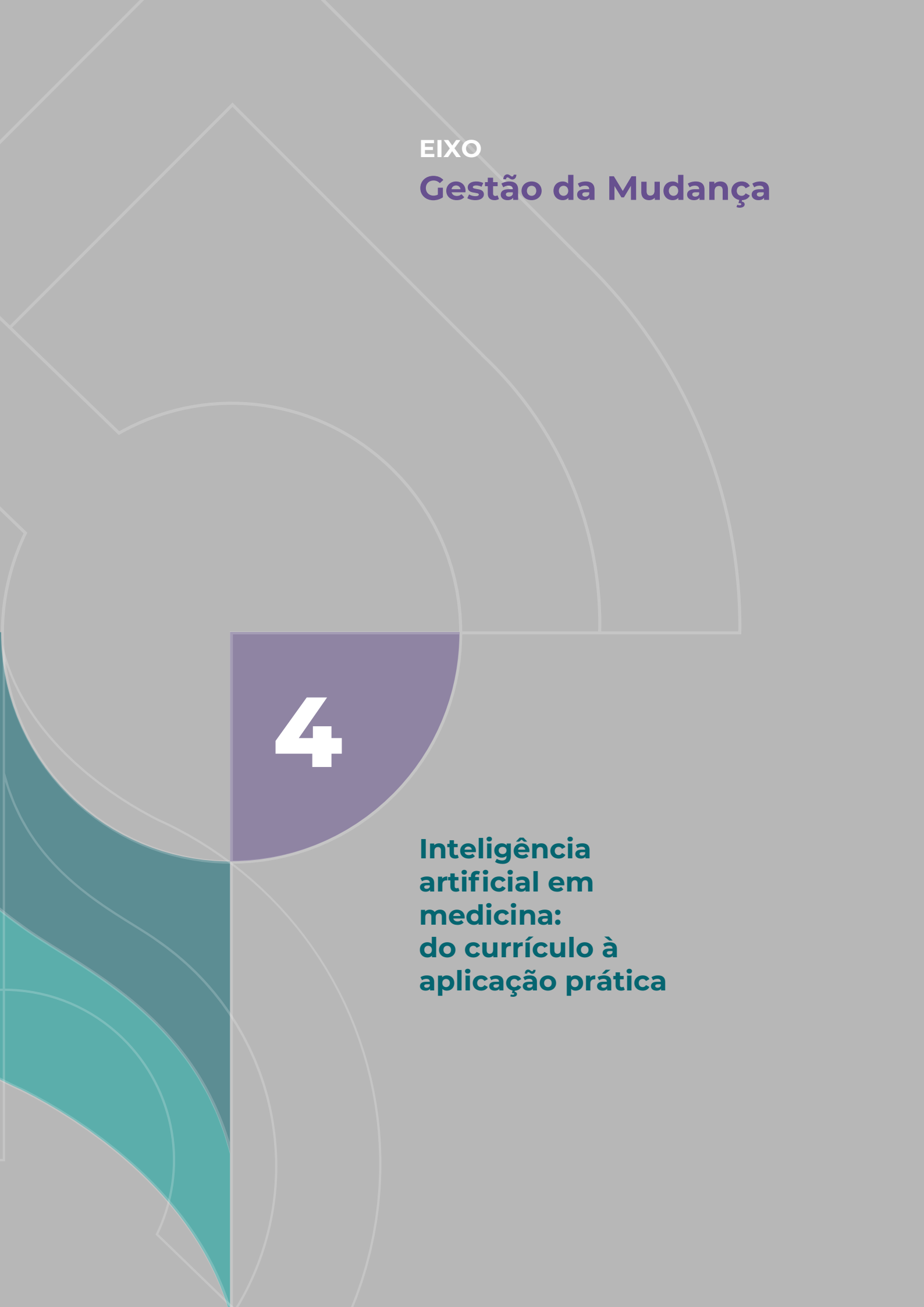
Uma autorreflexão crítica sobre os diferentes os momentos da consulta e os registros realizados descrevendo os aspectos percebidos e compreendidos nas diferentes dimensões humanas da pessoa doente (biopsicossocial e espiritual), na sua subjetiva vivência numa trajetória de portador(a) de doença ameaçadora da vida, permite ao(à) estudante de Medicina e ao(à) profissional da saúde pensar sobre os pontos positivos e aqueles que necessitam ajustes nas suas próximas semelhantes atividades assistenciais envolvendo a comunicação efetiva. Essa autorreflexão ainda possibilita um registro mais preciso de condutas clínicas terapêuticas orientadas por problemas relacionados com o(s) diagnóstico(s) que seriam recomendadas para cada paciente sob seus cuidados profissionais.

Com base nas vivências como docente num hospital-escola, em que se identificaram demandas por melhores compreensões acerca do conceito de comunicação efetiva e qual seria a melhor forma para a sua articulação teórico-prática com os discentes – estudos de artigos sobre o tema e ensino-aprendizagem ativo da habilidade de comunicação efetiva na formação médica – sem a pretensão de esgotar as reflexões e as discussões sobre as estratégias ativas de ensino-aprendizagem, sistematizadas sobre habilidade de comunicação efetiva na formação médica, desenvolveu-se um guia de comunicação efetiva <https://encurtador.com.br/1oExd> como proposta de instrumento visando otimizar a aprendizagem ativa da habilidade de comunicação efetiva pelos(as) estudantes de Medicina, durante as diferentes etapas da formação médica. Trata-se de uma tecnologia leve para melhor aprendizado ativo em espaço protegido, seguido de *feedback* formativo com relação à habilidade de comunicação efetiva. O possível uso do constructo desse trabalho pelos pares nas escolas médicas poderá contribuir para o aprimoramento da sua eficácia no ensino-aprendizagem ativo da habilidade de comunicação efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Freire P. Extensão ou comunicação? São Paulo: Paz e Terra; 2014.
2. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci*. 1978;310(1):169-81.
3. Rogers CR. The foundations of the person-centered approach. *Education*. 1979;100(2):98-107.
4. Suchman AL. A new theoretical foundation for relationship-centered care. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl 1):S40-4.
5. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl1):S3-8.
6. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 2008;42(11):1100-7.
7. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, et al. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):18-26.
8. Garcia de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):1-16
9. Brasil. 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*; 2014.
10. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002;325(7366):697-700.
11. Rios IC. Comunicação em medicina. *Revista de Medicina*. 2012;91(3):4.
12. Ghosh AK, Joshi S, Ghosh A. Comunicação eficaz entre paciente e médico: uma revisão concisa. *J Assoc Physicians India*. 2020; 68(6):53-7.
13. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P. Confiança e comunicação em um relacionamento médico-paciente: uma revisão de literatura. *J Health Commun*. 2018.
14. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Oxford: Radcliffe; 2016.

15. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*. 2005;37(3):184-92.
16. Lima AGP, Pio DAM, Nonato, et al. Clinical communication in medical practice internship: articulating the skill to an integrated and competence-oriented curriculum. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(3):e134.
17. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ*. 2006;40(7):624-9.
18. Parenti Filha TMS, Lima TM, Jrônimo RCGF, et al. Educação dialógica: Paulo Freire e as contribuições para a prática pedagógica. *IOSR Journal of Business and Management*. 2025;27(1):01-04.
19. Dohms MC, Collares CF, Tiberio I C. Brazilian version of Calgary-Cambridge Observation Guide 28-item version: cross-cultural adaptation and psychometric properties. *Clinics*. 2021;76:e1706.
20. Ramos V. A consulta em 7 passos: execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar. Lisboa: VFBM Comunicação; 2008.
21. Stamer T, Essers G, Steinhäuser J, Flägel K. From summative MAAS Global to formative MAAS 2.0 – a workshop report. *GMS J Med Educ*. 2023 Feb 15;40(1):Doc9.
22. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45(1):23-34.
23. Catani RR, Valadares E dos S, Lacombe JB, Mendonça TM da S, Silva CHM da, Paro HBM da S. Cross-cultural adaptation of the Four Habits Coding Scheme (4HCS) for teaching and assessing patient-centered communication skills in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(11):e00013918.
24. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*. 2005;37(3):184-92.



EIXO

Gestão da Mudança

4

**Inteligência
artificial em
medicina:
do currículo à
aplicação prática**

Inteligência artificial em medicina: do currículo à aplicação prática

Isabela Thomaz Takakura Guedes¹ / Luiz Stephany Filho¹ / Aristides Augusto Palhares Neto² (orientador)

isabelatakakura@gmail.com / aristides.palhares@unesp.br /
luizstephany@hotmail.com

Palavras-chave: Educação Médica; Inteligência Artificial; Currículo em Medicina.

RESUMO

Introdução: As instituições de ensino se surpreenderam com o lançamento de ferramentas que utilizam inteligência artificial generativa (IAGen) em novembro de 2022. Alguns estudos com o uso de *machine learning* vêm sendo realizados na área de educação médica, porém ainda temos muito a caminhar nesse sentido, pois incorporar a instrução de IA e sua aplicação em um cenário do mundo real é um desafio enfrentado pela comunidade médica acadêmica. **Objetivo:** Sendo assim, o objetivo do estudo é implementar um módulo eletivo sobre IA aplicada à medicina no curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), tendo como foco as seis competências sugeridas na literatura para o estudante de Medicina nessa área: 1. conhecimento básico de IA; 2. implicações sociais e éticas da IA; 3. encontros clínicos aprimorados por IA; 4. avaliação baseada em evidências de ferramentas baseadas em IA; 5. análise de fluxo de trabalho para ferramentas baseadas em IA; e 6. aprendizagem e melhoria baseadas na prática em relação às ferramentas baseadas em IA. **Método:** O módulo foi construído com o auxílio de um professor da área de tecnologia da Unifor e de alunos dos cursos de Medicina e da Computação/Tecnologia da mesma instituição. Será realizada uma pesquisa quantitativa e qualitativa de intervenção com os alunos do sétimo semestre do curso de Medicina da Unifor, que, por escolha, serão submetidos à participação de um módulo eletivo, também chamado de “trilha” sobre “Inteligência artificial em medicina”, composta por carga horária de 36 horas, com 20 vagas ofertadas. A avaliação do módulo será feita por meio de avaliações ao final de cada aula com o *feedback* “Que bom!”

¹ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Que pena! Que tal?” e um formulário eletrônico ao final do módulo, que serão analisados de forma descritiva, com dados de média, desvio padrão, mediana e moda, além da análise qualitativa das respostas abertas, tanto pelos professores quanto pelos estudantes que participaram do módulo.

Resultado: Ao final do processo de construção, criamos um planejamento educacional com nove aulas abordando assuntos relevantes na área de IA para a formação do estudante de Medicina. **Conclusão:** A construção do módulo sobre IA para o curso de Medicina da Unifor foi bem desafiadora para nós, mas reforça a necessidade de transpormos as barreiras e avançarmos na medicina buscando maneiras novas de nos atualizarmos, de exercermos nossa profissão e de nos dispormos a trabalhar com outras áreas de atuação.

INTRODUÇÃO

Em 1950, Alan Turing¹ colocou a questão “As máquinas podem pensar?” e seguiu com uma discussão filosófica sobre definições de máquinas e pensamento. Apenascincoanosdepois, John McCarthy² e colegas introduziram a expressão “inteligência artificial” (IA). Embora não tenham definido de forma precisa a expressão, eles levantaram a “conjectura de que todo aspecto do aprendizado ou de qualquer outra característica da inteligência pode, em princípio, ser descrito com tanta exatidão que uma máquina pode ser feita para simulá-lo” (p. 12)², e a expressão tem sido usada desde então para se referir a atividades de sistemas de computador projetados para imitar e expandir as atividades e capacidades intelectuais dos humanos.

Desde essa época, a IA vem gradativamente sendo desenvolvida, sem atuar em grande escala na atividade dos profissionais da saúde. A ideia de que a máquina poderia ocupar a posição de médicos, tanto em conhecimento intelectual quanto no exercício da profissão, era a princípio improvável. Porém, as instituições de ensino se surpreenderam com o lançamento do Chat-GPT da Open AI, do DALL-E e de outras ferramentas que utilizam inteligência artificial generativa (IAGen), em novembro de 2022. A resposta das universidades foi caracterizada por um certo pânico, a princípio, com tentativas no controle de seu uso (prevenir fraudes acadêmicas ou evitar a valorização de textos produzidos exclusivamente por IA), porém, aos poucos, percebeu-se que a IA poderia ser utilizada no ensino e aprendizagem, e tentativas para desenvolver políticas que pudessem incluir a IAGen em seus modelos de ensino e avaliação de forma ética foram sendo almejadas, especialmente na área da saúde^{3,4}.

Antes de novembro de 2022, quando falávamos em IA, referíamos-nos a aprendizado de máquina (*machine learning* – ML) e aprendizado profundo

(*deep learning* – DL). O aprendizado de máquina tem como foco fornecer às máquinas a capacidade de aprender e melhorar com a experiência sem ser explicitamente programada. No aprendizado de máquina, os algoritmos usam dados para melhorar a maneira como executam tarefas. O aprendizado profundo é um tipo de aprendizado de máquina no qual há uma estrutura em camadas de algoritmos denominada rede neural artificial (RNA), projetada para imitar como os humanos pensam e aprendem. Embora os algoritmos de aprendizado de máquina exijam dados estruturados para aprender, as redes de aprendizado profundo podem trabalhar com dados brutos e não estruturados, aprendendo por meio de seu próprio processamento de dados⁵. Aprendizado de máquina e aprendizado profundo são também chamados de inteligência artificial tradicional⁶.

A capacidade dos algoritmos do ML de reconhecer padrões e prever diagnóstico tem sido amplamente aplicada às diversas áreas de atenção à saúde⁷⁻¹⁰. Na dermatologia, uma RNA foi capaz de diferenciar lesões dermatológicas benignas de malignas a partir de mais de 129 mil casos, com resultados similares a um comitê de 21 dermatologistas⁹. No campo da psiquiatria, o estudo com técnicas de ML reduziu o número de critérios diagnósticos de 29 para oito com 100% de acurácia em 612 pacientes com diagnóstico firmado de transtorno do espectro autista¹⁰.

O avanço na capacidade computacional nas últimas décadas impactou especialmente o campo da detecção e predição de doenças cardiovasculares por meio da interpretação de dados, como: estudos dos prontuários médicos, exames de imagem, banco de dados biológicos e genômicos, e avaliação molecular¹¹. A cardiologia é uma das áreas de maior impacto na produção científica usando técnicas de ML. Desde a predição de eventos cardiovasculares¹² até a melhoria dos diagnósticos eletrocardiográficos^{13,14}, a IA tem sido uma ferramenta importante para a pesquisa científica.

O uso do ML no ensino em medicina vem também sendo implementado. Alunos do terceiro ano de medicina da Universidade de Vanderbilt, nos Estados Unidos, durante estágios com o objetivo de avaliar competências na área de geriatria, tiveram suas anotações clínicas de registros médicos eletrônicos avaliadas por um consultor eletrônico usando processamento de linguagem natural (PLN – uma tecnologia de ML que permite que computadores entendam, interpretem e manipulem a linguagem humana). Avaliaram-se duas competências: diretivas antecipadas e estado mental alterado. Os alunos receberam e-mails e foram orientados pelo consultor eletrônico a acessar *links* que pudessem melhorar sua *performance* com relação a essas duas competências, o que levou a pequenas alterações em descrições dos prontuários eletrônicos em dias subsequentes ao recebimento dos e-mails de alerta, para que informações relevantes não

deixassem de ser anotadas (com possível melhor abordagem sobre os temas com os pacientes geriátricos em questão). O uso de conselheiros eletrônicos como esses pode fornecer um modelo escalável para avaliar elementos de competência específicos e proporcionar oportunidades educacionais¹⁵.

As plataformas de aprendizagem adaptativa (PAA) são interfaces que adaptam as principais características funcionais às necessidades e preferências do aluno¹⁶. Por exemplo, quando os alunos usam uma PAA *on-line* ou por meio de um dispositivo móvel, a PAA captura dados do usuário, como o conteúdo que está sendo revisado e o tempo gasto na revisão, e analisa padrões nesses dados. As PAA podem então orientar os alunos para sugerir recursos que visam suprimir suas lacunas de aprendizagem ou podem utilizar o princípio de “intercalação” (ou seja, misturar tópicos de conteúdo), orientando os alunos para tópicos que são diferentes daqueles revisados anteriormente. Quando as PAA incluem avaliações, como *flashcards* ou questões de múltipla escolha (QME), elas podem aplicar o efeito de teste e a repetição espaçada. As PAA de repetição espaçada mostram itens respondidos anteriormente com frequência quando as respostas estão incorretas e com menos frequência quando as respostas estão corretas, o que mitiga o esquecimento e garante a retenção em longo prazo¹⁷. Em última análise, quando usadas conforme o planejado, as PAA podem tornar o aprendizado mais eficiente ao (1) reduzirem a carga cognitiva associada à elaboração de um plano de estudo, (2) direcionarem efetivamente as necessidades do aluno e (3) aplicarem métodos comprovados das ciências cognitivas. O uso do efeito de teste, repetição espaçada e intercalação pode melhorar a capacidade de responder a testes (aprendizagem cognitiva)¹⁸.

Professores da Universidade de Oxford, na Inglaterra, e da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos, pesquisaram o uso de *big data* e a implementação de PAA no ensino e na aprendizagem de alunos de Medicina que utilizaram uma PAA denominada Osmosis (www.osmosis.org) de 1º de agosto de 2014 a 31 de julho de 2015. A *Osmosis* é uma PAA em funcionamento desde 2012. Os 6.787 alunos incluídos na análise responderam a um total de 887.193 itens, com 2.138 (31,5%) usando a Osmosis persistentemente. Número de itens por aluno, uso de dispositivo móvel, pagamento de assinatura e associação a grupo foram independentemente associados à persistência ($p < 0,001$ em todos os modelos). Os usuários persistentes classificaram a qualidade mais favoravelmente ($p < 0,01$), mas não estavam mais confiantes nas seleções de respostas ($p = 0,80$). Enquanto os persistentes foram mais precisos do que os não persistentes (55% (DP 18%) *versus* 52% (DP 22%), $p < 0,001$). Após o ajuste para o número de itens, a menor precisão foi associada ao uso persistente (OR 0,93 [IC 95% 0,90-0,97], $p < 0,01$)¹⁷.

Três estudos se aprofundaram em QME geradas por IA utilizando DL e PLN para criar ferramentas de avaliação e auxílios de estudo¹⁹⁻²¹. Esses estudos enfatizaram a capacidade da IA de agilizar o desenvolvimento de perguntas, substituindo esforços humanos intensos, embora ainda exijam verificação humana para garantir a qualidade. Os benefícios da IA incluíam velocidade, e o ChatGPT surgiu como a ferramenta preferida. Os resultados do estudo foram mistos, com algum ceticismo quanto à prontidão da IA para assumir totalmente o processo de criação de QME¹⁹⁻²¹.

A IA influencia atualmente todos os campos da investigação humana e está bem estabelecida como uma área de investigação nas profissões de saúde: em uma pesquisa feita no PubMed com a expressão “inteligência artificial”, apresentou cerca de 60 mil artigos publicados nos últimos 20 anos, em citação de 2022²², e a IA de artigos publicados é geralmente considerada “integrada aos sistemas de saúde” e não relacionada ao ensino na área da saúde. Um levantamento recente realizado no PubMed (dezembro de 2024) apresentou quase 265 mil artigos publicados com a expressão “inteligência artificial”, com um aumento expressivo no número de publicações na área nos últimos dois anos. Na educação de profissões de saúde (EPS), artigos com foco em IA mostram uma variedade de artigos típicos, incluindo guias AMEE (The International Association for Health Professions Education), ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas de literatura²³.

Outro ponto importante e preocupante tem relação com o uso ético da IA em EPS²⁴. Atualmente há pouca informação para orientar o professor sobre como garantir que ele esteja utilizando IA eticamente em seu ensino. Como resultado, é necessária uma conscientização mais direta das complexidades da ética ao usar IA em EPS. Essas complexidades incluem aspectos relacionados à quantidade de dados coletados, ao anonimato e à privacidade, ao consentimento, à propriedade de dados, à segurança, ao viés de dados e algoritmos, à transparência, à responsabilidade, à autonomia e à beneficência²⁵.

Programas de saúde digital são urgentemente necessários para acelerar a adoção de IA e de sistemas de apoio à decisão clínica (Sadc) em ambientes clínicos. Um Sadc é qualquer sistema eletrônico projetado para auxiliar diretamente na tomada de decisão clínica, em que as características individuais dos pacientes são usadas para gerar recomendações específicas apresentadas aos médicos para consideração. No entanto, tais programas ainda são raros para estudantes de graduação em Medicina, e novas abordagens são necessárias para preparar os docentes e discentes para a chegada de tecnologias novas e desconhecidas²⁶.

Com o propósito de entender perspectivas futuras, enquanto as instituições de ensino ainda se concentram em formular e implementar respostas ao IAGen, algo ainda mais poderoso está prestes a nos atingir: a inteligência artificial geral (IAG)³.

A expressão “inteligência artificial geral” foi usada em 1997 por Gubrud²⁷ que definiu a IAG, em sua palestra em "Fifth Foresight Conference on Molecular Nanotechnology" em novembro de 1997, em Palo Alto, na Califórnia, como

[...] sistemas de IA que rivalizam ou superam o cérebro humano em complexidade e velocidade, que podem adquirir, manipular e raciocinar com conhecimento geral e que são utilizáveis essencialmente em qualquer fase de operações industriais ou militares, em que uma inteligência humana seria necessária.

A IAG ganhou força a partir de 2007, quando foi usada por Goertzel et al.⁶, que definiram os sistemas da IAG como

[...] sistemas de IA que possuem um grau razoável de autocompreensão e autocontrole autônomo, e têm a capacidade de resolver uma variedade de problemas complexos em uma variedade de contextos, e de aprender a resolver novos problemas que eles não conheciam no momento de sua criação. (p. VI do Prefácio)

Embora essas duas definições sejam úteis, a principal dificuldade em compreender a natureza da IAG é que ela ainda não foi criada, e, portanto, não há exemplos que possam servir de base²⁸. Além disso, embora a literatura tenha mais definições de IAG²⁸⁻³⁰, nenhuma delas é universalmente aceita³¹, e todas mudam com o tempo²⁹.

Incorporar a instrução de IA e sua aplicação em um cenário do mundo real é um desafio enfrentado pela comunidade médica acadêmica. Algumas das barreiras para as mudanças curriculares incluem: baixa prioridade para instrução de IA, poucos professores e alunos de Medicina com formação adequada em matemática e ciência da computação, e escassez de financiamento³². Essas barreiras são agravadas pela falta de colaboração do corpo docente para criar educação centrada no aluno e baseada no mundo

real, e falta de conhecimento do uso da IA, para que ela seja integrada efetivamente ao currículo existente^{33,34}.

Em 2023, a revista *Academic Medicine* publicou um estudo, cujos autores entrevistaram 15 especialistas no uso de ferramentas baseadas em IA em ambientes de assistência médica. Os autores realizaram um questionamento sobre as competências que os profissionais de saúde precisam para que possam trabalhar efetivamente com tais ferramentas. Seis declarações de domínio de competência e 25 de subcompetências foram formuladas a partir da análise temática. As declarações de domínio de competência são³⁵:

- 1) *Conhecimento básico de IA*: explicar o que é IA e descrever suas aplicações em assistência médica.
- 2) *Implicações sociais e éticas da IA*: explicar como os sistemas sociais, econômicos e políticos influenciam as ferramentas baseadas em IA, e como essas relações impactam a justiça, a equidade e a ética.
- 3) *Encontros clínicos aprimorados por IA*: realizar encontros clínicos aprimorados por IA que integrem diversas fontes de informação na criação de planos de cuidados centrados no paciente.
- 4) *Avaliação fundamentada em evidências de ferramentas baseadas em IA*: avaliar a qualidade, a precisão, a segurança, a adequação contextual e os vieses de ferramentas baseadas em IA e seus conjuntos de dados subjacentes no fornecimento de cuidados a pacientes e populações.
- 5) *Análise de fluxo de trabalho para ferramentas baseadas em IA*: analisar as mudanças e se adaptar elas no que concerne a equipes, funções, responsabilidades e fluxos de trabalho resultantes da implementação de ferramentas baseadas em IA.
- 6) *Aprendizagem e melhoria fundamentadas na prática em relação às ferramentas baseadas em IA*: participar de atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de melhoria baseada na prática relacionadas ao uso de ferramentas de IA na assistência médica.

Essas seis competências clínicas podem ser usadas para orientar futuros programas de ensino e aprendizagem, a fim de maximizar os benefícios potenciais das ferramentas baseadas em IA e diminuir possíveis danos³⁵.

A mudança da prática médica com a utilização da IA deverá se refletir num currículo médico ajustado a esses novos paradigmas resultantes da mudança de uma época da informação e do conhecimento para uma época caracterizada por novas tecnologias³⁶.

Sendo assim, orientar os alunos e incorporar instruções relevantes de IA para a prática diária dos estudantes de Medicina nas instituições de ensino é um grande desafio, com potencial para incrementar sua formação. E o desejo de melhorar essa formação trouxe a ideia de implementar um módulo eletivo, chamado de “trilhas”, no curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (Unifor), que aborde o uso de IA na prática clínica da medicina. A trilha consiste num módulo para 20 alunos, escolhido por eles, com carga horária de 36 horas em cada semestre (do terceiro ao sétimo). O módulo foi construído com o auxílio de um professor da área de tecnologia e inovação e uma professora da área da medicina (autora do projeto), porém, até a implantação definitiva, haverá a participação de um maior número de professores de ambas as áreas da Unifor.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

O módulo foi construído com o auxílio do professor Luiz Stephany Filho, coordenador do Vórtex – Laboratório de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Tecnologia da Informação, da Unifor –, e dos alunos dos cursos de Medicina e da Computação/Tecnologia da Unifor.

Nos encontramos duas vezes de forma virtual, para alinharmos alguns pontos do planejamento do módulo, e houve um encontro presencial com os alunos para escutarmos as ideias deles e refinar um pouco mais o planejamento. A participação do aluno é fundamental nesse processo, pois, para o educador Paulo Freire, ensinar é uma especificidade humana e é prioritária a necessidade de o professor saber escutar o educando, sendo o diálogo a sua principal ferramenta de ensino³⁷.

Em discussão sobre os temas e a abordagem do plano de ensino delineado, houve a pontuação por alguns alunos da Medicina e da Tecnologia sobre a necessidade de modificação da aula 2, que a princípio havia sido planejada para abordar algoritmos de IA. Tanto os alunos da Medicina quanto os da Tecnologia e também o professor Luiz acharam muito denso e muito voltado para dados matemáticos, cálculos, que não fazem parte da prática médica.

Sendo assim, após a manifestação dos alunos e sugestões deles, optamos por abordar na aula 2 o uso da IAGen na assistência à saúde, dando

um enfoque maior aos *prompts* (como definir as melhores perguntas, quando realmente usá-las etc.).

Utilizamos IAGen para nos auxiliar com a construção das aulas do módulo em questão, na busca de referências, como artigos e vídeos.

Será realizada uma pesquisa exploratória, quantitativa e qualitativa de intervenção, com os alunos do sétimo semestre do curso de Medicina da Unifor, que, por escolha, serão submetidos à participação de um módulo eletivo, também chamado de “trilha”, sobre “Inteligência artificial em medicina”. As trilhas no curso de Medicina da Unifor consistem em módulos eletivos no final do terceiro ao sétimo semestre, de 36 horas, com 20 vagas, dos quais os alunos escolhem participar, por ordem de realização de matrícula, pois são ofertados vários módulos de 36 horas como trilhas ou módulos eletivos. O módulo da trilha sobre “Inteligência artificial em medicina” será ofertado no sétimo semestre.

Os professores e alunos que participarem do módulo serão convidados a preencher a avaliação do módulo ao final de cada aula por meio do *mentimeter*, com o feedback “Que bom! Que pena! Que tal?”, e outra avaliação será feita ao final do módulo, em questionário no Google Forms. Deverão primeiro acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que possam concordar ou não em participar da pesquisa de forma voluntária, conforme sua livre escolha. Em seguida, responderão às perguntas do questionário avaliativo. Para isso, será utilizado um questionário com perguntas objetivas, cuja escala de respostas será baseada no modelo de Likert³⁸, exceto as perguntas de comentário livre.

Serão excluídos os alunos e professores que não finalizarem suas avaliações e que não tenham participado do módulo (como professores ou alunos), e que eventualmente não concordarem com o TCLE.

O formulário eletrônico será analisado de forma descritiva, com dados de média, desvio padrão, mediana e moda, além da análise qualitativa das respostas abertas. Incluirá perguntas sobre:

- Demografia.
- Conteúdo (clareza, qualidade, novos conceitos, utilidade, confiança, comentários livres).
- Formato (suporte educacional, interatividade, diversão, comentário livre).

- Estrutura (adequação, carga de trabalho, supervisão do professor, prazer, livre comentário).
- Experiência global (graduação, recomendação) e três comentários abertos (interesse no módulo, pontos positivos, pontos negativos).
- Interesse em informática médica (desejam continuar o módulo, se envolver em projetos IA ou fazer um estágio em um departamento de informática médica).

Ao final do processo de construção, criamos o planejamento descrito a seguir.

Planejamento educacional das aulas do módulo³⁹⁻⁴²

Módulo: Inteligência artificial aplicada à medicina clínica

Carga horária total: 36 horas.

Aulas: Nove aulas de quatro horas cada.

Metodologia: Sala de aula invertida.

Aula 1: Introdução à IA e fundamentos básicos;

Aula 2: Inteligência artificial generativa na prática clínica;

Aula 3: Interpretação de dados e métricas de IA em saúde;

Aula 4: Ferramentas de IA na prática clínica;

Aula 5: Aplicações da IA em diagnósticos clínicos;

Aula 6: IA no prognóstico e personalização de tratamentos;

Aula 7: Ética e regulamentação da IA na saúde;

Aula 8: Aplicações de IA na cardiologia;

Aula 9: Trabalho final e apresentações.

Com o projeto descrito, acredita-se que os alunos do curso de Medicina da Unifor possam desenvolver competências em IA para profissionais da saúde listadas por Russell et al³⁵ e estar mais preparados para um futuro próximo que trará a possibilidade de disrupção na forma de atuação dos profissionais da saúde, especialmente para os da área médica.

O filósofo Jacques Derrida descreveu o conceito de *pharmakon*, algo que pode curar ou prejudicar⁴³, e a tecnologia de IA apresenta oportunidades e ameaças. Por causa dos riscos – o futuro da assistência médica em si – a educação médica, como um campo, deve liderar o caminho quando se trata de integrar a IA à prática clínica. Dessa forma, com o projeto apresentado, damos um primeiro passo nesse sentido.

Esse processo não será fácil, especialmente em razão do ritmo da mudança e da falta de literatura orientadora, mas, como citam Cooper et al.⁴⁴, em artigo publicado em 2023, a “caixa de Pandora” já se abriu. Se não moldarmos nosso próprio futuro, empresas de tecnologia poderosas o moldarão alegremente para nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do módulo sobre IA para o curso de Medicina da Unifor foi bem desafiadora, mas reforça a necessidade de transpor barreiras e avançar na medicina buscando maneiras novas de nos atualizarmos, de exercermos nossa profissão e de nos dispormos a trabalhar com outras áreas de atuação, outros profissionais que vão nos ajudar muito a melhorar a qualidade de nossa assistência aos pacientes.

Consideramos uma vitória ter dado esse passo na construção do módulo e nos sentimos felizes por isso. Vários alunos que participaram de sua construção já estão em contato com profissionais e professores do Parque Tecnológico, em busca de parcerias e realização de pesquisas envolvendo as duas áreas. Isso é muito gratificante. Acreditamos que, mesmo antes de o módulo ser implantado, essa semente já esteja plantada em quem fez parte do projeto.

Esperamos que essas sementes gerem frutos vindouros e que, com a implantação do módulo, tenhamos estudantes e professores preparados e engajados para atuar numa medicina ainda mais tecnológica e personalizada, que em breve fará parte de nossas vidas.

As avaliações feitas ao término de cada aula serão balizadoras dos resultados obtidos, pois nos auxiliarão a realizar possíveis mudanças e adequações no decorrer do curso, com o intuito de melhorar a experiência dos alunos e professores. Certamente, as avaliações fornecerão informações importantes para publicação em periódicos de educação em saúde, podendo oferecer contribuições valiosas sobre o assunto.

AGRADECIMENTOS

Tiago Moura Façanha e Vinicius Machado Salles, alunos do curso de Medicina da UNIFOR.

REFERÊNCIAS

1. Turing A. Computing machinery and intelligence. *Mind*. 1950;LIX(236):433-60.
2. McCarthy, J., Minsky, M. L., Rochester, N., & Shannon, C. E. (2006). A Proposal for the Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence, August 31, 1955. *AI Magazine*, 27(4), 12. <https://doi.org/10.1609/aimag.v27i4.1904>
3. Masters K, Herrmann-Werner A, Festl-Wietek T, Taylor D. Preparing for artificial general intelligence (AGI) in health professions education. *AMEE Guide No. 172. Med.Teach.* 2024;46(10), 1258-71. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2387802>.
4. Gordon M, Daniel M, Ajiboye A, Uraiby H, Xu N Y, Barlett R et al. A scoping review of artificial intelligence in medical education: BEME Guide No. 84. *Med Teach.* 2024;46(4):446-70. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2314198>.
5. Bezerra E. Introdução à aprendizagem profunda. Editores: Ogasawara, Vaninha, No livro: Tópicos em gerenciamento de dados e informações. Editora SBC, em Sorocaba - SP; 2016. p. 57-86, capítulo 3.
6. Goertzel B, Pennachin C. Artificial general intelligence. In: Gabbay DM, Siekmann J, Bundy A. *Cognitive technologies*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2007, p 127 e p VI do Prefácio.
7. Gulshan V, Peng L, Coram M, Stumpe MC, Wu D, Narayanaswamy A, et al. Development and validation of a deep learning algorithm for detection of diabetic retinopathy in retinal fundus photographs. *JAMA*. 2016;316(22):2402-10. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17216>.
8. Esteva A, Kuprel B, Novoa RA, Ko J, Swetter SM, Blau HM, et al. Dermatologist level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*. 2017;542(7639):115-8. doi: <https://doi.org/10.1038/nature21056>.
9. Wall DP, Kosmicki J, Deluca TF, Harstad E, Fusaro VA. Use of machine learning to shorten observation-based screening and diagnosis of autism. *Transl Psychiatry*. 2012;2(4):e100. doi: <https://doi.org/10.1038/tp.2012.10>.
10. Chen JH, Asch SM. Machine learning and prediction in medicine: beyond the peak of inflated expectations. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2507-9. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1702071>.

11. Fan Y, Shen D, Davatzikos C. Detecting cognitive states from fMRI images by machine learning and multivariate classification. Conference on Computer Vision and Pattern Recognition Workshop; 2006 June 17-22. New York: IEEE; 2006. p. 89.
12. Slomka PJ, Dey D, Sitek A, Motwani M, Berman DS, Germano G. Cardiac imaging: working towards fully-automated machine analysis & interpretation. *Expert Rev Med Devices*. 2017;14(3):197-212. doi: <https://doi.org/10.1080/17434440.2017.1300057>.
13. Mincholé A, Camps J, Lyon A, Rodríguez B. Machine learning in the electrocardiogram. *J Electrocardiol*. 2019;57S:61-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jelectrocard.2019.08.008>.
14. D'Agostino RB, Pencina MJ, Massaro JM, Coady S. Cardiovascular disease risk assessment: insights from framingham. *Glob Heart*. 2013;8(1):11-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2013.01.001>.
15. Denny JC, Spickard A, Speltz PJ, Porier R, Rosenstiel DE, Powers JS. Using natural language processing to provide personalized learning opportunities from trainee clinical notes. *Journal of Biomedical Informatics*. 2015;56:292-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2015.06.004>.
16. Brusilovsky P, Peylo C. Adaptive and intelligent web-based educational systems. *Int J Artif Intell Educ*. 2003;13:156-69.
17. Menon A, Gaglani S, Haynes MR, Tackett S. Using “big data” to guide implementation of a web and mobile adaptive learning platform for medical students. *Med Teach*. 2017 Sept;39(9):975-80. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1324949>.
18. Rohrer D, Pashler HE. Recent research on human learning challenges conventional instructional strategies. *Educ Res*. 2010;39:406-12 [acesso em 10/11/2024]. Disponível em: <http://edr.sagepub.com/content/39/5/406.short>.
19. Agarwal M, Sharma P, Goswami A. Analysing the applicability of ChatGPT, Bard, and Bing to Generate Reasoning-Based Multiple-Choice Questions in Medical Physiology. *Cureus*. 2023 June 26;15(6):e40977. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.40977>.
20. Ayub I, Hamann D, Hamann CR, Davis MJ. Exploring the potential and limitations of chat generative pre-trained transformer (ChatGPT) in generating board-style dermatology questions: a qualitative analysis. *Cureus*. 2023 Aug 18;15(8):e43717. doi: <https://doi.org/10.7759/cureus.43717>.
21. Cheung BHH, Lau GKK, Wong GTC, Lee EYP, Kulkarni D, Seow CS, et al. ChatGPT versus human in generating medical graduate exam multiple choice

questions: a multinational prospective study (Hong Kong S.A.R., Singapore, Ireland, and the United Kingdom). PLoS One. 2023 Aug 29;18(8):e0290691. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290691>.

22. Lattouf OM. Impact of digital transformation on the future of medical education and practice. J Card Surg. 2022;37(9):2799-808.

23. Lee J, Wu AS, Li D, Kulasegaram KM. Artificial intelligence in undergraduate medical education: a scoping review. Acad Med. 2021;96(11S):S62- S70.

24. Arizmendi CJ, Bernacki ML, Raković M, Plumley RD, Urban CJ, Panter AT, Greene JA, Gates KM. Predicting student outcomes using digital logs of learning behaviors: Review, current standards, and suggestions for future work. Behav Res Methods. 2023 Sep;55(6):3026-3054. doi: 10.3758/s13428-022-01939-9. Epub 2022 Aug 26. PMID: 36018483; PMCID: PMC10556130.

25. Masters K. Ethical use of artificial intelligence in health professions education. AMEE Guide No. 158. Med Teach. 2023;45(6):574-84. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2186203>.

26. Tsopra R, Peiffer-Smadja N, Charlier C, Campeotto F, Lemogne C, Ruszniewski P, Vivien B, Burgun A. Putting undergraduate medical students in AI-CDSS designers' shoes: An innovative teaching method to develop digital health critical thinking. Int J Med Inform. 2023 Mar;171:104980. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104980. Epub 2022 Dec 30. PMID: 36681042.

27. Gubrud MA. Nanotechnology and international security. Palo Alto; 1997 [acesso em 02/08/2025]. This is a draft paper for a talk at the Fifth Foresight Conference on Molecular Nanotechnology. Disponível em: <https://legacy.foresight.org/Conferences/MNT05/Papers/Gubrud/index.html>

28. Morris MR, Sohl-Dickstein J, Fiedel N, Warkentin T, Dafoe A, Faust A et al. Levels of AGI: operationalizing progress on the path to AGI. arXiv; 2024.

29. Voss P. What is AGI? Intuition machine. 21 fev 2017 [acesso em 11 mar 2024]. Disponível em: <https://medium.com/intuitionmachine/what-is-agi-99cdb671c88e>.

30. Bubeck S, Chandrasekaran V, Eldan R, Gehrke J, Horvitz E, Kamar E et al. Sparks of artificial general intelligence: early experiments with GPT-4. arXiv; 2023.

31. Voss P, Jovanovic M. Concepts is all you need: a more direct path to AGI. arXiv; 2023 [acesso em 11 mar 2024]. Disponível em: <http://arxiv.org/abs/2309.01622>.

32. Matheny ME, Whicher D, Thadaney IS. Artificial intelligence in health care: a report from the National Academy of Medicine. JAMA 2020;323(6):509-10.

33. US Government Accountability Office (GAO). Published with National

Academy of Medicine, nov 2020. Artificial intelligence in health care: benefits and challenges of technologies to augment patient care, p 3-6.. [acesso em 02/12/2024]. Disponível em: <https://www.gao.gov/products/gao-21-7sp>.

34. Freeth D, Savin-Baden M, Thistlethwaite J. Interprofessional education. In: Swanwick T, Forrest K, O'Brien B, editors. Understanding medical education: theory and practice. New York: Wiley & Sons; 2019. p. 1-6.

35. Russell RG, Lovett Novak L, Patel M, Garvey KV, Craig KJT, Jackson GP, et al. Competencies for the use of artificial intelligence-based tools by health care professionals. Acad Med. 2023 Mar 1;98(3):348-356. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004963>.

36. Lobo LC. Inteligência artificial, o futuro da medicina e a educação médica. Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):3-8.

37. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

38. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;22(140):1-55.

39. Krive J, Isola M, Chang L, Patel T, Anderson M, Sreedhar R. Grounded in reality: artificial intelligence in medical education. JAMIA Open. 2023;6(2):ooad037. doi: <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooad037>.

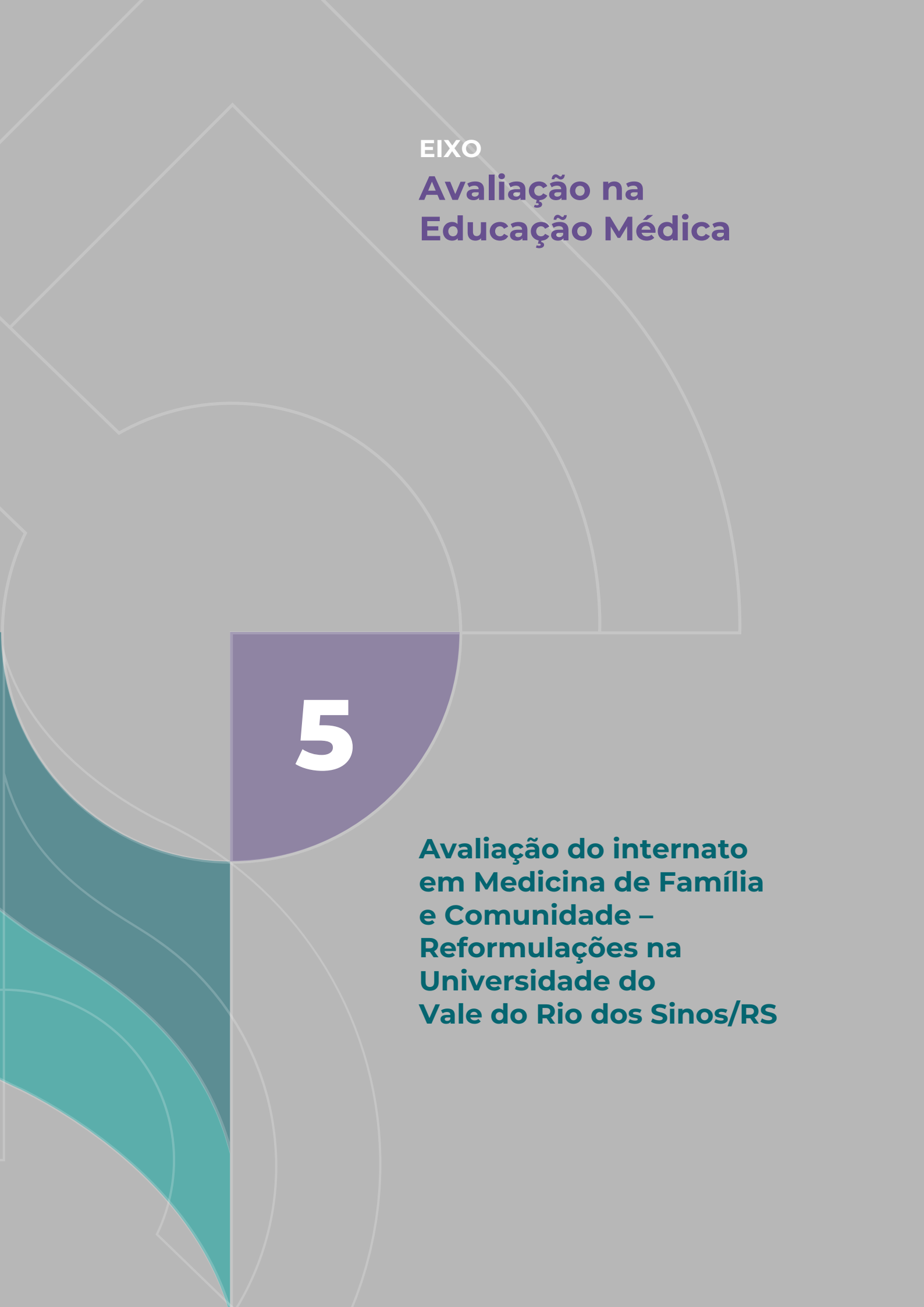
40. Hu R, Fan KY, Pandey P, Hu Z, Yau O, Teng M et al. Insights from teaching artificial intelligence to medical students in Canada. Commun Med 2, 63 (2002). doi: <https://doi.org/10.1038/s43856-022-00125-4>.

41. Fan KY, Hu R, Singla R. Introductory machine learning for medical students: A pilot. Med Educ. 2020 Nov;54(11):1042-1043. doi: 10.1111/medu.14318. Epub 2020 Aug 29. PMID: 32862464.

42. OpenAI. ChatGPT. 2024-2025.

43. McDowell A. Mohit's pharmakon: symptom, rotational bodies, and pharmaceuticals in Rural Rajasthan. Med Anthropol Q. 2017;31(3):332-48. doi: <https://doi.org/10.1111/maq.12345>.

44. Cooper A, Rodman A. AI and medical education – a 21st-century Pandora's Box N Engl J Med. 2023 Aug 3;389(5):385-7. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2304993>.



EIXO

Avaliação na Educação Médica

5

**Avaliação do internato
em Medicina de Família
e Comunidade –
Reformulações na
Universidade do
Vale do Rio dos Sinos/RS**

Avaliação do internato em Medicina de Família e Comunidade – Reformulações na Universidade do Vale do Rio dos Sinos/RS

Elisa Pinto Seminotti¹/ Sérgio Henrique de Oliveira Botti²
elisa.pseminotti@gmail.com/ sergio.henrique.botti@gmail.com

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação; Internato Médico.

RESUMO

Introdução: A avaliação na educação médica é um processo dinâmico e complexo. Com o desenvolvimento do curso de graduação, há necessidade de que os instrumentos de avaliação consigam observar a aquisição de competências para a vida profissional. Na graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), o internato médico teve início em 2021, contando com o estágio em Medicina de Família e Comunidade, com duração de seis meses em Unidades Básicas de Saúde. **Objetivo: O processo de avaliação nesse estágio do internato médico é o foco deste trabalho de pesquisa que tem como objetivo geral construir ferramentas que auxiliem o processo avaliativo no contexto do internato.** Método: Para isso, é apresentado um projeto de intervenção em que na primeira etapa será aplicado um formulário para conhecer as percepções dos participantes da pesquisa (professores, preceptores e estudantes) quanto aos processos avaliativos. **Resultados: Com a consolidação dos dados dos formulários, serão realizadas duas oficinas para a construção conjunta de novos instrumentos de avaliação.** Conclusão: Espera-se com esta pesquisa possibilitar o trabalho colaborativo para a elaboração de instrumentos de avaliação mais homogêneos, válidos e com potencial para realmente observar a aquisição de competências durante a formação.

INTRODUÇÃO

O curso de medicina da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) existe desde 2018, tendo sua primeira turma concluído a graduação em 2023. Assim sendo, o internato médico está em curso na sua atual conjuntura há três anos. A minha inserção na instituição se deu

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Campus São Leopoldo, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

em março de 2023, e no internato em Medicina de Família e Comunidade (MFC) em janeiro de 2024, como preceptora em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em São Leopoldo, município do Rio Grande do Sul (RS), ainda que já desse aulas para o internato desde março de 2023. A configuração atual do internato exige que se utilizem como base de atuação unidades de saúde da Atenção Básica da rede municipal de saúde de seis municípios do estado: Nova Petrópolis, Estância Velha, Sapucaia, Canoas, Porto Alegre e São Leopoldo, onde está a sede da universidade.

Por questões de pactuação municipal independentes, algumas unidades contam com três preceptores que são professores da escola, enquanto outras contam com médicos da rede que, em alguns municípios, recebem bolsa para preceptoria dos alunos do internato, sendo preferencialmente MFC. Além disso, o grupo conta com mais seis professores que não atuam na unidade de saúde, sendo responsáveis por aulas semanais noturnas e bancas avaliativas (estas últimas também realizadas pelos preceptores que são professores do curso).

As competências determinadas no plano de ensino do curso são:

- I. Compreender o contexto demográfico, socioeconômico, cultural, domiciliar e familiar da população local e propor ações médico-sanitárias voltadas para as necessidades identificadas.
- II. Desenvolver e implementar estratégias de promoção e proteção da saúde em nível individual adaptadas ao contexto.
- III. Monitorar a situação de indivíduos, famílias e comunidades, indicando intervenções e mudanças estratégicas mais adequadas para a melhoria da saúde.
- IV. Estabelecer relação médico-paciente que promova o vínculo com a equipe saúde local, a responsabilidade e a continuação da atenção.
- V. Atuar em equipes multiprofissionais de forma cooperativa, reconhecendo e respeitando diferenças, bem como as atribuições e as responsabilidades dos distintos membros da equipe.
- VI. Desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (sob a ótica da recuperação e reabilitação) dos problemas de saúde mais frequentes dos indivíduos, das famílias e da comunidade, prestando assistência integral humanizada à criança, à gestante, ao adulto e ao idoso na Atenção Primária à Saúde.

- VII. Utilizar apropriadamente os instrumentos diagnósticos e terapêuticos na prática clínica em Atenção Primária à Saúde e desenvolver postura crítica sobre suas indicações e limitações, levando em conta os princípios da medicina baseada em evidências e relação custo-efetividade em diversos procedimentos.
- VIII. Incluir o indivíduo e a família no processo diagnóstico e terapêutico, informando-os de forma adequada compatível com sua capacidade de compreensão.
- IX. Familiarizar-se com estrutura organizacional da rede de saúde e com os sistemas de regulação (referência e contrarreferência), bem como critérios de referência em relação aos casos que extrapolam a resolutividade do serviço.
- X. Reconhecer a própria capacidade, além de seus limites.
- XI. Gerenciar o próprio processo de aprendizagem com base na compreensão do raciocínio clínico e epidemiológico da metodologia científica.
- XII. Comunicar-se e expressar-se oralmente com sensibilidade, respeito e responsabilidade e de forma escrita, a partir da elaboração de relatórios, encaminhamentos e anotações em prontuários, eletrônicos ou não.
- XIII. Trabalhar e compartilhar conhecimentos em grupo e em equipes multidisciplinares de modo cooperativo, reconhecendo e respeitando diferenças entre seus componentes.

A avaliação atualmente realizada é composta por dois momentos: um no primeiro trimestre, denominado Grau A (GA), e outro ao final do semestre, denominado Grau B (GB). As atividades avaliativas incluem: banca de discussão de caso, avaliação de campo, discussão de caso em seminário e moderação de caso em seminário. Cada grau possui uma composição específica de pesos: Grau A (GA) – banca de discussão de caso (40%) e avaliação de campo (60%); e Grau B (GB) – avaliação de campo (60%), banca (30%), discussão de caso em seminário (5%) e moderação de caso (5%).

No plano de ensino, é disposto o seguinte em termos das avaliações:

“Banca oral de casos clínicos constituída de casos clínicos típicos do cotidiano da MFC, conduzida por professores do Internato, onde será avaliada a competência técnica e clínica do aluno

para a resolução e manejo de casos complexos. Avaliação de campo: os preceptores que acompanham os doutorandos nas UBS preencherão um Forms para a avaliação dos doutorandos nos seguintes aspectos: construção do próprio conhecimento e uso de evidências nas condutas, uso do método clínico centrado na pessoa, raciocínio clínico com anamnese e exame físico compatíveis com o nível do internato, abordagem individual/familiar e comunitária, abordagem integral das pessoas sob seu atendimento, relação com os pacientes e com a equipe. O preceptor dará um feedback juntamente com a nota, com as considerações do que pode ser melhorado até o final do internato”¹.

Os casos clínicos são formulados pelos professores de forma autônoma e independente. As notas são repassadas à coordenação do internato, responsável pela publicação. A avaliação de campo se constitui de um instrumento em formato de formulário feito no *Google Forms*, idealizado por um dos professores, tendo como base o artigo intitulado Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade². São dezessete atributos com resposta em *Escala Likert* de quatro pontos: “insuficiente”, “suficiente”, “bom ou muito bom” e “excelente”. Essas respostas são enviadas para a coordenação, que faz uma equivalência em forma de nota numérica e publica para os alunos.

Os seminários ocorrem semanalmente, com duração de aproximadamente duas horas, e cursam sobre assuntos mais predominantes na MFC. Nesses encontros, com coordenação de dois professores (em alguns casos, esses professores são preceptores também, mas nem sempre), os alunos são orientados e preparam um caso clínico baseado na vivência real, que tenha relação com o assunto a ser discutido, que será avaliado da seguinte forma: Anamnese completa - 1,25 (ponto); elencar os aspectos do Método Clínico Centrado na Pessoa presentes no caso - 1,25; exame físico e exames complementares - 1,25; Dados de acompanhamento - 1,25; Plano terapêutico - 1,25; Discussão teórica qualificada em relação à condução do caso - 1,25; entrega da tarefa no prazo no Moodle - 1,25; uso de estratégias e ferramentas para a participação da turma - 1,25.

Desta forma, o processo avaliativo é feito por professores, os quais também atuam como preceptores e preceptores (que preenchem a avaliação de campo). Existe uma dificuldade em promover encontros com todos esses atores, devido aos diferentes horários de trabalho e locais de atuação. No entanto, em reunião ocorrida em 2024, com a participação

apenas de professores e preceptores do município de São Leopoldo (por algumas questões de reconfigurações políticas locais), surgiram questões de diferença de compreensão dos atributos avaliados no instrumento de avaliação de campo. Ainda, os professores e a coordenação relataram que alguns alunos consideram injustas essas metodologias por diferirem amplamente conforme o professor, preceptor e/ou local de atuação.

Parte dessas dificuldades podem se dar pela inadequação dos instrumentos e métodos avaliativos, mas também pela deficiência na formação dos professores e preceptores. Para Pandachuck, Harley e Cook³, a maioria dos professores das escolas médicas tiveram muito pouco ou nenhuma formação em educação. Desta forma, durante sua carreira médica, alguns professores podem melhorar suas habilidades através de oficinas e workshops de técnicas pedagógicas, havendo consenso de que há um efeito significativo nas habilidades educativas, ainda que não haja tanta evidência desse efeito na sala de aula. Além da pouca formação em educação em si, as habilidades em avaliação são ainda mais complexas.

Conforme Troncon⁴, os instrumentos de avaliação institucionais devem possuir três atributos fundamentais: devem ser válidos, fidedignos e viáveis. Além disso, a educação nas profissões de saúde requer múltiplas habilidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais e relacionais; portanto, métodos únicos de avaliação são incapazes de capturar todas essas habilidades, então múltiplas medidas são necessárias, e de forma coordenada⁴.

Para Ramos⁵, o processo avaliativo é central e determinante do processo de aprendizagem, constituindo-se como um movimento constante e permanente entre ação, reflexão e nova ação. Desse modo, os processos de avaliação e aprendizagem são entendidos como um só. Essa aprendizagem deve também incluir a capacidade de desenvolver relações interpessoais, assumindo atitudes com relação aos colegas, instituição e professores. É necessário que os alunos não apenas conheçam os critérios pelos quais são avaliados, mas também, preferencialmente, participem da elaboração deles, trazendo a discussão sobre o aprendizado para o cerne do processo avaliativo. Além disso, reforça Ramos⁵ que esses critérios precisam ser coletivamente aceitos.

Em termos conceituais, existem diferenças práticas entre educação permanente em saúde (EPS) e educação continuada (EC). Conforme Ortiz, Ribeiro e Garanhani⁶, a EPS é contínua, trabalha de forma multiprofissional, buscando uma prática institucionalizada, focada em problemas de saúde e visando a resolução de problemas que ocorrem dentro do ambiente de trabalho a fim de alcançar a modificação institucional. Já a EC é esporádica, uniprofissional, focando temas especializados, buscando a atualização

técnico-científica e aperfeiçoamento das práticas, ocorrendo em locais diferentes do ambiente de trabalho.

Silva e Seiffert⁷ afirmam que a EPS objetiva o desenvolvimento completo dos profissionais dentro do seu ambiente, usando como base os acontecimentos laborais e casos cotidianos, buscando atingir aprendizagem significativa. Consideramos que é ideal a instituição que consegue aplicar a EPS para os professores, levando em consideração a necessidade de desenvolvimento integral profissional. Na instituição em que este trabalho se desenvolve, essa política se aplica aos professores do curso de Medicina de forma parcial e pouco participativa. Apesar disso, a realidade do internato foge da organização padrão do curso, tendo um calendário próprio, funcionamento e avaliações diferentes, além de um grupo de profissionais heterogêneo.

Diante disso, foi apresentada à coordenação a possibilidade de sugerir momentos de educação continuada sobre avaliação do internato e, a partir desse momento síncrono com os atores do processo (leia-se coordenação, professores, preceptores e alunos), repensar a metodologia avaliativa. Com a anuência da coordenação do internato, sugeriu-se apresentar o TCC deste curso em forma de projeto de intervenção para esse momento.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de um projeto de intervenção e, neste momento, idealizou-se o formato de oficinas para sua operacionalização. Oficinas que envolvem vários tipos de intervenção, de duração igual ou maior a dois dias, seguidas de acompanhamento, lembretes e feedback demonstraram efeitos nos conhecimentos, atitudes e habilidades dos professores⁸. Pela conjuntura atual dos preceptores do curso que se distribuem em vários municípios, consideramos pouco viável realizar oficinas por tão longo período; propõe-se, portanto, pelo menos dois turnos de oficina (pactuação a ser feita com a coordenação do internato) para discutir o tema.

Em um primeiro momento, será aplicado um questionário produzido no Google Forms com o objetivo de que professores e preceptores conheçam as metodologias avaliativas utilizadas por eles, as quais aplicam e sentem que estão seguros em utilizar; também serão abordadas as dificuldades que se apresentam durante a realização ou avaliação dos instrumentos que existem hoje.

A avaliação deve se constituir como um processo democrático, transparente e honesto; isso implica que os discentes devem estar envolvidos

na decisão dos critérios avaliativos⁴. Portanto, também será enviado um formulário on-line para os alunos do internato de MFC com o objetivo de compreender como interpretam as avaliações e o instrumento de avaliação de campo (se a linguagem é compreensível, precisa e compatível com o que é ensinado). O preenchimento levará no máximo cinco minutos.

Espera-se que todos os participantes (9 professores e 20 preceptores) respondam às perguntas do formulário. Quanto ao grupo de alunos, espera-se que os 50 estudantes que atualmente estão matriculados no internato respondam também preencham o formulário. Assim, o projeto prevê a participação de até 80 pessoas. Em seguida, esses dados serão computados e analisados, a fim de conhecer melhor o perfil dos docentes e as expectativas dos discentes. A análise dos dados será feita através do consolidado das respostas e elaboração de tabelas com frequência simples com percentual das respostas em cada item.

A partir disso, será organizada a primeira etapa das oficinas, com a participação dos professores, da coordenação do internato e de um representante discente para discutir os elementos levantados e construir uma proposta de modificação dos processos avaliativos. Esse encontro, que deve ter a duração de quatro horas, acontecerá no formato de Café Mundial⁹, no qual se procura despertar a criatividade dos participantes para gerar novas ideias em um processo colaborativo.

Os dados da discussão na oficina serão registrados pelos próprios participantes em cartolinas dispostas em *flip-charts*. *Em nenhum momento será necessário que dados pessoais sejam coletados, apenas as ideias dos participantes sobre avaliação no internato médico. Os registros serão agrupados em um relatório final que será trabalhado na segunda oficina.* Após organização do registro da oficina, será proposto um segundo momento, também com duração de quatro horas, no qual os preceptores serão incluídos, além do grupo que participou anteriormente, com o propósito de refinar a proposta de novos instrumentos de avaliação que, por fim, deverá ser apresentada à coordenação do curso. Para a elaboração dos instrumentos, serão registradas as discussões do grupo com posterior consolidação construída a partir do consenso dos participantes.

Em termos éticos, o projeto está em processo de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisinos de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Os participantes receberão para assinatura, caso manifestem interesse em participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Até a finalização deste TCC, não foi obtida a anuência do CEP para iniciar o projeto. Para poder adicioná-lo à Plataforma Brasil, era necessário alinhar os objetivos com o professor

orientador, assim como com a Unisinos. Desta forma, o projeto de intervenção foi apresentado à coordenação do internato e à coordenação pedagógica do curso de medicina, que fizeram sugestões para aplicação dos formulários on-line, assim como para as oficinas propostas.

Entre essas ideias, foi discutida a questão de que seria impraticável um encontro presencial com os preceptores, dada a distância dos municípios e as políticas de preceptoria de cada um. Por exemplo, o município de Porto Alegre sequer fornece bolsa complementar aos preceptores pelo seu trabalho, enquanto outros assim o fazem. Ao mesmo tempo, em alguns locais é permitido que os médicos façam reuniões ou formações em horário de trabalho, enquanto algumas instituições não o permitem. Assim, a proposta para esses atores será proporcionar dois horários diferentes, em formato digital, para que possam se inscrever e participar.

Outra sugestão que resultou da reunião foi solicitar inscrição formal dos preceptores para a participação na oficina, para possibilitar que recebam um certificado, o que pode aumentar a adesão dos colegas. Isso porque, como já exposto anteriormente, esses profissionais não têm liberação ou obrigação de participar desse tipo de momento.

Além dos objetivos deste TCC, e como fruto da discussão que aqui iniciada, consideramos também incluir no projeto enviado ao comitê de ética o intuito de realizar o levantamento de todas as avaliações dos alunos até então para analisar a série histórica e compreender melhor o perfil educacional dos alunos. Comparando o semestre que cada um estava no momento da avaliação, junto com os critérios avaliados, é possível depreender se há falhas evidentes nos tópicos prévios ao internato e podem ser remediados, até pensar os assuntos das aulas ministradas durante o rodízio de MFC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como discutido ao longo deste TCC, a maioria dos profissionais médicos não possuem formação docente, seja por falta de interesse ou por falta de oportunidade. A consequência pode ser percebida na formação dos alunos, já que a qualidade do curso de Medicina como um todo (apoio na criação de planos de ensino, avaliações, formação de professores) acaba necessitando dos próprios docentes médicos para se constituir. Discute-se amplamente que o exercício da docência na carreira médica não se constitui como profissão, e sim como uma atividade complementar.

Sabe-se que em um curso de saúde a formação dos alunos deve passar pela construção conjunta de habilidades e competências específicas

e, cada vez mais, é necessário focar no desenvolvimento do profissionalismo. Para tal, as discussões em sala de aula e campos de prática precisam ser renovadas com paradigmas atuais e com embasamento pedagógico. Na instituição estudada existe espaço para formação docente, mas ocorre de forma voluntária, sem impactar em, por exemplo, ascensão dentro do curso. Mas para os preceptores, grande massa de mão de obra do internato, não se consegue oferecer esses momentos pelas dificuldades logísticas e, claro, de interesse.

Assim, espera-se que o proposto neste TCC traga benefícios para os colegas que estão na atenção primária e recebem os alunos, assim como abra um espaço na instituição para introduzir os preceptores no ambiente acadêmico de forma a criar sentido em sua atuação e aproximá-los dos professores que compõem o grupo do internato com eles. Ao propor o encontro a partir de questões levantadas previamente com professores e preceptores, espera-se que o momento faça sentido para os participantes e crie mudanças significativas.

Como objetivo final de toda a discussão e intervenção propostas, pretende-se repensar as direções dos compromissos da nossa escola e das nossas ações para proporcionar um espaço de graduação que oportunize a formação de profissionais médicos capazes de excelência médica, mas principalmente de seres humanos éticos e comprometidos com o cuidado do próximo.

REFERÊNCIAS

1. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Internato em Medicina de Família e Comunidade [plano de ensino]. São Leopoldo: UNISINOS; 2024 [citado 2025 ago 19]. Disponível em: https://www.moodle.unisinos.br/pluginfile.php/2795440/mod_resource/content/1/Plano%20de%20ensino%20Internato%20MFC%202025_1%20%281%29.pdf
2. Ben AJ, Ferreira MAM, Cunha MS, Batista SHSS. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-16.
3. Pandachuck K, Harley D, Cook D. Effectiveness of a brief workshop designed to improve teaching performance at the University of Alberta. Acad Med. 2004;79(8):798-804.
4. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. In: Simpósio Ensino Médico de Graduação; 1986; Ribeirão Preto. Anais do Simpósio Ensino Médico

de Graduação [Anais]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP; 1986. p. 429-439.

5. Ramos EMF. O papel da avaliação educacional nos processos de aprendizados autônomos e cooperativos. In: Linsingen IV, Macedo J, organizadores. A formação do engenheiro. Florianópolis: Editora da UFSC; 1999.

6. Ortiz MCL, Ribeiro RP, Garanhani ML. Educação à distância: uma ferramenta para educação permanente de enfermeiros que trabalham com assistência perioperatória. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):558-65.

7. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(3).

8. Wilkerson LA, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. *Acad Med*. 1998;73(4):387-96.

9. Teza P, Gomes R, Souza D, Santos A. Geração de ideias: aplicação da técnica world café. *Int J Knowl Eng Manag*. 2013;3(3):1-14.

10. Norcini JM, Anderson MB, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. 2018 consensus framework for good assessment. *Med Teach*. 2018;40(11):1102-9.



EIXO

Gestão da Mudança

6

**Avaliando a mentoria
médica: desafios em
currículo com
metodologias ativas**

Avaliando a mentoria médica: desafios em currículo com metodologias ativas

Carlos Alberto de Oliveira¹/ Aristides Palhares²/ Paula Sayuri¹/ Carolina Francisco¹

oliveiradrcarlos@gmail.com/ aristides.palhares@unesp.br/
pskawasoko02@gmail.com/ carolinesousafrancisco@outlook.com

Palavras-chave: Mentoria; Educação Médica; Metodologias Ativas; Identidade Profissional; Avaliação de Programa.

RESUMO

Introdução: A mentoria desempenha papel essencial na formação médica contemporânea, principalmente em currículos centrados no aluno, com metodologias ativas como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). No entanto, a avaliação de programas de mentoria ainda é escassa no contexto brasileiro. **Objetivo:** Avaliar a eficácia e as percepções de estudantes e docentes sobre um programa de mentoria em um curso de medicina com currículo ativo. **Métodos:** Estudo de caso com abordagem mista, realizado na Faculdade de Medicina da PUCSP-Sorocaba. Participaram 30 estudantes do 2º ao 4º ano e 15 docentes mentores. Foram aplicados questionários abertos e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Os dados foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo temática. **Resultados:** A mentoria foi percebida como espaço de acolhimento e desenvolvimento da identidade profissional, mas com impacto limitado no aprendizado acadêmico direto e habilidades clínicas. Houve relato de lacunas no recebimento de feedback (47% dos estudantes). A média da ESSS indicou satisfação moderada (43,3 pontos). Os mentores destacaram benefícios na formação ética dos alunos, mas enfrentaram dificuldades relacionadas ao engajamento discente e à gestão de tempo. **Conclusão:** O programa demonstrou valor na dimensão psicossocial, mas requer aprimoramentos estratégicos na estrutura, no feedback e no suporte institucional para atingir seu pleno potencial.

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista, Campus de Botucatu, São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

A formação médica contemporânea é marcada por profundas transformações curriculares que buscam responder às exigências de um sistema de saúde cada vez mais complexo, interdisciplinar e centrado nas necessidades das pessoas. Nesse cenário, os cursos de medicina têm adotado metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e a Problemática, que colocam o estudante como protagonista no processo formativo, estimulando a construção ativa do conhecimento, o trabalho em equipe e a autonomia intelectual¹⁻³.

Contudo, embora essas metodologias promovam ganhos significativos no desenvolvimento de competências clínicas e raciocínio crítico, elas também impõem novos desafios para os discentes, especialmente nos anos iniciais da graduação. A adaptação ao ensino centrado no aluno exige habilidades de autorregulação, maturidade emocional, organização do tempo e tolerância à ambiguidade – competências que nem sempre estão plenamente desenvolvidas no início da formação médica^{4,5}. Nesse contexto, a figura do mentor pode desempenhar papel estratégico ao oferecer suporte acadêmico, emocional e profissional aos estudantes em formação^{6,7}.

A mentoria é definida como uma relação longitudinal e intencional entre um profissional mais experiente (mentor) e um estudante (mentorado), com o objetivo de favorecer o crescimento pessoal, acadêmico e profissional deste último. Na educação médica, a mentoria tem se consolidado como estratégia promissora para o fortalecimento da identidade profissional, a prevenção do burnout, o aprimoramento de habilidades interpessoais e a redução da evasão⁸⁻¹⁰. Revisões sistemáticas evidenciam que programas de mentoria bem estruturados contribuem para o aumento da satisfação com o curso, o desempenho acadêmico e o senso de pertencimento institucional^{6,11}.

No entanto, a eficácia desses programas depende de diversos fatores contextuais, como a clareza dos objetivos, o preparo dos mentores, o grau de institucionalização da iniciativa e a qualidade da relação mentor-mentorado. Além disso, as expectativas dos estudantes sobre a mentoria podem divergir da proposta institucional, o que pode gerar frustrações e subutilização do potencial do programa^{12,13}. Em currículos com metodologias ativas, esse desalinhamento pode ser ainda mais acentuado, pois o foco tradicional da mentoria – voltado ao aconselhamento e desenvolvimento pessoal – nem sempre contempla as demandas dos estudantes por apoio acadêmico mais direto^{14,15}.

No Brasil, embora diversas faculdades de medicina tenham implementado programas de mentoria nos últimos anos, ainda são

escassos os estudos avaliativos que examinem criticamente sua efetividade, especialmente à luz das percepções dos diferentes atores envolvidos. Poucos trabalhos exploram, por exemplo, como a mentoria é vivenciada em currículos ativos, quais dimensões são mais valorizadas pelos estudantes, quais desafios são enfrentados pelos mentores, e quais estratégias poderiam qualificar essas iniciativas¹⁶⁻¹⁸.

Diante desse panorama, o presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia de um programa de mentoria implementado como módulo curricular obrigatório nos três primeiros anos do curso de Medicina de uma instituição brasileira, com currículo centrado no aluno. O estudo buscou compreender as percepções de estudantes e mentores quanto aos impactos da mentoria em diferentes dimensões da formação médica (acadêmica, pessoal e profissional), identificar desafios enfrentados na execução do programa e propor estratégias de aprimoramento. Ao oferecer uma análise crítica fundamentada em dados empíricos, esta pesquisa pretende contribuir para o debate sobre a institucionalização da mentoria em cursos de medicina com metodologias ativas no Brasil.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de um estudo de caso com abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa), de natureza descritivo-exploratória. Adotou-se um estudo de caso com abordagem mista para capturar a complexidade do programa de mentoria, integrando dados quantitativos e a experiência subjetiva dos participantes. O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), campus Sorocaba.

O curso de medicina da PUCSP-Sorocaba adota um currículo centrado no estudante e estruturado em metodologias ativas desde o primeiro ano, combinando a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), a problematização, os cenários de prática no Sistema Único de Saúde (SUS) e atividades de mentoria acadêmica. O programa de mentoria é desenvolvido por meio do módulo obrigatório denominado *Estudos Orientados*, que se estende do primeiro ao terceiro ano do curso e visa acompanhar o desempenho acadêmico, o desenvolvimento pessoal e a adaptação curricular dos estudantes, por meio de encontros mensais em pequenos grupos, conduzidos por docentes mentores previamente capacitados.

Foram convidados a participar do estudo estudantes matriculados do 2º ao 4º ano, que já haviam vivenciado pelo menos um ano completo no módulo de mentoria, bem como todos os docentes atuantes como

mentores no mesmo período. A amostragem foi intencional, buscando garantir diversidade de perfis e representatividade dos diferentes anos de ingresso. A amostra final foi composta por 30 estudantes e 15 mentores. Todos os participantes aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram utilizados três instrumentos:

1. **Questionário com perguntas abertas**, elaborado com base na literatura sobre avaliação de programas de mentoria^{6,14,16}, adaptado para o contexto local. Foram elaboradas versões distintas para estudantes e mentores. As perguntas abordavam tópicos como: percepção geral do programa, impactos percebidos em diferentes dimensões, relação com o mentor, práticas de feedback, desafios enfrentados e sugestões de aprimoramento.
2. **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**, aplicada exclusivamente aos estudantes, com o objetivo de mensurar a percepção de apoio social recebido em diferentes esferas (amizades, família, intimidade e atividades sociais). A ESSS é composta por 15 itens com Escala Likert de 5 pontos (1 = discordo totalmente a 5 = concordo totalmente), e foi validada para uso em populações universitárias brasileiras²⁴.
3. **Questionário sociodemográfico**, contendo variáveis como idade, sexo, ano de ingresso, escolaridade dos pais e experiência prévia com mentoria (para os estudantes), e tempo de experiência docente, tempo de atuação como mentor e formação prévia em mentoria (para os docentes).

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2025. Os participantes foram contatados por e-mail institucional, presencialmente e receberam explicações sobre os objetivos e métodos da pesquisa. As respostas aos questionários abertos foram coletadas presencialmente em formulários físicos, com tempo médio de 30 a 45 minutos. A aplicação da ESSS foi feita de forma online, por meio de formulário eletrônico. Todos os dados foram anonimizados e armazenados em ambiente seguro.

A análise foi conduzida em duas etapas:

1. **Análise quantitativa:** os dados dos questionários sociodemográficos e da ESSS foram organizados em planilhas no Microsoft Excel e posteriormente analisados por meio do software SPSS (versão 29.0). Foram realizadas análises descritivas

(frequências, médias, medianas, desvios padrão) para caracterizar a amostra e identificar padrões nos escores da ESSS.

- 2. Análise qualitativa:** as respostas às perguntas abertas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática, com base na técnica proposta por Bardin. O processo analítico envolveu leitura flutuante, identificação de unidades de significado, codificação e categorização temática. A categorização foi conduzida de forma independente por dois pesquisadores e, em caso de divergência, foi adotado o consenso. O software NVivo (versão 14) foi utilizado para auxiliar na organização dos dados e na visualização das recorrências temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob parecer nº 7.284.903 e CAAE nº 84413724.0.0000.5373. Todos os procedimentos respeitaram os princípios éticos estabelecidos na Resolução CNS 466/2012. O anonimato dos participantes foi garantido em todas as etapas da pesquisa, e os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e científicos.

Participaram do estudo 30 estudantes e 15 docentes mentores. Predominaram mulheres (66,7%), com média de idade de 23,5 anos (amplitude: 18–40 anos). A maioria cursava o 2º ano (66,7%), seguida pelos alunos do 3º (16,7%) e do 4º ano (16,7%). A grande maioria (70%) ainda não havia definido sua especialidade médica futura. Quanto ao engajamento em atividades extracurriculares, 96,7% dos estudantes relataram envolvimento ativo, embora 70% nunca tivessem participado previamente de programas de mentoria formais.

Os 15 mentores apresentaram idade média de 51,6 anos e experiência profissional média de 28,2 anos. O tempo médio de vinculação com a instituição era de 8,3 anos, e o tempo médio de atuação como mentor no programa era de 5,1 anos. Todos relataram ter formação específica em mentoria. A maioria era do sexo masculino (60%).

A média geral dos escores obtidos na ESSS foi de 43,3 (DP = 5,26), em uma escala de 15 a 75 pontos. A mediana foi 42,5, com variação de 33 a 54 pontos. A maioria dos estudantes (73,3%) apresentou satisfação moderada com o suporte social (pontuação entre 40 e 50), 16,7% relataram baixa satisfação (pontuação < 40) e 10% apresentaram alta satisfação (> 50). Embora os resultados não permitam inferência causal, os dados sugerem que o grupo de mentorandos convive com níveis moderados de apoio social, reforçando a importância de espaços institucionais como a mentoria.

A análise temática das respostas dos 30 estudantes revelou seis eixos principais:

1. **Percepção geral sobre o módulo de mentoria** – As percepções foram diversas. Muitos estudantes reconheceram o valor do módulo como espaço de acolhimento e escuta: “É o momento em que posso respirar fora da pressão acadêmica” (E22). “A ideia é ótima, mas ainda pouco valorizada” (E4). Outros, no entanto, manifestaram ceticismo quanto à relevância ou aplicabilidade da mentoria: “Acho muito fraco... pouco presente nas discussões” (E14).
2. **Impacto no bem-estar e desenvolvimento pessoal** – Esta foi a dimensão mais positivamente avaliada. A maioria dos estudantes descreveu a mentoria como espaço seguro para expressão de emoções e fortalecimento da autoestima: “Me ajudou emocionalmente e reduziu a ansiedade” (E19). “Encontrei acolhimento, pude falar sobre meus desafios” (E1).
3. **Impacto na construção da identidade profissional** – A mentoria foi percebida como relevante para o amadurecimento ético e para reflexões sobre carreira: “O mentor é um modelo de ética e empatia” (E26). “Aprendi com as experiências profissionais dele” (E7).
4. **Impacto no aprendizado acadêmico e habilidades clínicas** – Essa foi a dimensão mais criticada. Cerca de 63% afirmaram que a mentoria teve pouco ou nenhum impacto na compreensão dos conteúdos ou no desenvolvimento de habilidades clínicas: “Não ajudou a entender as matérias” (E3, E9). “Ajuda mais no emocional que no acadêmico” (E19).
5. **Prática de feedback** – Houve um divisor claro: 53,3% relataram receber algum tipo de feedback, enquanto 46,7% disseram não receber. Mesmo entre os que relataram receber, a qualidade foi questionada: “Fraco e superficial” (E12). “Apenas quando eu peço” (E6).
6. **Sugestões de melhoria** – As principais sugestões foram: tornar os encontros mais personalizados, incluir temas relacionados à carreira e pesquisa, permitir maior participação dos estudantes na escolha dos temas e oferecer momentos individuais.

A análise das entrevistas com os 15 mentores também foi organizada em cinco eixos:

1. **Motivação e visão sobre o programa** – A maioria relatou forte motivação altruísta, além de reconhecer ganhos próprios com a mentoria: “Quero retribuir o que recebi na minha formação” (M4). “Aprendo muito também” (M2).
2. **Impactos percebidos nos estudantes** – Os mentores perceberam impacto principalmente na esfera ética e emocional dos alunos: “Ganham mais confiança e maturidade” (M5). “Melhora a escuta, o senso de responsabilidade” (M11).
3. **Impactos percebidos em si mesmos** – Relataram crescimento pessoal e desenvolvimento de competências como escuta, empatia e liderança: “Melhorei minha paciência e comunicação” (M2).
4. **Principais desafios enfrentados** – Os mentores destacaram três grandes obstáculos:
 - **Engajamento discente:** “Difícil manter o interesse ao longo do tempo” (M10).
 - **Gestão do tempo:** “Conciliar com outras demandas é o maior desafio” (M6).
 - **Estrutura do programa:** “Falta treinamento e maior flexibilidade” (M15).
5. **Sugestões de melhoria** – Recomendaram mais apoio institucional, capacitação continuada, encontros entre mentores e a criação de espaços formais para troca de experiências. Também sugeriram maior clareza nos objetivos e mecanismos padronizados de feedback.

Os resultados deste estudo evidenciam que o programa de mentoria avaliado possui reconhecido valor na dimensão psicossocial da formação médica, sendo descrito por estudantes e mentores como espaço de acolhimento, escuta e apoio emocional. No entanto, foram identificadas lacunas significativas quanto ao impacto no aprendizado acadêmico e clínico, além de inconsistências importantes na prática de feedback, indicando a necessidade de ajustes estruturais, pedagógicos e institucionais.

O reconhecimento da mentoria como espaço de escuta e suporte emocional alinha-se a diversos estudos que apontam seus efeitos positivos na redução da ansiedade, promoção do bem-estar e prevenção do burnout entre estudantes de medicina^{6,10,24}. Os relatos dos estudantes – que valorizam o espaço como “uma pausa da cobrança” e um “lugar seguro para falar”

– reforçam o papel protetor da mentoria diante das pressões típicas da formação médica, sobretudo em currículos ativos, que exigem alto nível de autonomia e capacidade de autorregulação^{3,5,15}.

Outro aspecto bem avaliado foi a contribuição da mentoria para a construção da identidade profissional, especialmente no que se refere à ética, empatia, desenvolvimento de valores e orientação de carreira. Essa dimensão é amplamente reconhecida na literatura como um dos pilares da mentoria na educação médica, sendo favorecida pela convivência longitudinal com modelos profissionais significativos^{8,11,17}.

Por outro lado, os resultados indicam que os estudantes percebem impacto limitado da mentoria sobre sua aprendizagem acadêmica e habilidades clínicas. Essa lacuna sugere uma possível dissonância entre as expectativas dos alunos e os objetivos institucionais do programa, bem como uma oportunidade pouco explorada de integração entre a mentoria e os demais componentes curriculares. Embora o foco da mentoria não deva ser exclusivamente o desempenho acadêmico, há evidências de que a orientação estruturada pode contribuir para a melhoria do aprendizado, principalmente quando articulada com estratégias pedagógicas ativas^{2,14,25}.

A desconexão identificada entre mentores e mentorandos em relação ao **feedback** é um dos achados mais relevantes deste estudo. Quase metade dos estudantes relatou não receber nenhum tipo de retorno sistemático sobre seu desempenho, enquanto os mentores, em geral, não tinham percepção clara dessa lacuna. A literatura aponta que o feedback é um componente essencial no desenvolvimento de competências clínicas e na construção da identidade profissional, sendo ainda mais relevante em ambientes de aprendizagem por competência^{26,33}. A ausência de feedback ou sua prática de forma imprecisa, genérica ou eventual pode comprometer a efetividade da mentoria e minar a confiança na relação mentor-mentorado.

Essa dissonância pode ser explicada por diversos fatores. Um deles é a falta de preparo dos mentores para oferecer feedback construtivo e contínuo, o que é corroborado pelas próprias sugestões dos docentes sobre a necessidade de maior capacitação. Outro aspecto é o tempo limitado para encontros individuais, frequentemente mencionado como desafio tanto pelos mentores quanto pelos estudantes. Além disso, a cultura institucional pode não favorecer a prática sistemática do feedback em contextos não avaliativos, como a mentoria, exigindo maior clareza na definição dos papéis de cada ator.

A sobrecarga de tempo e o acúmulo de funções, relatados pelos mentores, também aparecem de forma recorrente na literatura como

barreiras à sustentabilidade dos programas de mentoria ^{13,14,16}. Em currículos baseados em metodologias ativas – que demandam intensa dedicação dos docentes à facilitação de grupos e à supervisão em cenários de prática –, é fundamental que a mentoria seja reconhecida como uma atividade institucional relevante, com carga horária formal, infraestrutura adequada e estratégias de apoio aos mentores.

Os resultados da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) mostram um nível moderado de satisfação entre os estudantes, sem associação direta com a avaliação da mentoria. Esse dado sugere que a experiência vivenciada na mentoria pode ter valor autônomo na construção de vínculos e redes de apoio, especialmente para os alunos com menor suporte externo. Em alguns casos, inclusive, a mentoria foi descrita como o principal espaço de acolhimento na vida universitária, o que reforça a importância de sua qualificação.

Em síntese, os achados deste estudo dialogam com a literatura nacional e internacional ao apontar que a mentoria pode ser uma ferramenta poderosa no apoio à formação médica integral, mas que sua efetividade depende de múltiplos fatores: clareza de objetivos, preparo dos mentores, reconhecimento institucional, espaço para personalização e mecanismos estruturados de feedback. A ausência de alinhamento entre as expectativas dos estudantes, as diretrizes do programa e a prática cotidiana pode comprometer o engajamento e limitar os benefícios potenciais da mentoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou um programa de mentoria integrado a um currículo médico baseado em metodologias ativas, revelando uma valorização significativa por parte de estudantes e mentores no que diz respeito ao suporte psicossocial, ao acolhimento emocional e à construção da identidade profissional. Esses achados reforçam o papel da mentoria como espaço de escuta, vínculo e desenvolvimento ético, principalmente em contextos formativos marcados por exigências cognitivas e emocionais intensas.

Por outro lado, foram identificadas limitações importantes quanto ao impacto percebido no aprendizado acadêmico e clínico, além de uma desconexão relevante na prática de feedback. A ausência ou fragilidade do retorno sistemático aos mentorandos compromete o potencial formativo do programa e evidencia a necessidade de capacitação docente mais específica, bem como de mecanismos institucionais que garantam a efetividade dessa dimensão.

Os desafios relatados pelos mentores – especialmente a gestão do tempo, a dificuldade em manter o engajamento discente e a carência de apoio institucional – indicam que a sustentabilidade e a qualidade da mentoria dependem de condições estruturais e organizacionais favoráveis. Não basta instituir um programa: é preciso investir em sua governança pedagógica.

Recomenda-se, portanto, que instituições com currículos centrados no aluno realizem avaliações regulares de seus programas de mentoria, promovam a escuta ativa de seus participantes, invistam na formação continuada dos mentores e garantam espaços estruturados para feedback e personalização da experiência. A qualificação da mentoria, para além de uma demanda educacional, representa um compromisso com a formação de médicos mais empáticos, resilientes e conectados com os desafios humanos da prática clínica.

Os achados deste estudo oferecem contribuições relevantes para a implementação e aprimoramento de programas de mentoria em cursos de medicina com metodologias ativas. Destaca-se a importância de alinhar objetivos, expectativas e práticas entre coordenação, mentores e mentorandos. A formação contínua dos mentores – com ênfase em comunicação, escuta ativa, feedback e gestão do tempo – é fundamental para garantir a efetividade da experiência formativa.

A instituição também deve reconhecer formalmente o papel do mentor como atividade docente estruturante, garantindo carga horária, espaços de apoio e momentos para troca entre pares. A personalização dos encontros, a escuta ativa dos estudantes e a integração com outras dimensões curriculares são estratégias promissoras para aumentar a relevância do programa.

Entre as limitações do estudo destaca-se o fato de tratar-se de um estudo de caso único, em uma instituição específica, o que limita a generalização dos resultados. A amostra foi intencional e pode refletir viés de autosseleção. Pesquisas futuras com delineamento longitudinal ou comparativo entre diferentes escolas médicas podem ampliar a compreensão dos fatores que potencializam a eficácia da mentoria.

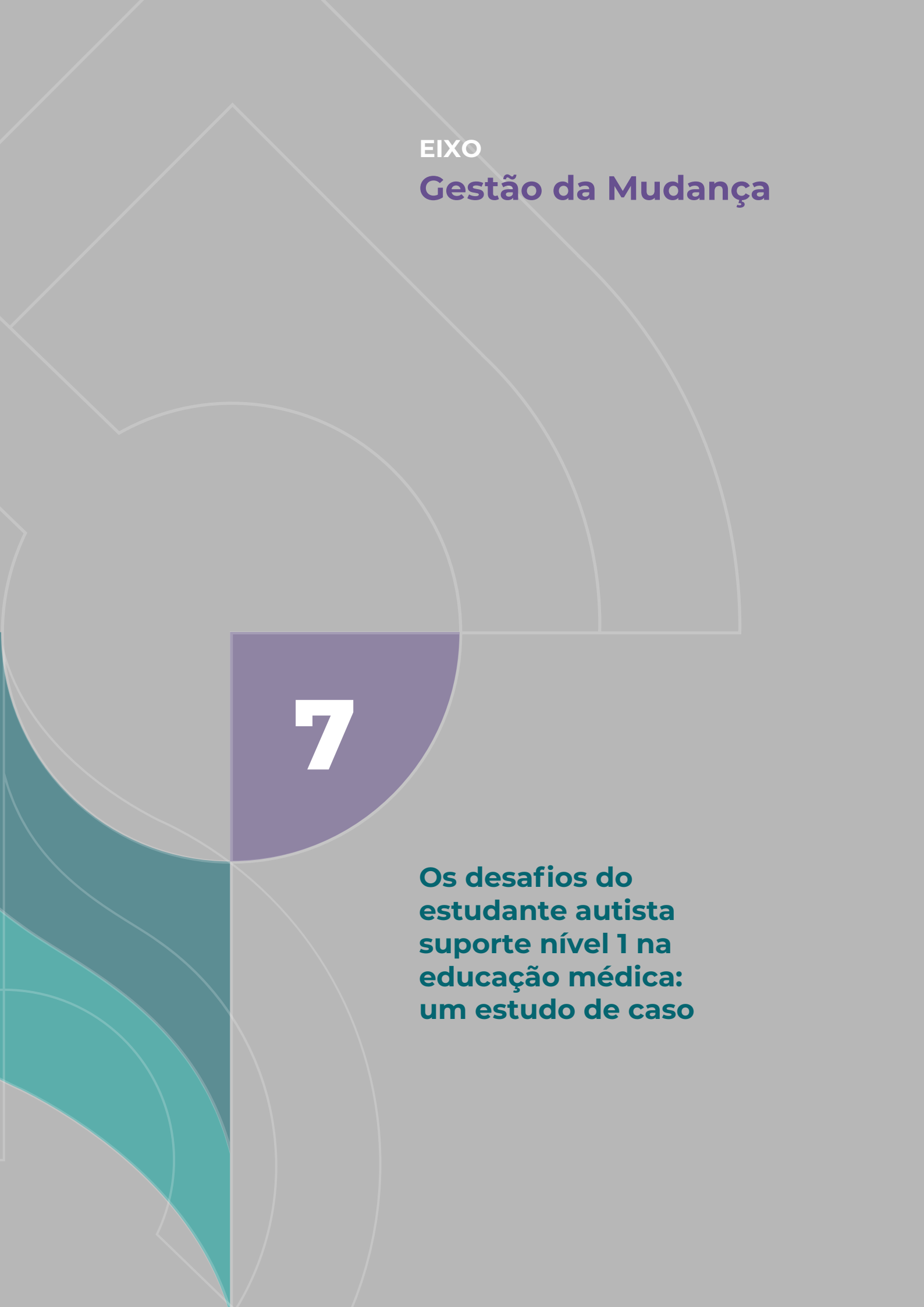
AGRADECIMENTOS

Agradeço aos estudantes e mentores que gentilmente participaram desta pesquisa, compartilhando suas experiências com profundidade e honestidade.

REFERÊNCIAS

1. Daloz LA. *Mentor: Guiding the Journey of Adult Learners*. Wiley; 2012.
2. Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education*. Springer; 1980.
3. Kolb DA. *Experiential Learning*. FT Press; 2014.
4. Norman GR, Schmidt HG. The psychological basis of problem-based learning: A review of the evidence. *Acad Med*. 1992;67(9):557–65.
5. Topping KJ, Ehly S. *Peer-Assisted Learning*. Routledge; 1998.
6. Sambunjak D, Straus SE, Marušić A. Mentoring in academic medicine: A systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1103–11.
7. Bergelt C, Heinen I, Guse J. Mentoring for medical students. *Bundesgesundheitsblatt*. 2018;61(2):210–7.
8. Krishna LKR et al. The role of mentoring on professional identity formation: A systematic scoping review. *BMC Med Educ*. 2022;22:531.
9. Silva EFSF, Miyasaki MCOS. Implantação de mentoria em uma faculdade de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46:e030.
10. Paro HBM et al. Qualidade de vida do estudante de medicina. *Rev Med*. 2019;98(2):140–7.
11. Acherman ND et al. Mentoria entre pares e ambiente educacional. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45:e100.
12. Marshall AG et al. The importance of mentors and how to handle more than one. *Pathog Dis*. 2022;80(1):ftac011.
13. Hauer KE et al. Evaluation of a longitudinal medical student coaching program. *Teach Learn Med*. 2023;35(5):550–64.
14. Bray MJ et al. Implementing faculty development to support assessment. *Teach Learn Med*. 2021;33(4):434–44.
15. Wu SP et al. Transforming Feedback into Learning. *Indian Pediatr*. 2025;62(3):221–7.
16. Ratner ER et al. Evaluation of a senior mentor program. *Gerontol Geriatr Educ*. 2022;43(3):418–28.
17. Mamede S, Schmidt HG, Norman GR. Innovations in problem-based learning. *Adv Health Sci Educ*. 2006;11:403–22.

18. Schrempf S et al. Professionalism and mentoring: A longitudinal portfolio study. *GMS J Med Educ.* 2022;39(1):Doc12.
19. Feeley AA et al. Mentoring for underrepresented groups in medical education. *J Surg Educ.* 2024;81(3):353–66.
20. Álvarez-Montero S et al. Mentoring to improve coping with grief. *Heliyon.* 2023;9(10):e20959.
21. Costa AR da et al. Significados de mentoria na formação em saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2021;45:e126.
22. Silva JEC et al. Mentoria para o estudante de medicina. *Braz J Dev.* 2021;7(4):42117–37.
23. Hofhansl A, Körmöczí GF. Mentoring em grande escala. *Wien Med Wochenschr.* 2014;164(11–12):213–9.
24. Marôco JP et al. Escala de Satisfação com Suporte Social – adaptação Brasil-Portugal. *Psicol Reflex Crít.* 2014;27:247–56.
25. Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo: edição revista e ampliada. São Paulo: Edições, 70, 280.
26. Servant-Miklos VF et al. Intellectual history of problem-based learning. *Wiley Handbook of PBL.* 2019;3–24.



EIXO

Gestão da Mudança

7

**Os desafios do
estudante autista
suporte nível 1 na
educação médica:
um estudo de caso**

Os desafios do estudante autista suporte nível 1 na educação médica: um estudo de caso

Carine Oliveira dos Santos¹ / Denise Herdy Afonso² (orientadora) / Lia Marcia Cruz da Silveira (orientadora) / Sandra Helena Cerrato Tibiriçá³

carineoliveiranfp@gmail.com/ deniseherdy@gmail.com / liadasilveira@gmail.com / shctibi@gmail.com

Palavras-chave: Autismo; Ensino superior; Inclusão educacional; Educação médica; Acessibilidade pedagógica.

RESUMO

Introdução: O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma condição de neurodesenvolvimento marcada por desafios na comunicação social e comportamentos repetitivos, com diagnóstico frequentemente tardio em adultos. **Objetivo:** Este estudo de caso busca abordar os desafios enfrentados por um estudante de medicina com diagnóstico de autismo suporte 1 em uma instituição privada. **Método:** Através de pesquisa qualitativa. **Resultados:** A pesquisa revelou barreiras estruturais, ausência de políticas inclusivas específicas e limitações no preparo docente para atender estudantes neurodivergentes. Apesar do suporte oferecido pelo Núcleo de Apoio ao Discente, lacunas como falta de privacidade, ausência de adaptações pedagógicas e interações docentes insensíveis impactaram negativamente na trajetória acadêmica do estudante. **Conclusão:** A análise enfatiza a urgência de políticas inclusivas robustas e de formação docente para promover ambientes acolhedores e acessíveis no ensino superior.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma condição de neurodesenvolvimento caracterizada por sua natureza heterogênea e por um componente genético significativo. As principais características diagnósticas

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, Bahia, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

incluem prejuízos na comunicação social e comportamentos repetitivos e restritivos, que podem variar em intensidade e impacto funcional, além de interesses limitados e invariáveis^{1,2}.

Nas últimas décadas, o aumento significativo na incidência e prevalência do TEA, principalmente no diagnóstico de crianças nos primeiros anos de vida, tem sido amplamente documentado³. Em países em desenvolvimento, no entanto, o diagnóstico ocorre frequentemente de forma tardia, com idade média de cinco anos⁴. Entre os fatores que se apresentam para esse atraso estão as condições financeiras das famílias, a falta de percepção dos sinais e sintomas clínicos pelos familiares, bem como o acesso limitado a profissionais encontrados.

Alguns indivíduos, entretanto, recebem o diagnóstico apenas na fase adulta, o que reflete a complexidade das questões envolvidas⁵. A literatura denomina esses casos de diagnósticos tardios como pertencentes à “geração perdida”⁶. Em alguns casos, o diagnóstico em adultos só ocorre após esses indivíduos se tornarem pais de crianças com autismo⁷. Vale destacar que o aumento no número de diagnósticos tardios foi facilitado pela ampliação dos critérios de diagnósticos introduzidos no DSM-5⁵.

O autismo, assim como outras condições de deficiência, requer um olhar inclusivo para as práticas pedagógicas. No Brasil, a inclusão educacional tornou-se uma necessidade reconhecida como uma ação política, cultural, social e pedagógica, destinada a garantir o direito de todos os alunos a aprenderem e participarem juntos⁸. No campo da Educação Especial, os debates sobre inclusão foram impulsionados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394/96⁹.

Com relação ao ensino superior, a Política Nacional de Educação Especial, publicada em 2008, reforça a necessidade de integrar a educação de pessoas com deficiência em diferentes níveis de acesso, abrangendo desde questões estruturais até o processo de aprendizagem¹⁰. Além disso, a Lei nº 12.764, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, confirma o TEA como uma deficiência, assegurando o suporte legal para que seus direitos sejam respeitados.

Apesar desse arcabouço legal e do crescente número de pessoas com TEA que ingressam no ensino superior, observa-se uma elevada taxa de evasão, com cerca de 60% dos estudantes não conseguindo concluir a graduação segundo alguns estudos¹¹. Oliveira e Leite¹², a partir de uma revisão integrativa, elencaram a inexistência de programas de suporte, acessibilidade, permanência e a falta de divulgação de serviços de suporte

institucionais como fatores provocadores para evasão de estudantes com TEA no ensino superior.

Outro principal desafio enfrentado pelos estudantes autistas tem ênfase nas dificuldades de interação com os docentes. Muitos professores não recebem formação específica para lidar com a diversidade de perfis de seus alunos, o que pode levar ao distanciamento e à falta de sensibilidade nas interações. Além disso, a identificação do TEA em estudantes nem sempre ocorre de forma imediata, o que muitas vezes resulta na subestimação da necessidade de medidas inclusivas. A ausência de formação adequada dos docentes contribui para a perpetuação de abordagens pedagógicas conteudistas, que não contemplam métodos de ensino e aprendizagem mais inclusivos e diversificados¹³.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

A presente pesquisa adota o estudo de caso como estratégia metodológica qualitativa, conforme amplamente reconhecida pela literatura científica, para a realização de uma investigação empírica aprofundada sobre um fenômeno no seu contexto real. Essa abordagem é sustentada por uma base teórica sólida, que orienta a coleta e análise de dados, garantindo a integração de informações obtidas por meio de diferentes técnicas e evidências¹⁴.

Seguindo a estrutura metodológica sugerida pela literatura, o planejamento do estudo de caso abrange as seguintes etapas: (i) observação direta do fenômeno em seu contexto; (ii) organização sistemática dos dados relevantes em consonância com os objetivos da pesquisa; (iii) análise de conteúdo das informações coletadas; (iv) comparação com outros casos similares, quando aplicável; (v) interpretação dos resultados com base no referencial teórico adotado; e (vi) descrição detalhada do caso, apresentada na seção a seguir¹⁴. Cabe destacar que a situação foi documentada a partir da ciência e autorização prévia da estudante, com observação direta dos fatos e fenômenos.

A questão orientadora desta pesquisa é *Como o apoio psicopedagógico se organiza para o atendimento às necessidades de um estudante de medicina em uma instituição privada?* I. V., 39 anos, é estudante de graduação em Medicina em uma universidade privada, que chamaremos de Instituição X. Ela foi matriculada no segundo semestre de 2018, após ingressar por meio de processo seletivo de ampla concorrência. A Instituição X tem, aproximadamente, 2,6 mil alunos no curso de Medicina e cerca de 350 docentes. I. V. é neurodivergente, com diagnóstico prévio, em 2004, de

autismo nível de suporte 1 (conforme DSM-5) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

A estrutura organizacional contava com diversas camadas de coordenação: um diretor médico, um coordenador médico geral, um coordenador adjunto médico e dois coordenadores adjuntos de equipe multiprofissional. Cada semestre possuía um coordenador de eixo (profissionais médicos e não médicos, dependendo do eixo). Contudo, nos eixos profissionalizantes, os coordenadores eram exclusivamente médicos. A comunicação com essas coordenações era intermediada pela liderança de turma ou pelo diretório acadêmico, o que tornava o contato desafiador para I.V., já que sua neurodivergência dificultava situações de exposição e interação social intensa.

A Instituição X oferta o curso de Medicina desde 2004, na modalidade presencial com metodologias de ensino que combinava ensino tradicional e aprendizagem baseado em problema (PBL). Turmas subdivididas em A, B e C, com aproximadamente 50 alunos em cada, que se subdividia em grupos de 10 para as sessões tutoriais e grupo de 5 alunos para atividades em grupos. O curso com carga horária total de 8 mil horas. Em 2022, o curso foi vendido para capital internacional, que investe em instituições privadas no Brasil. Portanto, não estando mais disponível o projeto pedagógico do período que I.V. cursou. Frequentemente, I.V. mudava de tutoria devido a dificuldades de interação e adaptação, preferindo não expor seu diagnóstico aos colegas por falta de contexto apropriado.

O curso apresentava uma carga horária integral ao longo dos seis anos, com poucos períodos de folga. Durante a pandemia, as aulas teóricas foram adaptadas ao formato on-line, mas as práticas retornaram ao modelo presencial assim que permitido. Essa transição temporária proporcionou um ambiente acadêmico menos intenso e estressante, reduzindo significativamente o tempo de interação social de I.V. com os colegas. A instituição dispunha de um Núcleo de Apoio ao Discente (NAD) exclusivo para estudantes de Medicina, situado na mesma sala da secretaria acadêmica. Quando o apoio psicológico era solicitado, a psicóloga utilizava uma sala de apoio, que podia ser uma sala de sessão tutorial ou qualquer outra sala ociosa.

I.V. trabalhava enquanto estudava e, por isso, não tinha uma turma fixa, escolhendo turmas com horários que melhor se adequassem à sua rotina. Isso dificultava a construção de laços com os colegas e a participação em atividades em grupo, que seguiam as divisões dos grupos tutoriais. Outro obstáculo foi a localização do NAD, a procura por salas reservadas já denotava que havia estudante buscando apoio psicológico, ficando evidente a perda

da privacidade na busca por suporte. Essa exposição foi um fator inibidor para I.V., que preferiu evitar o uso do serviço.

Ela sinalizou ao NAD seu diagnóstico neuro divergente no final do primeiro ano de curso, e alguns professores foram informados sobre suas dificuldades específicas, como a resolução de provas objetivas. Contudo, a resposta institucional foi limitada, pois muitos dos docentes médicos não possuíam formação pedagógica adequada para adaptar as avaliações ou os métodos de ensino às necessidades de estudantes neuro divergentes. A instituição não possuía nenhuma política de inclusão voltada para estudantes neurodivergentes e, durante todo o período em que esteve no curso, a estudante não tomou conhecimento de outros colegas com o mesmo perfil.

Ao identificar um panorama sobre a presença de estudantes com TEA no ensino superior brasileiro, o Censo da Educação Superior de 2016, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), indicou a matrícula de 488 estudantes autistas em instituições de ensino superior. Desses, a maior parte (56,56%) estava em universidades privadas, enquanto 43,44% frequentavam instituições públicas⁷. Ainda, para o mesmo ano, no ensino superior, foi observada a predominância masculina entre os estudantes com autismo, representando 61,5% (748 estudantes, com imputação) e 72,3% (395 estudantes, sem imputação). As mulheres correspondem a 38,5% (469 estudantes, com imputação) e 27,7% (151 estudantes, sem imputação) do total⁷. Em 2018, o número de estudantes autistas matriculados no ensino superior, em modalidades presenciais e a distância, chegou a 754, sendo 378 publicados com Autismo Infantil e 376 com Síndrome de Asperger¹⁵.

Dados mais recentes do Censo Escolar de 2023, realizados pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Inep, não oferecem informações específicas sobre estudantes com deficiência no ensino superior. Contudo, dos 1.771.430 estudantes matriculados em modalidades de educação especial, 62,9% (1.114.230) concentram-se no ensino fundamental, 16% (284.847) na educação infantil e 12,6% (223.258) no ensino médio. Entre esses, 35,9% (636.202) possuem diagnóstico de TEA. Tais números destacam a necessidade de intensificar os registros e políticas voltadas para a inclusão desses estudantes em níveis mais avançados de ensino¹⁶.

Observa-se uma concentração de iniciativas inovadoras relevantes, principalmente para crianças com TEA. Contudo, como considerado neste estudo, muitos diagnósticos são concluídos tardiamente, e há um número significativo de adultos ainda não diagnosticados. Isso sugere que os dados estatísticos disponíveis não podem refletir a realidade de forma precisa. Por outro lado, mesmo com leis e políticas que favoreçam a entrada dos

estudantes com TEA, a efetividade na garantia da permanência no ensino superior é inconsistente, contribuindo para a evasão.

O caso apresentado neste estudo envolve uma estudante autista de suporte 1, cuja trajetória acadêmica revela uma caminhada solitária, pois não conheceu nenhum outro colega neurodivergente. Além disso, a ausência de políticas inclusivas estruturadas impactou diretamente seu desempenho e bem-estar. A fragilidade da estrutura acadêmica, a falta de adaptações como tempo adicional para provas e suporte individualizado, bem como a ausência de formação docente em práticas inclusivas, resultaram no desenvolvimento do sentimento de exclusão e rejeição. As sessões tutoriais e atividades práticas em grupo eram situações interacionais bastante desafiadoras e desreguladoras, desencadeando um looping de mal-estar, sendo fator preponderante para o mínimo de exposição do diagnóstico com os colegas de curso.

Estudos como os de Olivati e Leite¹⁷ caracterizam desafios semelhantes enfrentados por estudantes universitários com TEA. Dificuldades na comunicação com docentes, ausência de suporte institucional e falta de preparação de professores são recorrentes. Em contrapartida, os colegas da turma demonstraram maior receptividade, evidenciando a complexidade das interações sociais nesse contexto. Relatos de experiência, como o de Ferrari¹⁸ também apontam barreiras significativas, incluindo a carência de professores especializados, recursos de acessibilidade pedagógica e enfrentamento de preconceitos. Já na educação básica, autores como Giadineto¹⁹ e Parra²⁰ destacam a eficácia do modelo colaborativo com o suporte de um acompanhante terapêutico (AT), prática ainda pouco explorada no ensino superior.

O Decreto nº 3.298/1999 estabelece a obrigatoriedade de adaptações curriculares e suporte necessário para atender às necessidades de estudantes com deficiência no ensino superior. Apesar disso, as estratégias institucionais permanecem frágeis, com núcleos de apoio ao discente insuficientemente preparados para a educação inclusiva. A inclusão efetiva de estudantes autistas depende de uma abordagem que considere suas características individuais. O planejamento pedagógico adequado e a valorização das habilidades desses alunos são fundamentais para o seu progresso²¹. Como apontam Tomelin *et al.*²², a presença física na sala de aula não garante sua inclusão plena. É necessário um esforço coletivo para superar barreiras estruturais e culturais, promovendo, assim, um ambiente mais inclusivo e acolhedor no ensino superior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há 21 anos, I.V. ingressou no ensino superior realizando sete graduações, sendo quatro concluídas, duas em processo de conclusão e uma com total desistência diante do contexto desafiador. Nessas duas décadas, a sensação de introdução se sobrepôs à inclusão. Os professores e os colegas de curso foram os elementos mais estressores. A estrutura física foi irrelevante diante desses desafios. Ao ingressar no ensino superior, as fragilidades das políticas inclusivas tornam-se evidentes, pois as estratégias adotadas frequentemente ficam a cargo de cada instituição, sem diretrizes claras ou regulamentares robustas. Essa lacuna compromete a uniformidade e a eficácia da inclusão, principalmente porque os núcleos de apoio ao discente, em geral, limitam-se a aspectos burocráticos, como a recepção de elogios médicos, sem estabelecer um diálogo eficaz com psicopedagogos, pedagogos e terapeutas ocupacionais.

Esse descompasso é agravado pelo fato de muitos adultos não manterem acompanhamento sistemático com profissionais especializados, diferentemente do que ocorre na educação básica. Outro ponto crítico é a formação dos profissionais do ensino superior. A maioria carece de qualificação específica em educação especial e inclusiva, dificultando a implementação de práticas pedagógicas adequadas às necessidades.

Para avançar na construção de uma educação inclusiva que contemple as necessidades de estudantes autistas, apresento as seguintes sugestões:

1. **Inclusão de vozes de pessoas com TEA:** é fundamental garantir a participação ativa de pessoas com TEA na formulação de políticas públicas externas ao acesso e à permanência no ambiente educacional, garantindo que suas perspectivas e experiências sejam ouvidas e valorizadas.
2. **Promoção de ações interdisciplinares:** a inclusão deve ser abordada de forma interdisciplinar, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e abrangendo toda a comunidade acadêmica, desde docentes até gestores, técnicos e estudantes.
3. **Estratégias focadas em equidade:** desenvolver e implementar estratégias que promovam a equidade no ambiente educacional, considerando tanto as necessidades individuais dos estudantes quanto o envolvimento e a conscientização de toda a comunidade acadêmica.
4. **Letramento sobre neurodivergência:** investir em programas de formação e letramento que promovam uma compreensão

ampla e profunda sobre o TEA, com ênfase em suas múltiplas dimensões, nuances e particularidades.

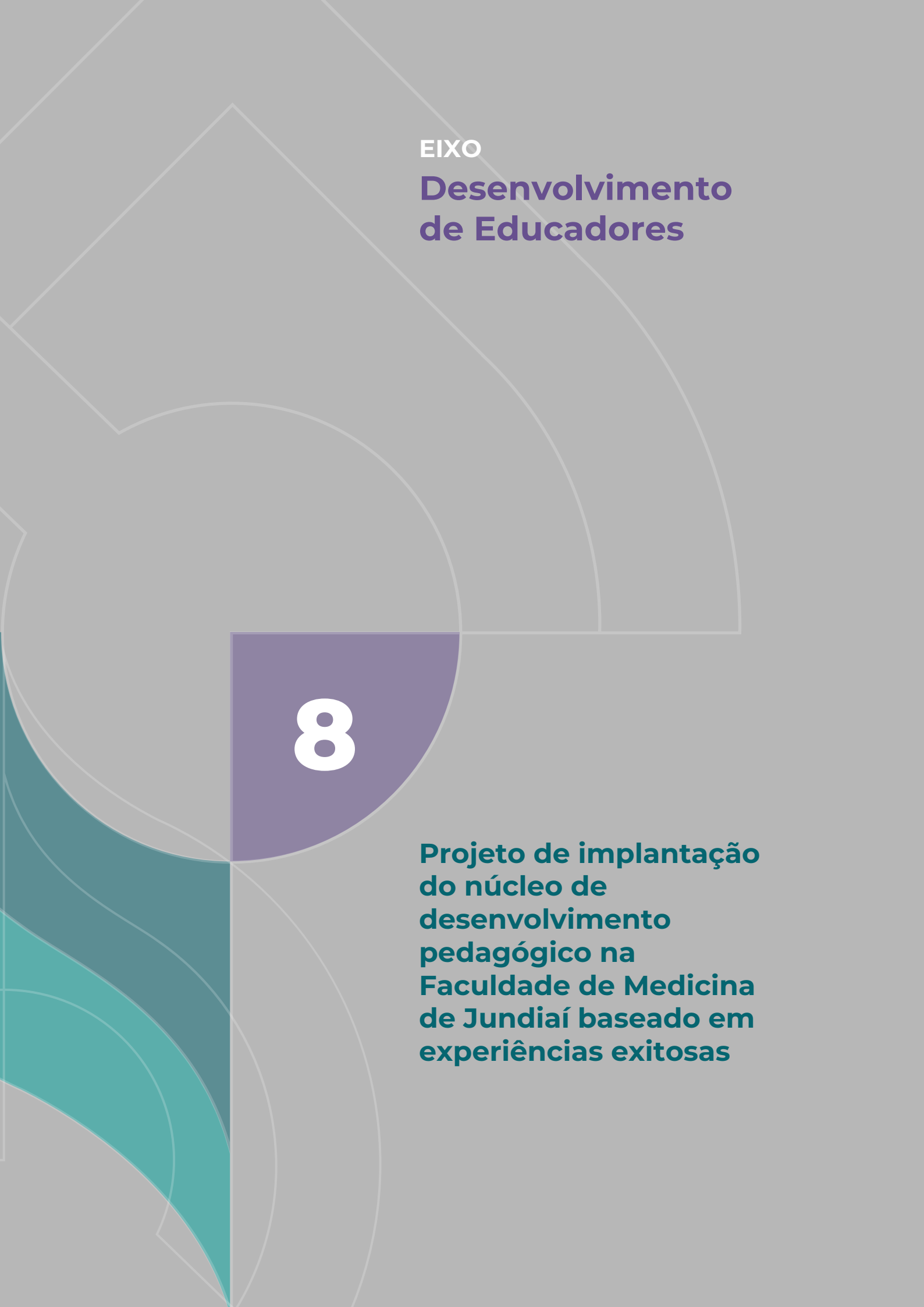
- 5. Fortalecimento dos Núcleos de Apoio aos Discentes e/ou Acessibilidade:** é necessário garantir a efetividade desses núcleos, para que atuem além da simples recepção de relatórios médicos. Eles devem contar, no mínimo, com equipes multidisciplinares compostas por psicólogos, psicopedagogos e terapeutas ocupacionais especializados em educação inclusiva.

REFERÊNCIAS

1. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018;392(10146):508-20.
2. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
3. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J. Prevalência de transtorno do espectro autista entre crianças de 8 anos - Rede de Monitoramento de Autismo e Deficiências de Desenvolvimento, 11 locais, Estados Unidos, 2016. *MMWR Surveill Summ*. 2020;69(1):1-12.
4. Wiggins LD, Baio J, Rice C. Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population-based sample. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(2):79-87.
5. Ronzani LD, et al. Diagnóstico do transtorno do espectro autista do adulto: armadilhas e dificuldades diagnósticas. *Rev Bras Neurol Psiquiatr*. 2023;2:15-24.
6. Lai MC, Baron-Cohen S. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(11):1013-27.
7. Silva LB, Almeida PF, Oliveira PSD, Assis JR, Santos GMT, Freitas RF. Transtorno do espectro autista na educação superior: perspectivas e desafios evidenciados por docentes universitários no processo de ensino-aprendizagem. *Conhec Divers*. 2021;13(30):171-91.
8. Brasil. Ministério da Educação. Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas. Brasília: MEC; 2007 [citado 30 nov 2024]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>
9. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996 [Internet]. Brasília: Presidência da República; 1996 [citado 30 nov 2024]. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br>.

10. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília: MEC/SEESP, 2008.
11. Newman L, Wagner M, Knokey AM, Marder C, Nagle K, Shaver D, Wei X. The post-high school outcomes of young adults with disabilities up to 8 years after high school. A report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2). NCSER 2011-3005.
12. Oliveira ACS, Leite DS. Inclusão de estudantes com transtorno do espectro autista na educação superior: uma revisão integrativa. SciELO Preprints. 2022.
13. Silva MC, Pavão SMO. (Im)possibilidades das adaptações curriculares na educação superior. Rev e-Currículo. 2018;16(3):621-49.
14. Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
15. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Sinopse estatística da educação superior 2017 [Internet]. Brasília: Inep; 2018 [citado 22 dez 2024]. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>.
16. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Matrículas na educação especial chegam a mais de 1,7 milhão [Internet]. Brasília: Inep; 2023 [citado 22 dez 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/censo-escolar/matriculas-na-educacao-especial-chegam-a-mais-de-1-7-milhao>.
17. Olivati, Ana Gabriela; LEITE, Lúcia Pereira. "Experiências Acadêmicas de Estudantes Universitários com Transtornos do Espectro Autista: uma Análise Interpretativa dos Relatos." Revista Brasileira de Educação Especial, vol.25, n.4, pp.729-746, 2019. ISSN 1980-5470. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382519000400012>
18. Ferrari JB. Inclusão de um estudante autista no ensino superior: um relato de experiência na UFPR Litoral. In: Congresso Brasileiro de Educação Especial, 7., 2006, São Carlos. Anais eletrônicos. Campinas: Galoá; 2016.
19. Giardinetto A. Educação do aluno com autismo: um estudo circunstanciado da experiência escolar inclusiva e as contribuições do currículo funcional natural [tese]. Marília: Universidade Estadual Paulista; 2009.
20. Parra LS. Atando laços e desatando nós: reflexões sobre a função do acompanhamento terapêutico na inclusão escolar de crianças autistas [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009. 153 p.

21. Armenara VA. Ferramentas de apoio ao professor de ensino superior sobre o estudante com TEA: manual e comunidade virtual de aprendizagem [dissertação]. São José dos Campos (SP); 2022.
22. Tomelin CS, et al. Inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: desafios institucionais. Rev Bras Educ. 2018;23:e230074.
23. Camaliente DO, Kondo L, Rocha ANDC. Estudantes do ensino superior com transtorno do espectro autista: uma revisão integrativa da literatura brasileira. Rev Educ Espec. 2021;34:e4.
24. Silva SC, Schneider DR, Kaszubowski E, Nuernberg AH. Estudantes com transtorno do espectro autista no ensino superior: analisando dados do Inep. Psicol Esc Educ. 2020;24:e243289.



EIXO

Desenvolvimento de Educadores

8

**Projeto de implantação
do núcleo de
desenvolvimento
pedagógico na
Faculdade de Medicina
de Jundiaí baseado em
experiências exitosas**

Projeto de implantação do núcleo de desenvolvimento pedagógico na Faculdade de Medicina de Jundiaí baseado em experiências exitosas

Ana Paula Zanin dos Santos Felgueiras¹ / Marília Jesus Batista de Brito Mota² / Oscarina da Silva Ezequiel³ (orientadora)

anapaulazanin@g.fmj.br / mariliamota@g.fmj.br / oscarinaufjf@gmail.com

Palavras-chave: Educação Médica; Capacitação de Professores; Instituições de Ensino Superior; Docentes.

RESUMO

Introdução: O projeto propõe a implantação de um núcleo de desenvolvimento pedagógico (NDP) na Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), com o objetivo de desenvolver competências pedagógicas, buscando atender às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014. Essas diretrizes enfatizam métodos que promovam o protagonismo discente e um aprendizado mais crítico e reflexivo, além de abordagens pedagógicas inovadoras. A FMJ busca alinhar sua missão de formar profissionais generalistas e humanistas às demandas das DCN e superar fragilidades identificadas em avaliações externas. Assim, a criação do NDP visa consolidar as inovações pedagógicas e integrar a formação continuada, atendendo também às expectativas de acreditação institucionais. **Objetivo:** Este projeto tem como objetivo descrever a implantação do NDP para aprimorar competências pedagógicas dos docentes e preceptores. Especificamente, o projeto busca analisar necessidades institucionais, definir etapas de implantação e alinhar práticas pedagógicas a experiências exitosas descritas na literatura. **Método:** A intervenção será longitudinal, entre 2025 e 2026, com avaliação qualitativa e quantitativa, abrangendo análise documental, aplicação de questionários e realização de oficinas pedagógicas. A estrutura do NDP será composta por membros do Núcleo Docente Estruturante (NDE), da assessoria pedagógica e

¹ Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

da coordenação de curso, além do engajamento de preceptores e professores. As ações incluirão: apoio aos docentes para adoção de metodologias ativas de aprendizado (MAA), com atendimentos individualizados e oficinas; produção de materiais educativos e realização de cursos de capacitação para preceptores; criação de uma comunidade de prática para fomentar a troca de experiências pedagógicas; avaliação contínua das intervenções; e disseminação dos resultados. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e devidamente aprovado. Indicadores como adesão às MAA, satisfação dos docentes e desempenho discente serão avaliados para medir o impacto do projeto. Os indicadores serão analisados qualitativa e quantitativamente. A análise qualitativa será dos documentos institucionais e relatórios de avaliação externa. A análise quantitativa será realizada para avaliar a percepção docente e discente com relação ao uso de MAA. **Resultado:** O projeto visa melhorar indicadores de qualidade educacional, promover o uso de MAA e aumentar o protagonismo estudantil. Esperam-se também maior integração entre disciplinas, avanço em pesquisas sobre educação médica e impacto positivo na formação de profissionais de saúde. Este projeto tem o potencial de gerar uma mudança significativa na cultura educacional da FMJ, contribuindo para a formação de profissionais mais preparados e alinhados às necessidades do sistema de saúde. **Conclusão:** Espera-se que o projeto de NDP seja efetivo para o desenvolvimento docente na FMJ e que esse desenvolvimento pedagógico reflita no ensino, na extensão e na pesquisa, que são os pilares da formação. A implementação no NPD será de grande relevância para a instituição e com impacto esperado em diversas áreas que contribuirão para o desenvolvimento da instituição.

ABSTRACT

Introduction: The project proposes the implementation of a pedagogical development center (NDP) at the Jundiaí Medical School (FMJ), with the aim of developing pedagogical competencies in order to comply with the 2014 National Curriculum Guidelines (DCN). These guidelines emphasize methods that promote student protagonism and more critical and reflective learning, as well as innovative pedagogical approaches. The FMJ seeks to align its mission of training generalist and humanist professionals with the demands of the DCN and overcome weaknesses identified in external evaluations. Thus, the creation of the NDP aims to consolidate pedagogical innovations and integrate continuing education, while also meeting the expectations of institutional accreditation. **Objective:** This project aims to describe the implementation of the NDP to improve the pedagogical skills of teachers and preceptors. Specifically, the project seeks to analyze institutional needs, define implementation stages and align pedagogical

practices with successful experiences described in the literature. **Method:** The intervention will be longitudinal, between 2025 and 2026, with qualitative and quantitative evaluation, including document analysis, questionnaires and pedagogical workshops. The structure of the NDP will be made up of members of the Structuring Teaching Nucleus (NDE), the pedagogical advisory body and the course coordinator, as well as the engagement of preceptors and teachers. Actions will include: support for teachers to adopt active learning methodologies (ALM), with individualized consultations and workshops; production of educational materials and training courses for preceptors; creation of a community of practice to encourage the exchange of pedagogical experiences; continuous evaluation of interventions; and dissemination of results. The project was submitted to the Research Ethics Committee and duly approved. Indicators such as adherence to the ALM, teacher satisfaction and student performance will be evaluated to measure the impact of the project. The indicators will be analyzed qualitatively and quantitatively. The qualitative analysis will be of institutional documents and external evaluation reports. Quantitative analysis will be carried out to assess the perception of teachers and students regarding the use of ALM. **Results:** The project aims to improve educational quality indicators, promote the use of ALM and increase student protagonism. Greater integration between disciplines, advances in medical education research and a positive impact on the training of health professionals are also expected. This project has the potential to generate a significant change in FMJ's educational culture, contributing to the training of professionals who are better prepared and aligned with the needs of the health system. **Conclusion:** It is hoped that the NDP project will be effective for faculty development at FMJ and that this pedagogical development will be reflected in teaching, extension and research, which are the pillars of training. The implementation of the NPD will be of great relevance to the institution and is expected to have an impact on various areas that will contribute to the development of the institution.

Keywords: Medical Education; Teacher Training; Higher Education Institutions; Teachers.

INTRODUÇÃO

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)¹ de 2014, para os cursos de graduação em Medicina, é requerida uma abordagem ampla e integrada, para o alcance do perfil de um egresso com autonomia para buscar o conhecimento, por meio de experiências educacionais e da reflexão crítica (ação – reflexão – ação) sobre o mundo e suas práticas. Para isso são recomendados novos métodos de ensino e avaliação, sustentados por uma mudança de paradigma.²

Para o alcance dessas mudanças, são grandes os desafios para as escolas médicas. Um estudo exploratório foi realizado para compreender a consolidação das DCN no contexto de duas instituições de ensino contemporâneas: uma autarquia municipal de estrutura tradicional e uma filantrópica com currículo inovador. Na percepção dos docentes do terceiro e sexto ano de graduação médica das escolas estudadas, constatou-se que os professores têm dificuldade de seguir os planos de ensino, e, na prática, os objetivos de aprendizagem são diferentes dos documentos oficiais. Além disso, observou-se nos relatos uma resistência às mudanças tanto em relação às metodologias de ensino quanto no que concerne à avaliação³, que é um dos desafios encontrados nos cursos de Medicina na implantação do modelo de aprendizagem com a concepção pedagógica crítico-reflexiva⁴.

Com o avanço das mudanças educacionais e a crescente necessidade de formar profissionais de saúde mais preparados para a prática clínica, tem sido uma prioridade a incorporação de métodos de ensino que colocam o estudante como protagonista do processo educativo, incentivando a participação ativa e o aprendizado autônomo, ao contrário das abordagens tradicionais de ensino expositivo, descritas como “palestras entediantes”⁵.

Nesse contexto, as metodologias ativas de aprendizado (MAA) ganham destaque pelo fato de influenciarem positivamente o engajamento discente e a satisfação com o ensino-aprendizagem. Docentes aptos a aplicá-las, podem despertar nos educandos a motivação para “aprender a aprender”. Assim como o resgate de conhecimentos prévios e o desenvolvimento contínuo do raciocínio clínico promovem a solução oportuna dos mais variados problemas⁶.

Segundo estudos, algumas barreiras foram relatadas por docentes para a utilização de MAA. São elas: maior tempo necessário para preparo e aplicação, falta de estrutura, resistência a mudanças, sobrecarga e falta de formação pedagógica⁷. Ainda em relação aos fatores que inibem a adoção de aprendizagem ativa, outros estudos apontam o tamanho das turmas e fatores organizacionais (falta de reconhecimento, falta de autonomia) como limitantes para sua utilização⁷.

Para que realmente tenhamos mudança do modelo tradicional para o crítico reflexivo, a inclusão de novas MAA nos currículos médicos é fundamental, sendo necessário incluir e ouvir os docentes e estudantes, utilizando-se de meios que possam permitir sua sensibilização e compreensão, de modo a buscar uma construção coletiva dessa transição de forma que todos se apropriem dela⁸.

A formação continuada de professores desponta como um meio de favorecer a incorporação de MAA. Pode ser realizada no modelo híbrido, com algumas vantagens advindas do uso de tecnologias digitais. Os encontros *on-line*, incluindo fóruns de discussão e videoconferências, permitem a flexibilização de agendas, o aprendizado em tempo e ritmo personalizados, e a possibilidade de troca de experiências entre professores de diversas localidades⁹.

Algumas condições são importantes para envolver os professores em um processo de formação para o uso de MAA: o questionamento do papel do professor; a valorização e a construção da autonomia do estudante; a organização do espaço para uso integrado das tecnologias digitais; a reflexão sobre processos coerentes de avaliação do aprendizado; o envolvimento da gestão para propiciar uma mudança gradativa na cultura escolar¹⁰.

Uma revisão sistemática da literatura¹¹ teve como objetivos caracterizar o desenvolvimento docente, identificar as práticas pedagógicas utilizadas e mapear possíveis contribuições para a elaboração de programas de desenvolvimento docente em escolas médicas com currículo fundamentado na aprendizagem baseada em problema (ABP). Como resultados encontraram três grandes eixos: as características das estratégias utilizadas, os desafios e as perspectivas dos programas de desenvolvimento docente. Esses eixos delinearam aplicações práticas para um programa eficiente, destacando-se: gestão participativa, maior investimento nos docentes, elaboração e aplicação de programas de educação continuada e/ou permanente, com foco na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes. A pesquisa chegou à conclusão de que não há um padrão nas características desses programas e identificou que a importância do desenvolvimento docente foi reconhecida.

Outro estudo¹² avaliou qualitativamente as fragilidades e potencialidades dos programas de formação docente (FD) das instituições de ensino superior públicas federais e estaduais brasileiras. Como potencialidades, foram observadas mudanças na concepção do fazer/ser docente, no planejamento, na execução e avaliação das aulas, na ampliação do tripé ensino-pesquisa-extensão e no maior apoio institucional para a FD, como a inserção de eventos científicos e desenvolvimento de pesquisas nessa temática. Quanto às fragilidades, ressaltaram-se a falta de tempo e/ou gerenciamento das atividades docentes, a desvalorização das atividades de ensino, o desconhecimento das necessidades dos professores e a resistência docente às mudanças. Os programas tiveram importantes impactos na instituição, o que levou ao desenvolvimento de pesquisa nesse escopo, ao apoio no uso de diferentes avaliações dos estudantes, à inserção de eventos

científicos no âmbito da FD e à escuta do docente ante as demandas e inquietudes geradas pelo processo¹².

Esses achados nos levam a considerar o diálogo um dos meios mais simples e eficazes para que professores, estudantes e gestores possam cruzar fronteiras. Ao encontro desses, Carvalho-Filho et al.¹³ apontam a relevância da construção de uma comunidade de prática ou um grupo de desenvolvimento docente no processo de formação.

Foi realizado um estudo de caso, com a implementação de um projeto de mudança cultural, em uma Faculdade de Medicina da Universidade de Indiana, nos Estados Unidos, a partir de uma abordagem alternativa e participativa que se baseou nos interesses, pontos fortes e valores dos indivíduos dentro dos microssistemas da instituição. O impacto das ações, que não foram impositivas, mas sim construídas a partir da visão de uma nova cultura, gerou efeitos muito positivos. Observaram-se a reformulação do processo de admissão na faculdade, novas práticas relacionais nas reuniões do corpo docente, publicações iniciadas por estudantes e modificações de grandes projetos, além de projetos administrativos, como a avaliação do desempenho de departamento e a gestão baseada na missão¹⁴.

Uma revisão sistemática¹⁵ com metanálise analisou a efetividade de programas de desenvolvimento docente para a formação de professores universitários na área da saúde. Os estudos encontrados na revisão foram publicados entre 1984 e 2022 em 14 países com o tema profissionalização docente e foco nos programas que trouxeram mudanças concretas na prática docente. Observaram-se mudanças significativas no comportamento dos professores para estimular e incentivar os alunos, melhora na qualidade do ensino e do corpo docente, aprimoramento de habilidades como liderança e autoavaliação pelos professores e aperfeiçoamento do nível de confiança no ensino com o reconhecimento de novas formas de ensinar e a identificação de uma nova cultura de avaliação, de forma mais flexível e com a utilização da infraestrutura existente. A revisão mostrou que programas de desenvolvimento docente foram implementados em diferentes países e contextos, e todos provaram ser eficazes em curto, médio e longo prazos¹⁵.

De acordo com estudos, o sucesso da implementação de MAA depende de um compromisso institucional sólido e exige um esforço conjunto de toda a comunidade acadêmica. É um fator muito positivo quando a gestão institucional está engajada, demonstrando apoio e entusiasmo pelo processo de implementação. Pode-se investir em infraestrutura adequada, como salas de aula flexíveis e laboratórios interativos, porém assegurar recursos financeiros e humanos para a implementação e o aprimoramento contínuo das MAA, incluindo o investimento em FD e a organização de

eventos de formação, é crucial. A comunicação aberta e o diálogo constante entre docentes, discentes e equipe diretiva são fundamentais para o sucesso dessa iniciativa^{5,7}.

A mudança é um processo gradual que requer tempo, paciência e persistência, porém com ganhos permanentes para os envolvidos. A utilização de novas metodologias de ensino-aprendizagem é um desafio para os docentes e está diretamente relacionada à aposta destes na autonomia e no protagonismo do processo de aprendizagem discente^{5,7}. Pensando nisso, o objetivo principal deste projeto é o desenvolvimento docente que permita sua formação e apropriação das MAA pelos docentes e discentes.

Diante do exposto, em que se observam a importância e a efetividade dos programas de desenvolvimento docente, pretende-se elaborar um programa institucional de desenvolvimento docente, baseado nas evidências, em uma instituição do interior de São Paulo, no Brasil.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Será realizado um projeto de intervenção com a proposta de implantar um núcleo de desenvolvimento pedagógico (NDP) na Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), localizada no município de Jundiaí, em São Paulo.

O projeto será realizado de janeiro de 2025 a dezembro de 2026, com possível prorrogação de dois anos. Ações focadas no desenvolvimento pedagógico serão realizadas na instituição, e o método será descrito com detalhes a seguir. Para a avaliação da intervenção, será realizado um estudo longitudinal, qualiquantitativo com avaliações do diagnóstico situacional inicial e avaliações sequenciais para acompanhamento dos resultados obtidos.

Estão envolvidos no planejamento e execução do projeto, o Núcleo Docente Estruturante (NDE), a assessoria pedagógica, a coordenação de curso e a diretoria de planejamento. As duas pesquisadoras compõem o NDE. A diretoria da instituição de acordo com a elaboração e implementação do projeto. O público-alvo serão os docentes e preceptores envolvidos no processo de formação dos alunos da instituição.

O município de Jundiaí está localizado no estado de São Paulo. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 443.221 habitantes com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,82, considerado muito alto. O município possui 35 unidades de atenção primária à saúde (APS), sendo dez com Estratégia Saúde da Família (ESF), e a cobertura total da APS é de 60,22%.

A FMJ é um estabelecimento autárquico municipal isolado de ensino superior, com personalidade jurídica de direito público, com sede e foro no município de Jundiaí, no estado de São Paulo. A instituição de ensino superior (IES) segue as regras definidas pelo Regimento Escolar e pelo Regulamento Geral, ambos aprovados pelos órgãos colegiados da IES, órgãos reguladores municipais e pelo Conselho Estadual de Educação (CEE). Foi criada em 1968, com a missão de formar profissionais capazes de contribuir para o desenvolvimento sustentado da região onde está inserida, obedecendo às DCN para o curso de Medicina, e atuar para o desenvolvimento técnico e sustentado da região, em sua área de atuação. A instituição possui inserção no sistema de saúde municipal, nas áreas de assistência, educação permanente e continuada, desde a APS até a terciária.

Neste momento, a IES encontra-se em fase de mudança das metodologias de ensino, já aprovada pelos colegiados, buscando fortalecer o protagonismo dos estudantes, associando novas MAA às habitualmente já utilizadas. O curso de Medicina dessa IES possui uma carga horária de 9.520 com 120 vagas anuais, período integral e duração de 12 semestres. O total de estudantes matriculados na graduação é em torno 720, e a instituição conta com mais de 3.290 egressos.

A estrutura curricular da FMJ está organizada em dois anos pré-clínicos, dois anos clínicos e dois anos de internato (total de seis anos). Os departamentos constituem a menor estrutura acadêmica e são organizados por disciplinas que agrupam campos de conhecimento definidos. O coordenador do departamento tem a função de acompanhar o desenvolvimento do trabalho pedagógico das disciplinas. A participação na elaboração do plano de ensino em conformidade com o projeto pedagógico do curso da FMJ (PPC-FMJ) e a utilização de metodologia condizente com a disciplina, buscando atualização permanente, estão entre os deveres e as atribuições do corpo docente. A avaliação do curso é realizada pela equipe da coordenação de curso, pela assessoria pedagógica, pelo NDE e pela diretoria, e coordenada pela Comissão Própria de Avaliação (CPA).

Em relação ao desenvolvimento docente, ações conjuntas da assessoria pedagógica e da coordenação de curso vêm sendo realizadas ao longo dos anos nos departamentos acadêmicos. Em 2007, a escola participou do projeto de Avaliação das Tendências de Mudanças no Curso de Graduação das Escolas Médicas Brasileiras, uma pesquisa coordenada pela Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), e a análise dos dados obtidos classificou a FMJ como inovadora com tendência à avançada.

O corpo docente é constituído por professores nas seguintes categorias: professor auxiliar (título de especialista), professor assistente

(mestrado), professor adjunto (doutorado), professor associado (livre-docente) e professor titular. A contratação docente se dá segundo o disposto no Estatuto do Funcionalismo Municipal de Jundiaí ou na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), após concurso ou processo seletivo públicos, definidos em normas próprias aprovadas pelo Conselho Técnico Administrativo (CTA) ou congregação, de acordo com a titulação específica para cada uma das categorias.

Segundo o artigo 56 do Regulamento Geral de FMJ, a faculdade permite a inclusão de voluntários para o exercício de atividades docentes nas condições de professor colaborador, colaborador voluntário e preceptor, mediante a indicação e aprovação do conselho departamental acadêmico e do CTA, exceto os preceptores. O professor colaborador é aquele que tem um vínculo formal não remunerado com a instituição e possui, no mínimo, título de especialista. O colaborador voluntário é aquele que tem vínculo formal não remunerado com a instituição e possui apenas a graduação na sua área de atuação.

Os preceptores são profissionais da área da saúde com vínculo empregatício em diferentes cenários de práticas não pertencentes à FMJ, incluindo a área da APS e hospitais, e supervisionam os estudantes em nível de graduação ou residência médica. Todos possuem formação superior nas áreas da saúde, constituindo equipes multiprofissionais, e participam das atividades comuns definidas pela sua gestão e pela FMJ. A FMJ apresenta à prefeitura municipal de Jundiaí (PMJ) as necessidades de campos de estágios, o número de estudantes, os períodos de formação e os critérios de avaliação e acompanhamento num plano de trabalho que é renovado anualmente e aprovado na FMJ e na PMJ.

A gestão dos preceptores da rede pública é realizada pelos representantes do Grupo Interinstitucional de Trabalho, Ensino e Serviço na Saúde (Gites), definida por lei municipal e incluída no convênio FMJ e PMJ, constituído por dois representantes da FMJ e dois da PMJ. Os preceptores que atuam nos hospitais são definidos e acompanhados pelos professores que neles atuam e pela coordenação de curso, junto com os núcleos de educação dos hospitais conveniados.

O NDP terá como objetivo aprimorar as competências pedagógicas dos docentes e preceptores da FMJ para a apropriação de novos métodos de ensino e avaliação em consonância com as exigências das autoavaliações e avaliações externas, melhorando os indicadores de qualidade avaliados.

É necessário destacar que este projeto tem como fundamento o impacto que pode ser gerado no processo de aprendizagem dos estudantes,

beneficiando a formação e experiência dos docentes da instituição, bem como a melhoria ainda maior na formação do profissional do egresso da instituição.

O NDP será composto por membros do NDE, da assessoria pedagógica e da coordenação de curso por meio de convite e divulgação de portaria de sua formação. Será importante a identificação dos *stakeholders* ou dos professores de cada departamento que podem colaborar na formação de uma comunidade de prática, conforme recomendado por Carvalho-Filho et al.¹³.

Questionários e entrevistas iniciais serão aplicados para entender o nível de familiaridade e as percepções dos docentes sobre MAA, além da análise documental previamente realizada, caracterizando assim uma análise qualiquantitativa.

Na avaliação qualitativa, já foi realizada uma análise documental que é uma técnica de pesquisa de dados qualitativos para complementar as informações obtidas por outros meios. Foi utilizada para identificar informações nos documentos institucionais das características da instituição, potencialidades e necessidades de melhorias para que o projeto seja individualizado¹⁶.

Os documentos institucionais analisados foram o Regimento Escolar de 2017, o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) de 2024-2028, o PPC-FMJ de 2021-2025 e o Regulamento Geral de 2024. Analisaram-se também os resultados das avaliações externas, o relatório do CEE e o relatório do Sistema de Acreditação de Escolas Médicas (Saeme). O Saeme foi criado por meio de um acordo entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão público brasileiro responsável passível de regulamentação profissional e licenciamento médico, e da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem). Em 2022, passou a ser departamento do CFM reconhecido e credenciado internacionalmente pela Federação Mundial para a Educação Médica (World Federation for Medical Education – WFME).

Na avaliação quantitativa, serão utilizados questionários aplicados pela CPA ao final das disciplinas para os discentes, a fim de avaliar como é percebido pelos estudantes a utilização das MAA e quais disciplinas já empregam métodos inovadores.

Também será aplicado um questionário aos docentes para analisar o conhecimento sobre as MAA, sua utilização, dificuldades e o interesse em seu uso.

As ações de intervenção do NDP serão focadas no desenvolvimento de competências pedagógicas dos profissionais envolvidos na formação dos estudantes durante o curso de graduação em Medicina da FMJ.

Estão previstas ações para o corpo docente efetivo, com o apoio dos coordenadores dos departamentos, para os preceptores da rede pública com o apoio do Gites e para os preceptores que atuam nos hospitais em parceria com os núcleos de educação dos hospitais conveniados.

Dessa maneira, foram planejadas as seguintes ações:

1) Organizar as atividades de apoio aos docentes para definição de metodologias de ensino nas disciplinas, com encontros presenciais ou *on-line* utilizando plataforma digital do ambiente virtual de aprendizado. Para essa ação, serão definidos horários de atendimentos individualizados ou em pequenos grupos com agendamento tendo início em fevereiro de 2025.

2) Participar das reuniões de cada departamento com os respectivos coordenadores, como oportunidade de apresentar temas da realidade do professor e tipos de metodologias inovadoras e de avaliação no processo ensino-aprendizagem buscando o protagonismo dos estudantes, planejamento e documentos institucionais.

3) Divulgar em fôlderes educativos informações para os docentes, como foi realizado no Projeto “Se liga na dica!” de um curso de Medicina de uma Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Segundo os autores que divulgaram essa experiência, os docentes que participaram da devolutiva do projeto se mostraram satisfeitos com as dicas recebidas¹⁸. O material escrito será divulgado para todos os docentes via comunicação da imprensa da FMJ, como estratégia de apoio às oficinas de desenvolvimento docente. Segundo o estudo supracitado, é importante que sejam informações curtas, de fácil leitura.

4) Desenvolver oficinas/*workshop* proporcionando treinamento do corpo docente em práticas pedagógicas e técnicas de ensino, nos períodos específicos previstos no calendário oficial da instituição, em semanas em que os alunos participam de jogos e os docentes estão na faculdade, no primeiro e no segundo semestre. Nesse momento de oficina, além dos temas de educação médica, está previsto treinamento para o uso de plataformas e ferramentas digitais para engajamento dos discentes. O uso das tecnologias digitais na educação é parte da demanda atual, e os benefícios são relatados por alguns estudos¹⁹. Destaca-se então a importância da FD para uso das tecnologias. As datas previstas para essas oficinas são de 14 a 16 de abril e de 1º a 5 de setembro de 2025. Para os anos subsequentes, as datas serão definidas nos calendários acadêmicos.

5) Desenvolver pesquisas em educação médica por meio do incentivo a estudos nessa área.

6) Realizar curso de capacitação de preceptores, considerando sua importância na formação do estudante, pois necessitam também de educação continuada nessa área¹⁹. Serão realizados dois cursos para preceptores: um no primeiro semestre para preceptores dos hospitais conveniados e outro no segundo semestre para preceptores da APS. A instituição já fez ação semelhante, desenvolvendo um para preceptores da APS em 2023.

7) Incentivar a formação de uma comunidade de prática como estratégia de cooperação entre os professores do corpo docente. Segundo Carvalho-Filho et al.¹³, passos como reunir um grupo principal com docentes com liderança são importantes para o início da comunidade de prática, além de deixar claro os objetivos do projeto e os benefícios que as trocas entre docentes têm para a solução de problemas e conhecimentos compartilhados. É importante que o grupo seja um recurso útil, uma ajuda bem-vinda ao trabalho e não um fardo; para isso a comunicação dos resultados obtidos regularmente por meio de boletins, *workshops* ou redes informais é relevante. Além de escolher uma boa plataforma *on-line* para treinamentos, recursos e registro dos resultados, de modo a responder prontamente às dúvidas.

Será realizado um acompanhamento contínuo, no qual os docentes receberão *feedback* e apoio ao longo da implementação das mudanças em suas disciplinas.

Os resultados das ações do projeto serão divulgados utilizando a plataforma Google como ferramenta de comunicação e a rede de transmissão do WhatsApp.

As pesquisadoras acompanharão o projeto e os resultados por meio dos indicadores e questionários de avaliação institucional, além do *feedback* dos docentes durante as oficinas.

Etapa qualitativa

Para a análise do Regimento Escolar, do PPC-FMJ, do Relatório do Processo de Acreditação do Saeme da FMJ-2023 e do relatório do CEE, buscou-se analisar os indicadores relacionados à FD e à metodologia de ensino, além dos aspectos em que a IES já avançou e as fragilidades apontadas para melhoria.

Etapa quantitativa

Serão aplicados questionários para avaliar a percepção dos docentes e estudantes das ações do NDP e da percepção do conhecimento e da apropriação de metodologias de ensino inovadoras antes e depois de o projeto ter sido implantado. Serão coletados dados dos egressos que contêm informações sociodemográficas e também avaliação do ensino durante a graduação.

Utilizar-se-ão os indicadores bibliométricos para mensurar os projetos que estão sendo realizados na linha de pesquisa sobre educação médica e a publicação de trabalhos com essa temática.

Os indicadores de avaliações externas elegíveis para avaliação do impacto pós-implantação do núcleo serão analisados. O Saeme utiliza indicadores de avaliação por domínios. Sua avaliação é específica para programas de educação médica e possui cinco domínios: gestão educacional, programas educacionais, corpo docente, corpo discente e ambiente educacional. Cada domínio tem subdomínios que resultam em conceitos suficientes e insuficientes. No domínio da gestão educacional, o resultado da avaliação do NDE pode ser um bom indicador para avaliar a ação do projeto. No domínio programa educacional, será avaliada a implementação de métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante. O critério é considerado suficiente quando as estratégias educacionais são coerentes com os objetivos educacionais do curso e utilizam predominantemente métodos de ensino aprendizagem centrados no estudante, na prática profissional e na realidade de saúde da população.

O CEE de São Paulo também utiliza indicadores na sua avaliação externa que serão comparados antes e depois da implantação do núcleo. O projeto pedagógico será avaliado, assim como a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante.

Análise estatística

Para a etapa quantitativa, serão realizadas análises descritivas de medidas absolutas e frequência, e, para as variáveis discretas e contínuas, serão utilizadas as medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão). Para avaliar o efeito do projeto na percepção de docentes e discentes com base nos questionários, serão realizados o qui-quadrado para medidas repetidas (Mc Nemar) e teste t de Student para variáveis contínuas ou discretas. Será adotado o valor de significância de $p < 0,05$. Será utilizado o *software* SPSS versão 20.0.

Em concordância com as Normas e Diretrizes Éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMJ e devidamente aprovado: CAAE nº 88084625.0.0000.5412. A pesquisa iniciará apenas após autorização formal da instituição. Será utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os docentes, preceptores e gestores e estudantes a fim de possibilitar o uso dos dados questionários aplicados para mensurar os resultados do projeto.

Após a análise dos documentos que foram fornecidos com autorização institucional, obtivemos resultados da caracterização da IES onde ocorre o presente estudo.

Do total de 145 docentes efetivos, em relação à titulação, 58,65% possuem doutorado e 27,59% mestrado. Quanto à categoria docente, 88,2% são adjuntos e assistentes (Tabela 1).

No que concerne à experiência docente, 62% atuam há mais de dez anos como professores (Tabela 2). Quanto ao regime de contratação, 126 são estatutários.

Existem regimes contratuais de 20, 30 e 40 horas semanais, e a carga horária docente pode ser ampliada a depender de necessidades acadêmicas específicas, incluindo atividades didáticas e de gestão (por exemplo, coordenadores de departamentos e presidentes de comissões oficiais). Independentemente da carga horária, os professores possuem dez “horas-atividade”, cumpridas de acordo com as especificidades de suas funções. A carga horária de 114 docentes (71,7%) é de 20 horas semanais (Tabela 3).

A FMJ conta com a participação de professores colaboradores e preceptores. Segundo o registro no PDI, há 148 sem vínculo empregatício, com titulação mínima de especialistas, indicados e aprovados com plano de trabalho pelos departamentos e homologados pelo CAT, após firmado o termo de compromisso específico com a instituição. Eles atuam nas atividades didáticas e assistenciais definidas pelas respectivas áreas.

Considerando a distribuição dos preceptores e colaboradores, do total de 148, 117 são especialistas, a maioria dos departamentos de cirurgia e clínica médica, 27 com titulação de mestrado ou doutorado e dois professores com livre-docência.

Tabela 1. Perfil docente da FMJ considerando titulação e categoria, 2024

TITULAÇÃO	Nº	%	CATEGORIA DOCENTE	Nº	%
Livre- Docente	9	6,2	Prof. titular	8	5,52
Doutores	85	58,62	Prof. associado	5	3,45
Mestres	40	27,59	Prof. adjunto	77	53,1
Especialista	11	7,59	Prof. assistente	43	29,7
Sem titulação	12		Prof. auxiliar	12	8,3
TOTAL	145	100		145	100

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 2. Perfil docente da FMJ com relação ao tempo de docência na IES, 2024

EXPERIÊNCIA DOCENTE (ANOS)	Nº	%
1-5	20	14,3
6-10	15	10,7
11-15	24	17,1
16-20	19	13,6
21-15	22	15,7
26 OU MAIS	40	28,6
TOTAL	140	100

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Tabela 3. Perfil docente da FMJ com relação à carga horária na IES, 2024

CARGA HORÁRIA	Nº DE DOCENTES	%
20h semanais	104	71,7
25h semanais	9	6,2
30h semanais	21	14,5
35h semanais	2	1,4
40h semanais	03	5,5
45h semanais	1	0,7
TOTAL	145	100

Fonte: Elaborada pelas autoras.

A FMJ foi avaliada em 2023 e recebeu o parecer de curso acreditado, sendo a manutenção da acreditação vinculada à apresentação e aprovação do relatório de acompanhamento em julho de 2026. O Certificado de Acreditação do Saeme-CFM aponta que o ensino médico da escola possui padrão adequado e rigoroso de qualidade.

Ao analisarmos o relatório, observamos algumas considerações nos domínios programa institucional e gestão educacional, que estão de acordo com a proposta do nosso projeto de intervenção. São elas:

1) *Método de ensino*: a equipe de avaliadores verificou que a instituição vem ao longo dos anos aprimorando os métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante.

2) *Núcleo de desenvolvimento docente*: a equipe de avaliadores verificou que a instituição não possui um núcleo de desenvolvimento docente instituído, apesar de possuir uma assessoria pedagógica que realiza uma função efetiva de apoio à FD e implantação de inovações pedagógicas, sugerindo assim a necessidade de se estabelecer um grupo de professores que apoiem a assessoria pedagógica e trabalhem em parceria com ela.

Dessa maneira, o NDE foi reestruturado, e uma das ações previstas desse núcleo será o NDP.

Em 8 de novembro de 2023, a FMJ obteve a aprovação para a renovação do reconhecimento do curso de Medicina. Destacamos, entre os indicadores avaliados, aqueles que possam ser mantidos e aprimorados em parceria com a assessoria pedagógica com a implantação do NDP e a proposta de um programa de aperfeiçoamento contínuo de qualificação do corpo docente em MAA. Conforme texto original do relatório do CEE²⁰, observamos os seguintes pontos descritos:

1. Projeto Pedagógico

[...] 1.6. Utilização de Metodologias de Ensino-Aprendizagem: O PPC e/ou a realidade evidenciam a utilização de metodologias de aprendizagem centradas no estudante, visando a autonomia do aprendiz e o desenvolvimento do perfil crítico e reflexivo, adequadas ao desenvolvimento contínuo de competências.

Em observação, há a descrição de que a instituição vem adotando um modelo híbrido de ensino-aprendizagem, estando num momento de transição, com alguns professores de algumas disciplinas desenvolvendo suas habilidades nesse sentido.

Ao analisarmos os documentos institucionais e os resultados das avaliações externas, podemos identificar as fortalezas e fragilidades da instituição que possam estar relacionadas direta ou indiretamente com o desenvolvimento docente e assim elencar as necessidades institucionais.

Foram consideradas fortalezas nos respectivos documentos:

1) Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) de 2024-2028

1.1) Metodologias ativas – currículo baseado em competências

A FMJ participa dos programas de educação continuada e permanente do município, voltados à área da saúde, e faz parte do ecossistema de inovação da PMJ por meio do Núcleo de Inovação Tecnológica. Tem parceria com o Sebrae e instalou em suas dependências na instituição. A partir de 2020, foram aprovadas em colegiados as mudanças de ensino, a partir da implantação predominante de MAA, em acordo com as DCN. O currículo passa a ser baseado em competências. As avaliações incluem aspectos teóricos e práticos, e se baseiam em competências, e seus domínios cognitivos, suas habilidades e atitudes seguem orientações da coordenação de curso e da assessoria pedagógica.

1.2) Acompanhamento pedagógico docente

Para a efetivação das medidas estabelecidas, a assessoria pedagógica do curso, em trabalho conjunto com a coordenação de curso e com apoio da diretoria, passou a acompanhar as atividades didáticas, teóricas e práticas de todas as disciplinas, mantendo apoio e auxílio contínuos, de modo a fortalecer a implantação das MAA e a mudança de cultura institucional.

1.3) Sistema de avaliação docente

Considerando o sistema de avaliação docente, os professores são avaliados pelos coordenadores de departamentos e do curso a cada 12 meses, por meio de instrumentos validados pela CPA e pelos colegiados. Os coordenadores de departamentos são avaliados pela coordenação de curso e pela vice-diretoria. Os relatórios apresentados pelos fóruns dos estudantes e os questionários de reação, ambos semestrais, também compõem a avaliação docente. A assessoria pedagógica acompanha todos os professores, auxilia na elaboração de planos de ensino e analisa presencialmente, de forma contínua, as aulas teóricas e práticas, com intuito de avaliar a metodologia e didática. As devolutivas são individuais.

1.4) Plano de expansão do corpo docente

Há um plano de expansão do corpo docente. O aumento do número de vagas de professores depende das necessidades identificadas pelos instrumentos de avaliação interna ou da incorporação de novos planos de trabalho propostos pelas disciplinas. A justificativa para a contratação de novos professores precisa ser embasada nas DCN e na proporcionalidade da relação entre o número de alunos e o de professores em cada atividade.

2) Relatório do processo de acreditação do Saame²¹

2.1) Domínio gestão educacional:

- *Subdomínio “ações institucionais de desenvolvimento docente”*: verificou-se que a assessoria pedagógica, em parceria com a coordenação de curso, tem oferecido ações institucionais de desenvolvimento docente com periodicidade regular.

- *Subdomínio “autoavaliação institucional”*: a FMJ possui Comissão Permanente de Avaliação, instituída por portaria da diretoria. Entre os instrumentos de avaliação, estão resultados dos fóruns de avaliação dos estudantes, realizados por eles ao final de cada semestre, os questionários de avaliação institucional, respondidos de forma *on-line*, e o questionário de reação de avaliação das disciplinas. Os dados sobre o processo de ensino-aprendizagem, o ambiente educacional e as percepções dos dirigentes,

docentes e estudantes são utilizados para fins de melhoria e de planejamento de ações institucionais.

2.2) Domínio docente:

• *Subdomínio “formação em educação na saúde”*: foram apresentadas evidências de que pelo menos 10% do corpo docente possui formação em educação na saúde.

3) Projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina da FMJ de 2021-2025

3.1) Avaliação administrativa da produtividade acadêmica

Considerando o plano de progressão de carreira, são avaliadas as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas. A análise da produtividade pondera as três vertentes do compromisso universitário de forma harmoniosa e equilibrada, evitando distorções, como a excessiva valorização da pesquisa, em detrimento do ensino e da extensão.

3.2) Avaliação institucional

Para coordenar o processo de autoavaliação institucional, a CPA utiliza vários instrumentos, sendo o primeiro deles um questionário respondido, semestralmente, pelos alunos do primeiro ao quarto ano, baseado em quatro eixos: atuação didático-pedagógica dos docentes, avaliação dos setores de atendimento aos estudantes, autoavaliação e infraestrutura da instituição. Os resultados são analisados pela CPA, em parceria com a coordenação de curso e a assessoria pedagógica, e, posteriormente, enviados aos professores, de forma individual. Os coordenadores de departamento recebem os resultados globais das respectivas disciplinas e assumem o compromisso de discuti-los com os seus pares em reuniões de departamento, a fim de analisar os resultados do semestre e planejar ações conjuntas, quando for o caso.

Um segundo questionário, relativo ao quinto e sexto anos, é aplicado para que os internos possam avaliar os ciclos do internato, com o objetivo de avaliar a área do conhecimento trabalhada em cada estágio e assim obter dados mais específicos que possam avaliar as potencialidades e as fragilidades das disciplinas.

Outro instrumento utilizado para a avaliação é composto por um questionário que analisa o curso de forma longitudinal (do primeiro ano ao sexto ano), elaborado e aplicado pela assessoria pedagógica, que é respondido pelos alunos concluintes do curso, no encerramento do último ciclo do internato.

Um quarto instrumento elaborado pela CPA, respondido pelo corpo docente, é o da avaliação 360° que aborda todos os segmentos da instituição.

Complementando a avaliação institucional, há as informações obtidas nos fóruns dos estudantes que ocorrem ao final de cada semestre letivo. Os representantes de classe se reúnem com seus pares para levantar fragilidades e potencialidades das disciplinas que estão sendo cursadas.

4) Relatório do CEE

4.1) Recursos educacionais de tecnologia da informação

Estão sendo utilizados recursos de tecnologia da informação que beneficiam o processo ensino-aprendizagem e promovem o desenvolvimento da autonomia e domínio da tecnologia para atividades de educação com apoio técnico remoto.

4.2) Programa de formação para os docentes ingressantes

Existe um acolhimento para os novos professores que expõe a concepção pedagógica que norteia o PPC, suas metodologias e sistema de avaliação, além de aspectos de gestão acadêmica, com estímulo à produção de conhecimentos e participação de eventos em educação médica

Foram consideradas fragilidades nos respectivos documentos:

1) Relatório do processo de acreditação do Saeme

1.1) Domínio docente

• *Subdomínio “relação entre o número de docentes e o de estudantes em atividades práticas que não envolvem pacientes”*: as atividades práticas que não envolvem pacientes possuem em média 30 alunos para cada docente.

Em relação às necessidades institucionais, observamos as seguintes considerações:

1) Implementação de MAA de forma homogênea entre os departamentos.

2) Maior participação ativa dos docentes nos programas de capacitação.

3) Manutenção das melhorias nos recursos de tecnologia da informação.

4) Promoção e acompanhamento da execução de um programa de aperfeiçoamento contínuo e qualificação do corpo docente em MAA.

Espera-se com a iniciativa desse NDP o desenvolvimento de competências pedagógicas do corpo docente e de preceptores da FMJ, para a apropriação de novos métodos de ensino em consonância com as DCN de 2014 e as exigências de avaliações internas e externas. Porém, o mais importante é que o projeto proposto impacte o processo de aprendizagem percebido pelo estudante e sua formação profissional, o que vai futuramente refletir na saúde da população.

Pretende-se elaborar relatórios e apresentá-los aos colaboradores da instituição, docentes e discentes. Além disso, espera-se divulgar os resultados e as experiências em eventos acadêmicos e periódicos científicos.

Definidas as ações, é importante determinar metas adequadas e resultados específicos mensuráveis com base na identificação do problema e na avaliação das necessidades que foram identificadas²². Para o presente estudo, as metas e os resultados serão avaliados a partir da participação dos discentes, dos docentes e da instituição utilizando instrumentos construídos pelos pesquisadores envolvidos no NDP e instrumentos já utilizados pela CPA. O questionário de percepção docente, além das características sociodemográficas, é formado por 13 questões com relação ao conhecimento e à apropriação das MAA: as questões de 1 a 5 foram baseadas no estudo de Moraes et al.¹², e as demais, no trabalho de Bivanco-Lima et al.⁷.

Após a intervenção, esses instrumentos serão novamente aplicados para avaliar a percepção do estudante quanto às metodologias de ensino utilizadas e aos resultados.

Para avaliação da adesão de novos métodos de ensino e interesse e engajamento do estudante, deverá ser criado e aplicado um formulário para os docentes e preceptores.

O avanço no processo de aprendizado será mensurado por meio dos Testes de Progresso realizados ao longo dos anos, antes e depois de o projeto ter sido implantado.

Para avaliar a iniciativa da pesquisa em educação médica, serão analisados os projetos de iniciação científica e mestrado realizados nessa linha de pesquisa, bem como a produção científica a partir desses estudos.

Na avaliação dos indicadores de qualidade, as avaliações externas serão utilizadas ao longo dos anos a fim de verificar os resultados obtidos e as novas necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que o projeto de NDP seja efetivo para o desenvolvimento docente na FMJ e que esse desenvolvimento pedagógico reflita no ensino, na extensão e na pesquisa, que são os pilares da formação.

No ensino, espera-se que o docente utilize mais MAA e se sinta mais motivado com a docência e que a interação com os colegas possa promover maior integração entre as disciplinas e inovação no currículo. O impacto esperado no estudante é o protagonismo no processo de ensino-aprendizagem, engajamento e comprometimento com a realidade da sociedade à sua volta.

Nesse cenário, há a perspectiva de mudança também na pesquisa, que pode ser implementada como linha de pesquisa, com um aumento de trabalhos científicos com esse tema.

A implementação no NPD será de grande relevância para a instituição e com impacto esperado em diversas áreas que contribuirão para o desenvolvimento da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Harden RM. Ten key features of the future medical school – not an impossible dream. Med Teach. 2018;40(10):1010-5. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.149861>.
3. (19). Oliveira CA, Amaral EM, Cyrino EG, Gianini RJ. Encontros e desencontros entre projetos pedagógicos de cursos de Medicina e Diretrizes Curriculares Nacionais: percepções de professores. Interface. 2021;25:e200076. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200076>.
4. Oliveira FSG, Melo YA, Rodriguez MVR. Motivação: um desafio na aplicação das metodologias ativas no ensino superior. Avaliação. 2023;28:e023004. doi: <https://doi.org/10.1590/s1414-40772023000100004>.
5. Wolff M, Wagner MJ, Poznanski S, Schiller J, Santen S. Not another boring lecture: engaging learners with active learning techniques. J Emerg Med. 2015;48(1):85-93. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2014.09.010>.
6. Bacich L. Formação continuada de professores para o uso de metodologias ativas. In: Bacich L, Moran J, organizadores. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso;

2018. p. 129-52

7. Bivanco-Lima D, Klautau GB, Knopfholz J. Formação docente no curso de Medicina: como podemos melhorar? Rev Bras Educ Med. 2022;46(4):e138. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220147>.

8. Moran J. Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda. In: Bacich L, Moran J, organizadores. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso; 2018. p. 2-25.

9. Ertmer PA, Ottenbreit-Leftwich AT. Teacher technology change: How knowledge, beliefs, and culture intersect. Journal of Research on Technology in Education. 2010;42(3):255–284. doi: 10.1080/15391523.2010.10782551.

10. Wagner KJP, Martins Filho LJ. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. Rev bras educ med [Internet]. 2022;46(1):e028. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210356>

11. Rêgo C, Batista SH. Desenvolvimento docente nos cursos de medicina: um campo fecundo. Rev Bras Educ Med. 2012;36:317-24.

12. Moraes BA, Costa NM da SC. Programas de formação docente em saúde: potencialidades e fragilidades. Rev Bras Educ Med. 2024;48(3):e082.

13. Carvalho-Filho MA de, Tio RA, Steinert Y. Twelve tips for implementing a community of practice for faculty development. Med Teach. 2020;42(2):143-9. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1552782>.

14. Cottingham AH, Suchman AL, Litzelman DK, Frankel RM, Mossbarger DL, Williamson PR, et al. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. J Gen Intern Med. 2008;23(6):715-22. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0543-y>. Epub 2008 Mar 14. Erratum in: J Gen Intern Med. 2011 Mar;26(3):352. PMID: 18389324; PMCID: PMC2517875.

15. Cotta RMM, Souza Ferreira E de, Aguiar Franco F de, Barros GCSB, Januário JPT, Moreira TR, et al. A eficácia dos programas de desenvolvimento docente para a formação de professores universitários na área da saúde: uma revisão sistemática e meta-análise. BMC Med Educ 2024, 24:768. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05735-1>.

16. Lüdke M, André MEDA. A pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

17. Furini JL, Costa MCP, Madureira LC, Pires Júnior DR, Oliveira SBS. Formação continuada para docentes do curso de medicina: um relato de experiência

de uma universidade federal. *Conjecturas*. 2022; 22: 468-479. doi:10.53660/CONJ-1698-2H17.

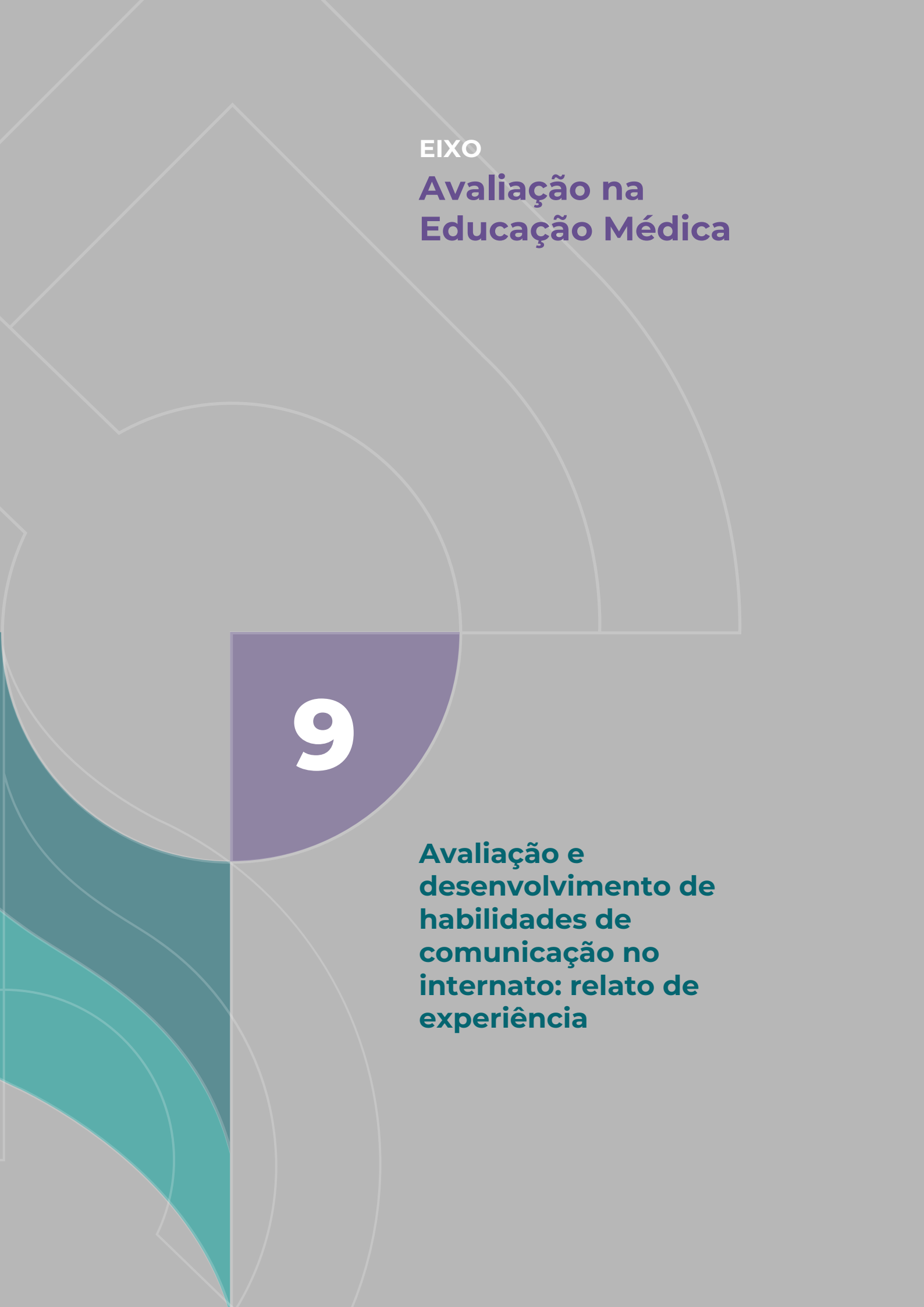
18. Araújo DS, Gomes HRL, Rosa RR, Rezende FR. Tecnologias digitais como ferramentas de ensino para um curso de medicina: relato de experiência. *Revista Multidebates* 2024;8(3):112-9.

19. Barreto VHL, Monteiro RO da S, Magalhães GS de G, Almeida RCC de, Souza LN. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(4):578-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400019>.

20. Conselho Estadual de Educação. Parecer CEE ° 578/2023.

21. Sistema de Acreditação de Escolas Médicas. Relatório do processo de acreditação da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2023. 98 p.

22. Alhassan AI. Implementing faculty development programs in medical education utilizing Kirkpatrick's Model. *Adv Med Educ Pract*. 2022 Aug 23;13:945-54. doi: <https://doi.org/10.2147/AMEP.S372652>.



EIXO

Avaliação na Educação Médica

9

**Avaliação e
desenvolvimento de
habilidades de
comunicação no
internato: relato de
experiência**

Avaliação e desenvolvimento de habilidades de comunicação no internato: relato de experiência

Pavel Miranda Barreto¹ / Sergio Henrique de Oliveira Botti² (orientador)
pavelmirandabarreto@gmail.com / sergio.henrique.botti@gmail.com

Palavras-chave: Habilidades de Comunicação; Internato; Atenção Básica.

RESUMO

Introdução: Este estudo descreve o processo desenvolvido por meio da observação direta do comportamento dos acadêmicos de Medicina do último semestre (internato) de uma universidade pública, durante a realização de consultas médicas. **Objetivo:** Apresentar a experiência da utilização do guia de observação Calgary-Cambridge como método de avaliação e desenvolvimento das habilidades comunicacionais no Internato. **Metodologia:** Os acadêmicos foram supervisionados pelo autor, no estágio de saúde coletiva, na unidade básica de saúde do bairro Vitória Régia, da cidade de Cáceres, em Mato Grosso, entre os meses de outubro e dezembro de 2024. Para a observação do comportamento dos estudantes, utilizou-se o Guia Calgary-Cambridge, versão resumida e adaptada ao português, para identificar as habilidades de comunicação dos acadêmicos durante a realização de consultas médicas no contexto da atenção primária à saúde e estimular a aquisição daquelas habilidades não totalmente desenvolvidas, por meio do *feedback* formativo individualizado, visando à realização de uma consulta de qualidade por parte do estudante que resulte numa maior satisfação do paciente com o atendimento e favoreça o fortalecimento da relação médico-paciente. Uma vez finalizado o estágio, os internos foram convidados a responder a um questionário avaliando o antes e o depois em relação ao conhecimento e domínio das habilidades de comunicação propostas pelo guia utilizado. **Resultados:** Quando se compararam as respostas, o nível de conhecimento sobre as habilidades de comunicação foi significativamente maior após a aplicação do guia. **Conclusão:** O processo de observação, avaliação e feedback realizado teve um impacto a curto prazo

¹ Universidade do Estado de Mato Grosso, Cáceres, Mato Grosso, Brasil.

² Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

no entendimento dos estudantes da dinâmica da consulta, das diferenças na comunicação entre os atendimentos da atenção primária e secundária, e da necessidade de contextualizar a assistência.

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma ferramenta essencial para a sociedade contemporânea. No campo profissional, adquirir e/ou desenvolver habilidades de comunicação (HC) adequadas garante uma execução do trabalho de forma excepcional. No contexto da medicina, no seu estudo e na sua prática, é fundamental que essas habilidades sejam estudadas e exercitadas. As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina (DCN) situam as HC como uma das bases da formação do graduando¹.

Nessa mesma linha de pensamento, Schreiber et al.²⁰ trazem, na proposta da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) para as DCN dos cursos de Medicina, na seção I, artigo 6º, as competências requeridas do médico na atenção à saúde, entre elas:

I. Acolher e relacionar-se de forma cordial, respeitosa, empática e ética, garantindo privacidade, segurança, conforto e confidencialidade; II. Realizar anamnese centrada na pessoa, de forma contextualizada com o espaço, o nível de atenção e a finalidade do cuidado, demonstrando habilidades de comunicação verbal e não-verbal.

Assim como no resto do mundo, e mesmo sendo catalogadas como fundamentais na formação do médico, o ensino dessas habilidades se dá de forma diversificada. Em algumas universidades, são desenvolvidas longitudinalmente durante o curso, sem, no entanto, terem um espaço específico. Em outras instituições de ensino superior (IES), o curso de Medicina contém na sua grade curricular disciplinas que estudam esses temas, com foco no atendimento hospitalar e na comunicação de más notícias².

Segundo Bastos et al (pag. 1) ³:

As ciências humanas devem contribuir para a formação geral, crítica, reflexiva e ética de quaisquer profissionais. Como um profissional da saúde em formação ou já em exercício pode

incluir ferramentas que edifiquem uma prática humanizada e integralizada? O foco é o encontro com a pessoa a ser cuidada. A conversa que acontece neste encontro, com objetivos profissionais, é a entrevista, primeiro passo do método clínico, principal ferramenta do exercício profissional que permite recolher informações imprescindíveis sobre a história da pessoa, sobre o agravo e sobre o caminho percorrido por ela no sistema de saúde. Por meio da entrevista, conseguimos todos os dados para a posterior redação da anamnese em momento oportuno. É a forma mais potente para compartilhar o cuidado baseado nas evidências científicas ajustadas à realidade da pessoa. Cria-se, assim, o espaço de atenção, de cuidado, de genuíno interesse, de respeito, de sinceridade, de altruísmo e de empatia.

Dito isso, surgem algumas perguntas:

- Estamos favorecendo a aquisição e/ou o desenvolvimento de HC fundamentais para tais fins, nos cursos de Medicina, com a mesma força e o mesmo empenho que se colocam nas outras áreas do conhecimento médico?
- Estão os nossos estudantes chegando ao internato munidos das habilidades que lhes garantam uma comunicação efetiva durante a entrevista e na consulta, de forma geral, com seus pacientes?

As HC são consideradas uma tecnologia leve. Trata de uma tecnologia de relação, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho¹⁹. Comumente utilizada na atenção primária à saúde (APS), essa tecnologia tem a capacidade de aumentar a potência das consultas, porque o seu uso está associado à maior satisfação com a consulta, tanto para profissionais quanto para quem é atendido. Além disso, também aumenta a chance de descobrir os estímulos iatrotrópicos⁵, melhora a relação entre o profissional e o usuário, e aumenta a possibilidade de tornar esse encontro mais resolutivo, já que está associado ao aumento na adesão ao tratamento e à melhoria de sintomas. Para que as consultas sejam mais potentes, é necessário que o uso das HC seja feito de forma efetiva, que pode ser definida como a interação entre pessoas, profissionais de saúde e familiares de modo a realizar uma troca de informações em que todas as partes passem a ter o mesmo entendimento sobre a natureza do problema, acordem sobre as medidas a serem tomadas

e se sintam acolhidas e entendidas suas necessidades.

Para Bastos et al (pag. 2).⁴,

No exercício profissional, a primeira função que nos cabe é de tradutor. O bom profissional precisa conhecer muito da linguagem das pessoas assim como dominar a linguagem científica, num processo contínuo de tradução de uma linguagem para a outra. Outra função nossa é de investigador. Vamos observar sinais e sintomas, como vestígios. Tendo a ciência como base, percebendo as emoções que acontecem no encontro com a pessoa, percebendo emoções próprias e da pessoa, desenvolvemos interpretações para todas as observações.

A APS é a porta de entrada por onde as pessoas acessam um sistema de saúde estruturado em níveis de atenção. Ela se caracteriza por um cuidado de saúde longitudinal, abrangente e coordenado com outros pontos do sistema, com atendimentos a quaisquer pessoas, independentemente de gênero, tipo de doença ou órgão acometido. Os profissionais da APS, especialmente os médicos, têm diversos recursos para realizar o cuidado de saúde das pessoas, sendo o mais central a consulta médica. Além de ser a atividade com maior carga horária de trabalho desses profissionais, é principalmente por meio da consulta que as pessoas atendidas nesse nível de atenção têm suas questões apreendidas por uma escuta qualificada. É o momento em que os profissionais, ao ouvirem as demandas das pessoas, têm a possibilidade de entender as necessidades delas. Dessa forma, podem estabelecer com elas planos de cuidado conjuntos que façam sentido tanto para o profissional quanto para a pessoa atendida, permitindo a resolução dessas questões.

Segundo Campos et al.², no espaço da consulta um recurso importante é o uso de HC.

No âmbito da consulta médica, segundo Bastos et al (pag. 2).⁴,

Para exercer bem a profissão é preciso ter um método, no sentido original do termo, um caminho a percorrer. O primeiro passo desse caminho é perceber e compreender todas as informações que a pessoa nos traz por meio da sua história.

Chamamos esse passo de entrevista, a primeira e primordial ação profissional. Começa uma boa consulta com uma entrevista bem conduzida, buscando conhecer todos os detalhes pertinentes sobre o agravo, sobre o terreno e sobre o caminho que a pessoa percorreu. O agravo é tudo o que aconteceu com a pessoa naquele momento de descarrilamento. O terreno é onde o agravo se instalou, isto é, compreender com detalhes quem é aquela pessoa e como os seus determinantes todos são expressos na sua vida. E o caminho que ela percorreu até chegar ao médico é o percurso trilhado pela pessoa no sistema de saúde.

O segundo passo do método que demarca o exercício profissional é o exame físico. A entrevista direciona o profissional a escolher as manobras de exame físico pertinentes àquela pessoa e imprescindíveis para o atendimento. O terceiro passo é a proposição de exames complementares. O raciocínio clínico agora bem robusto, iniciado desde o primeiro passo, precisa de exames que o complementem. O profissional, então, propõe à pessoa que realize esses exames, numa construção conjunta e autônoma do cuidado. O quarto passo do método é a conduta e o acompanhamento propostos. O profissional, com a resposta da ciência para aquela questão, apresenta a proposta de conduta e acompanhamento, construída em todos os passos, para a apreciação da pessoa.

A partir dessas condutas, podemos inferir que, para estabelecer uma boa comunicação entre o médico e o paciente, é necessária a compreensão de ambos: o médico deve compreender as queixas e necessidades do paciente, e este deve assimilar as perguntas e instruções do profissional de saúde. O modelo de consulta Calgary-Cambridge sugerido tem como finalidade maximizar a efetividade da consulta realizada pelo profissional que atua na medicina de família e comunidade (MFC)⁶.

Sabe-se que um dos grandes potenciais da Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante da APS, consiste em oferecer recursos aos indivíduos e às famílias de uma comunidade para que consigam lidar com situações críticas, de modo que possam minimizar o sofrimento. Com a análise integral dos membros do seio familiar, é possível propor ações de ajuda para a melhoria das condições de vida.

Nesse cenário, para facilitar a comunicação na área da saúde, foi proposto o modelo Calgary-Cambridge, com o intuito de delinear uma

interlocução efetiva entre o profissional e o paciente. Dessa forma, os profissionais que atuam na atenção básica (AB), principalmente aqueles da área de MFC, passam a dispor de uma ferramenta valiosa para exercer seu papel perante a comunidade, que é o de possibilitar a melhoria da qualidade de vida à população⁶.

O Guia Calgary-Cambridge foi criado em 1996 como um projeto conjunto de Suzanne Kurtz, professora de Comunicação nas faculdades de Medicina e Educação da Universidade de Calgary, no Canadá, e Jonathan Silverman, médico de família, reitor clínico associado e diretor de estudos de comunicação na escola de Medicina da Universidade de Cambridge, na Inglaterra. As primeiras versões do guia foram lançadas em 1998 como livros. A primeira versão da ferramenta em questão está dividida em guia de conteúdos de comunicação, que aborda uma aplicação da anamnese clínica tradicional, incluindo o ponto de vista da pessoa atendida, e guia de habilidades processuais de comunicação, que discute a forma como ocorre essa comunicação, por meio de 71 habilidades principais. Em 2003, como parte de uma evolução contínua, os guias foram melhorados com a publicação de novas versões, que se tornaram mais visuais e aprimoraram a forma como as HC são introduzidas e inseridas no currículo médico².

Atualmente, no curso de especialização em MFC que faz parte das ofertas educacionais do Programa Mais Médicos para o Brasil, está em uso a versão brasileira do *Calgary-Cambridge Observation Guide* (Ccocg – versão resumida) para avaliação das HC, adaptado para o Brasil pela médica de família e comunidade Marcela Dohms, com permissão da autora Suzanne Kurtz, elaborado conjuntamente pelos médicos de família Luís Guilherme de Mendonça e Adelson Guaraci Jantsch.

Campos et al.² alertam que somente quando são ensinados de forma adequada é que estudantes e profissionais podem alcançar esse tipo de comunicação. Essa adequação envolve também a oportunidade de refletir e discutir sobre suas ações entre si e com os facilitadores, de modo a permitir um desenvolvimento crítico dessas habilidades. Deve ocorrer, também, de forma longitudinal, permeando toda a formação médica, seja na graduação, residência médica ou na educação continuada dos profissionais. Além disso, deve se dar de forma estruturada, com o objetivo de manter alguma uniformidade no processo de ensino.

Segundo Campos et al (pag. 3).²,

*[...] o uso de guias facilita e homogeneíza esse aprendizado.
Ao se pensar no ensino das HC no cenário da APS brasileira,*

algumas considerações devem ser feitas na escolha do guia mais adequado. Os locais de origem dos guias mais comumente usados têm realidades muito diferentes da brasileira, o que impede a simples transposição dos guias. Outro ponto importante a ressaltar é que não existe um guia feito no Brasil que considere a prática da APS nacional. Isso dificulta a escolha certa de um guia mais adequado, já que não existe um instrumento considerado padrão.

Na experiência do autor, pela observação do comportamento dos internos durante as consultas, há grandes lacunas a serem preenchidas quanto às HC, que favoreçam o estabelecimento de uma relação médico-paciente efetiva, já que cada um dos estudantes baseia sua comunicação com o paciente na observação feita anteriormente ou pela própria experiência, precisando de mais tempo de consulta, indo e voltando sobre os mesmos temas, sem uma ordem que permita o desenvolvimento de um adequado raciocínio clínico. Este relato de experiência sobre a observação das HC nos estudantes do internato, por meio da aplicação da versão resumida do Calgary-Cambridge (atualmente em uso no país, na formação de especialistas em MFC), traz a análise objetiva que o autor fez desse processo na identificação de pontos fortes e as oportunidades de aprendizado e melhoria no que diz respeito às HC que possuem e que precisam desenvolver. Além disso, analisam-se o guia de observação utilizado, como uma ferramenta eficaz no processo de ensino-aprendizagem dessas habilidades, e o *feedback* formativo, individualizado e oportuno para estimular a aprendizagem de forma crítica e reflexiva, sugerindo o uso rotineiro desse processo na avaliação dos estudantes do internato de forma geral, e nos estágios na AB especificamente, com a finalidade de estimular o desenvolvimento de tais habilidades.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, no formato de relato de experiência. Foi analisada a utilização do Guia Calgary-Cambridge, versão resumida, por meio da observação e posterior realização de *feedback* formativo, individualizado e oportuno, sobre os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, em relação às HC, à luz do mencionado guia, numa amostra composta por 22 estudantes do internato, dos 25 que compunham a turma, no estágio de saúde coletiva, de uma universidade pública, na cidade de Cáceres, em Mato Grosso, entre os meses de outubro e dezembro de 2024, numa unidade básica de saúde (UBS). O processo

de observação, avaliação e posterior *feedback* formativo de cada um dos estudantes fez parte das atividades curriculares do estágio.

Esse processo, com a finalidade de identificar as lacunas do conhecimento no tocante às HC durante a realização de consultas médicas na APS, assim como de favorecer a aquisição e o desenvolvimento delas, foi realizado durante o estágio citado anteriormente, em grupos de no mínimo três e no máximo cinco estudantes, durante duas semanas para cada grupo. Durante esse período, realizaram-se três observações avaliativas seguidas de *feedback* formativo individualizado, com cada um dos discentes, totalizando 12 horas de aplicação da ferramenta. Esse processo foi realizado no período da manhã de cada dia escolhido, e reservou-se o período da tarde para a aplicação prática do aprendido após o *feedback*, em que se utilizou o guia de observação de HC Calgary-Cambridge, versão resumida, traduzido para o português e adaptado para o Brasil.

Essa versão resumida está organizada em três momentos fundamentais da consulta: o início dela, a fase de obtenção das informações (que avalia a exploração dos problemas, a compreensão da perspectiva do paciente, a estruturação da consulta e a construção da relação médico-paciente) e o encerramento. Compreende um total 28 de habilidades das 71 que fazem parte da versão completa do guia. Foi escolhida a versão resumida pela sua praticidade e necessidade de menos tempo para ser aplicada, visando não prejudicar o andamento da agenda de atendimentos na UBS.

Após a conclusão do estágio, os estudantes envolvidos foram convidados a responder a um questionário para avaliar seus conhecimentos e suas habilidades antes e depois da utilização do guia de observação Calgary-Cambridge. Desenvolvido pelo autor, o questionário contém dez itens, dos quais o item 1 é composto pelo termo de consentimento. Com relação aos itens 2, 4, 5, 6, 7 e 8, solicitou-se a autoavaliação dos estudantes segundo os diferentes momentos que o guia propõe, analisando seus conhecimentos antes e depois da utilização da ferramenta, numa escala Likert, com as categorias de insuficiente, mínimo, moderado e avançado. Nos itens 9 e 10, os estudantes tiveram a oportunidade de avaliar as habilidades do preceptor para fornecer o *feedback* e a qualidade do próprio *feedback* fornecido e a pertinência dele para favorecer o desenvolvimento das habilidades em questão.

Em atenção aos aspectos éticos e segundo a legislação vigente, os relatos pessoais de experiência pedagógica, como atividade realizada com o intuito exclusivo de educação, própria do ensino-aprendizagem, são produções que estão dispensadas de registro no Sistema do Comitê de Ética em Pesquisa da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep), conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510 de 2016.

Por se tratar de uma avaliação que compõe a grade curricular do curso e do internato (já que, para completarem sua formação, os internos devem passar pelo citado estágio de forma obrigatória), vinculada diretamente com atividades de ensino-aprendizagem, este relato de experiência não foi submetido ao Sistema CEP/Conep. Mesmo assim, o autor está comprometido com o tratamento adequado dos dados e com o anonimato dos estudantes avaliados neste estudo. Da mesma forma, foi respeitada a decisão de fazer parte da experiência, e, por isso, elaborou-se um Termo de Consentimento Livre Esclarecido para que os estudantes pudessem ter a opção de participar ou não do estudo e de responder ao questionário.

Para a análise de dados e a construção de tabelas e gráficos, assim como a realização dos cálculos, utilizaram-se as funcionalidades do programa Microsoft Excel.

O processo de observação, avaliação e realização de *feedback* formativo individualizado que serve de base para este relato de experiência permitiu, à luz das habilidades propostas pelo Guia Calgary-Cambridge, não somente identificar as lacunas no desenvolvimento de HC com as quais os estudantes chegaram ao último semestre do curso de Medicina, mas também gerar mudanças comportamentais e apropriação dessas habilidades, no tocante à realização de consultas médicas, favorecendo um salto positivo na qualidade da comunicação entre os discentes e os pacientes atendidos, como demonstram os resultados elencados a seguir que podem ser consultados na íntegra na Tabela 1.

Na autoavaliação dos internos sobre as HC clínica, de forma geral, para a realização de uma consulta médica, segundo a versão resumida do guia (a saber: iniciar a consulta, obter informações e encerrá-la), observou-se que 86,4% (19) identificaram as HC como moderadas antes do uso do Guia. Após o uso dessa ferramenta, 81,8% (18) declararam como avançadas as próprias habilidades (Tabela 1, item 2).

Olhando para o desempenho dos discentes na consulta médica, de forma geral, pela lente do Guia Calgary-Cambridge, pode-se observar que a comunicação eficaz não está totalmente consolidada como se espera de um estudante nos últimos meses da faculdade e que, após o *feedback* realizado com embasamento na observação do preceptor, com base no guia, as consultas realizadas *a posteriori* tiveram um maior nível de qualidade em relação aos quesitos avaliados.

Segundo Rocha et al⁷, internacionalmente, desde o ponto de vista acadêmico, a adequada comunicação entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares é reconhecida como condição fundamental para a qualidade

dos cuidados em saúde. Estudos revelam que a melhora na qualidade da comunicação médico-paciente está atrelada a melhores desfechos em saúde, maior adesão ao tratamento, maior satisfação dos usuários, redução de reclamações por má prática e maior segurança do paciente.

Na literatura há consenso de que a habilidade de se comunicar adequadamente é uma competência que não pode ser aprendida apenas por observação e tende a declinar ao longo do curso de Medicina⁸.

Do ponto de vista do autor, além de ser necessário uma maior intencionalidade do ensino dessas habilidades ao longo do curso, as IES com cursos de Medicina devem se preocupar com a formação dos preceptores nos campos de estágio, para padronizar comportamentos em relação à avaliação e ao treinamento das HC. Isso é imprescindível porque a ausência da intencionalidade e da padronização nesse quesito faz com que os estudantes reproduzam modelos de consulta aprendidos de professores/preceptores que não têm formação sobre esse tema ou não foram orientados/capacitados sobre como proceder no ensino de tais habilidades.

Os itens que serão analisados a seguir, que conformaram o questionário de autoavaliação pré e pós-teste, são mais específicos quanto às HC necessárias a cada um dos momentos da consulta propostos pela versão resumida do guia utilizado.

Diante da possibilidade de avaliar as HC clínica especificamente no início da consulta (a saber: cumprimentar, se apresentar, confirmar motivos e negociar a agenda), no pré-teste 18,2% (quatro) e 63,6% (14) declararam que suas habilidades eram mínimas e moderadas, respectivamente. Já no pós-teste, 18,2% (quatro) e 81,8% (18) reconheceram suas habilidades como moderadas e avançadas, respectivamente (Tabela 1, item 3).

A análise das respostas permite identificar uma evolução positiva no comportamento dos estudantes nesses primeiros minutos da consulta. Nessa experiência, foi possível observar como alguns estudantes não tinham o hábito de se apresentar, evitando que o paciente pudesse estar mais calmo ao saber quem é a pessoa que está o consultando e por que está no lugar do médico habitual. Não houve dificuldades no cumprimento, nem no estabelecimento de um clima de cordialidade; porém, no tocante à identificação dos motivos da consulta, apresentaram dificuldades, especialmente quando se tratava de pacientes idosos, com múltiplas queixas.

Na experiência deste pesquisador, se durante o início da consulta não são identificados todos os motivos daquele encontro, a negociação da agenda se prejudica, impedindo que as expectativas dos pacientes sejam totalmente atendidas.

Segundo alguns autores, para essa fase da consulta são requeridas, por parte do profissional, habilidades como postura corporal adequada, contato visual, utilização de encorajadores mínimos como pequenas intervenções capazes de demonstrar ao paciente seu interesse pelo assunto em questão, emprego de facilitadores verbais, não verbais e realização de perguntas abertas⁶.

As habilidades antes mencionadas estão em sintonia com o método clínico centrado na pessoa (MCCP) e são fundamentais para o trabalho do médico na AB. Nessa experiência, foi possível observar como os estudantes, na primeira fase da consulta, reproduzem um modelo de consulta centrado no médico, mais parecido com as consultas realizadas em salas de hospitalização, na atenção secundária. Daí a importância da intencionalidade nos estágios na APS sobre a utilização e prática do modelo de consulta ajustado às necessidades dos pacientes nesse nível de atenção da rede.

Nos resultados após o teste, o Guia Calgary-Cambridge demonstrou como é útil no sentido de favorecer a aquisição e o desenvolvimento dessas habilidades, apresentando efeitos educacionais positivos na mudança no comportamento dos discentes e auxiliando na contextualização do atendimento realizado.

Ao avaliarem suas HC clínica para explorar os problemas/motivos de consulta – o que inclui a capacidade de encorajar o paciente a contar sua história, mudar apropriadamente de questões abertas para fechadas, escutar atentamente, facilitar respostas verbais e não verbais do paciente, utilizar perguntas e comentários facilmente compreensíveis, esclarecer as declarações do paciente, e definir a cronologia dos problemas – no pré-teste 9,1% (dois), 81,8% (18) e 9,1% (dois) dos discentes identificaram essas habilidades como mínimas, moderadas e avançadas, respectivamente. Após a utilização do Guia Calgary-Cambridge, houve uma mudança significativa da percepção dessas habilidades: 18,2% (quatro) e 81,8% (18) dos discentes registraram suas respostas como moderadas e avançadas (Tabela 1, item 4).

Nesse quesito, a avaliação pós-teste permite argumentar em favor da validade do guia para, no entendimento dos estudantes que participaram, auxiliar no aprimoramento das habilidades necessárias, ao passarem, na mesma proporção, do estágio de desenvolvimento moderado, prévio à utilização do guia, para o avançado, após a utilização dele e o *feedback* fornecido.

Na avaliação das HC clínicas para compreender a perspectiva do paciente sobre seu problema de saúde, o que inclui a avaliação e valorização das ideias, dos sentimentos, das expectativas e da funcionalidade, no pré-teste os estudantes identificaram suas habilidades nas categorias e nas

proporções a seguir: 4,5% (um) da amostra como insuficientes, 54,5% (12) como mínimas, 36,4% (8) como moderadas e apenas 4,5% (um) como avançadas. Já no pós-teste, observou-se uma evolução positiva na autoavaliação dessas habilidades, já que 59,1% (13) e 40,9% (nove) as consideraram como moderadas e avançadas, respectivamente (Tabela 1, item 5).

Compreender a perspectiva do outro demanda, em qualquer situação, a vontade de se relacionar, abrir uma porta para a manifestação de sentimentos, ideias, pontos de vista e concepções do processo saúde-doença, e de outros aspectos tão importantes como a espiritualidade, a experiência com a doença, as expectativas do paciente em relação ao atendimento, pensamentos sobre as causas do problema de saúde etc., para os quais deve haver uma vontade própria de se aproximar emocionalmente do paciente.

De todos os itens avaliados nessa experiência, foi exatamente a compreensão da perspectiva do paciente o que apresentou níveis menores de desenvolvimento no pré-teste e resultados mais discretos no pós-teste. Isso reforça a necessidade da intencionalidade no ensino dessas habilidades, já que os aspectos incluídos no entendimento do ponto de vista do paciente sobre o processo mórbido dão ao médico a possibilidade de valorizar a singularidade, o letramento e as declarações do usuário, reforçando a relação entre ambos. Volta a se manifestar aqui o modelo de atendimento centrado no médico, em que não se consideram a experiência do paciente com a doença, nem as ideias sobre o que o levou a adoecer, desvalorizando os relatos dele, os quais, se utilizados e valorizados corretamente pelo profissional da saúde, favoreceriam de forma substancial o processo de recuperação e o empoderamento do paciente com os cuidados a saúde.

Estudos sobre o tema destacam que essa etapa representa mais uma oportunidade para desenvolver um bom relacionamento e, principalmente, estruturar a entrevista para garantir eficiência na coleta da informação, permitindo ao paciente compreender os rumos da consulta^{6,9,10}.

Nesse momento, é preciso ter uma escuta atenta, equilibrar o uso de perguntas fechadas e abertas, parafrasear os dizeres que o paciente diz, resumizando suas queixas, e realizar sinalização quando for iniciar o exame físico. Ao final dessa etapa, recomenda-se o esclarecimento de declarações que estão obscuras ou que precisam de algum detalhamento. Periodicamente é aconselhável que o profissional resuma seu entendimento para verificar o que foi dito, solicitando ao paciente a correção da sua interpretação, caso necessário^{6,9-11}.

Ainda, na literatura consultada, recomenda-se o emprego de uma linguagem clara, concisa, facilmente inteligível, evitando jargões. É importante

não julgar as declarações, os sentimentos e as dificuldades do paciente. O uso de habilidades empáticas deve ser considerado para demonstrar reconhecimento e entendimento, de modo a proporcionar suporte ao paciente e demonstrar disposição para ajudar. Também é adequado demonstrar sensibilidade para abordar assuntos perturbadores e delicados. É de suma importância envolver o paciente na discussão, compartilhando pensamentos com ele para encorajar o envolvimento mútuo^{6,10,12}.

Tabela 1. Análise da autoavaliação segundo as respostas dos estudantes ao questionário pré e pós-teste. Valores totais e percentuais dos itens 2, 3, 4 e 5 do questionário

Categorias de autoavaliação das habilidades de comunicação/ itens do questionário	Item 2		Item 3		Item 4		Item 5	
	T*	%	T*	%	T*	%	T*	%
Pré**								
Insuficientes	0	0	0	0	0	0	1	4,5
Mínimas	2	9,1	4	18,2	2	9,1	12	54,5
Moderadas	19	86,4	14	63,6	18	81,8	8	36,4
Avançadas	1	4,5	4	18,2	2	9,1	1	4,5
Pós***								
Insuficientes	0	0	0	0	0	0	0	0
Mínimas	0	0	0	0	0	0	0	0
Moderadas	4	18,2	4	18,2	4	18,2	13	59,1
Avançadas	18	81,8	18	81,8	18	81,8	9	40,9

* Total; ** antes do uso do Guia Calgary-Cambridge; *** depois do uso do Guia Calgary-Cambridge.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Tabela 2. Análise da autoavaliação segundo as respostas dos estudantes ao questionário pré e pós-teste. Valores totais e percentuais dos itens 6, 7 e 8 do questionário

Categorias de autoavaliação das habilidades de comunicação/itens do questionário	Item 6		Item 7		Item 8	
	T*	%	T*	%	T*	%
Pré**						
Insuficientes	0	0	0	0	0	0
Mínimas	2	9,1	0	0	3	13,6
Moderadas	15	68,2	16	72,7	14	63,6
Avançadas	5	22,7	6	27,3	5	22,7
Pós***						
Insuficientes	0	0	0	0	0	0
Mínimas	0	0	0	0	0	0
Moderadas	8	36,4	3	13,6	4	18,2
Avançadas	14	63,6	19	86,4	18	81,8

* Total; ** antes do uso do Guia Calgary-Cambridge; *** depois do uso do Guia Calgary-Cambridge.

Fonte: Elaborada pelo autor.

A Tabela 2 traz a análise dos itens 6, 7 e 8 do questionário confeccionado para avaliação pré e pós-teste.

Questionados sobre as HC clínica para estruturar a consulta (identificar uma linha de investigação, estruturar uma sequência lógica e utilizar o tempo de forma adequada), no pré-teste foi observado que 9,1% (dois) as consideravam como mínimas, 68,2% (15) como moderadas e 22,7% (cinco) como avançadas (Tabela 2, item 6). Nesse item do questionário, foi possível observar que o conhecimento técnico e as habilidades clínicas para identificar sinais e sintomas e associá-los com uma doença determinada estão bem desenvolvidos nos estudantes em questão. Apenas na utilização do tempo de forma efetiva e devido às dificuldades apontadas nos itens

anteriores, não conseguem cumprir com essa exigência, que é de extrema relevância, especialmente nas situações em que a agenda está lotada, quando se faz necessário utilizar de forma correta o tempo, minimizando o tempo de espera, sem perder de vista a qualidade do atendimento.

Levando em consideração que a maior parte dos pacientes não possui informações fundamentais sobre sua condição, a explicação e o planejamento são de grande relevância prática. Nessa etapa, a finalidade principal é oferecer o tipo e a quantidade de informação adequada para cada paciente e envolvê-lo no nível em que desejar. Ao dar explicações, é preciso analisar suas necessidades individuais de informação, utilizando abordagem interativa para garantir uma compreensão compartilhada, evitar dar conselhos e tranquilizar o cliente de forma prematura^{6,10,11}

Para tal, são necessárias várias habilidades, como fornecer dados de fácil entendimento, organizar a explanação, categorizar de forma explícita a informação, repetir se for o caso e solicitar ao paciente a repetição com suas próprias palavras do que foi entendido, uma vez que esse artifício aumenta a capacidade de recordação da informação. A utilização do recurso da sumarização e da captação atenta de pistas verbais e não verbais retoma a posição de destaque nesse momento. Podem ser empregadas ferramentas visuais para ilustrar o que está sendo falado, por meio de desenhos, panfletos e diagramas^{6,10,11}.

Por outra parte, as HC clínica para construir uma adequada relação médico-paciente no pré-teste, como aparece no item 7 da Tabela 2, foram avaliadas como moderadas por 72,7% (16) e como avançadas por 27,3% (seis). No pós-teste, houve uma inversão positiva dos resultados, com 13,6% (3) considerando-as como moderadas e 86,4% (19) como avançadas.

No estabelecimento da relação médico-paciente, as HC têm um papel fundamental. Assim como a primeira impressão é determinante, o comportamento do estudante durante a consulta pode favorecer a aproximação ou o afastamento do paciente. Na experiência do autor, essa habilidade perpassa a personalidade do próprio estudante e está condicionada pelo seu padrão de comunicação de forma geral. É função dos professores e preceptores identificar essas dificuldades e auxiliar aos discentes a adotar um estilo de comunicação que favoreça o vínculo com os pacientes e com a equipe.

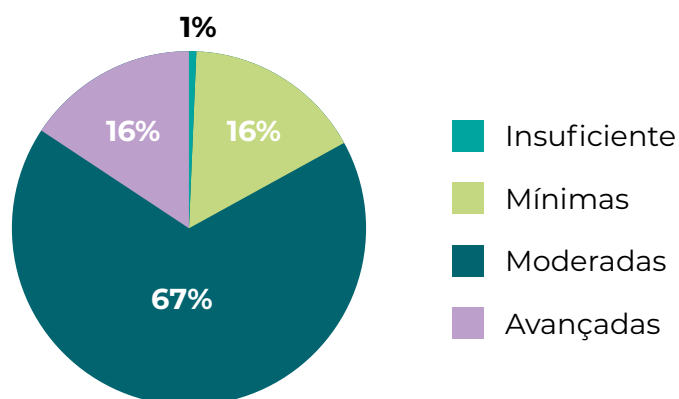
No tocante às HC clínica no encerramento da consulta (a saber: discutir mais algum ponto adicional; encerrar a consulta com um breve resumo; pactuar com o paciente os próximos passos), no pré-teste 13,6% (três) consideraram essas habilidades como mínimas e, no pós-teste, 81,8% (18) avaliaram-nas como avançadas.

No encerramento da consulta, observou-se que os estudantes tinham dificuldades para apresentar um resumo dos pontos mais importantes da consulta e para perguntar ao paciente se ele tinha outro ponto que gostaria de ser discutido. Conversando com eles, foi possível entender que essa dificuldade foi adquirida por conta das orientações de outros professores e preceptores, que não desenvolvem esse passo com a justificativa de que isso demoraria ainda mais a consulta. Como já foi dito anteriormente, os estudantes do internato chegam aos últimos meses da faculdade reproduzindo modelos de consulta e comportamentos aprendidos de outros profissionais que não foram treinados sobre as HC e que mantêm o foco da consulta no médico, em vez de colocarem o paciente no centro.

Ao finalizar a consulta é importante estabelecer um contrato com o paciente, confirmar o plano de cuidados, esclarecer os próximos passos, estabelecer um plano de reserva e maximizar a aderência. Para a consecução desses objetivos, são empregadas a sumarização final e a checagem terminal da compreensão do paciente⁶.

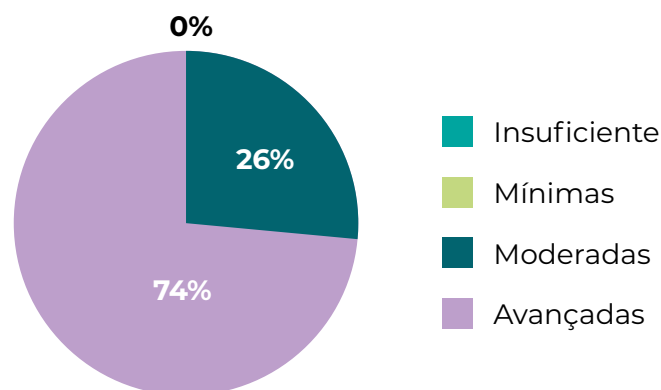
Para favorecer o entendimento do Guia Calgary-Cambridge como ferramenta poderosa no processo de aquisição e desenvolvimento de HC, os gráficos 1 e 2 trazem uma interpretação dos resultados, de forma geral, contemplando desde o item 2 até o 8 do questionário, em que se analisam as categorias de autoavaliação dos estudantes tanto no pré quanto no pós-teste. Após a utilização do guia e a realização do *feedback* formativo individualizado, as categorias de menos domínio desapareceram da autoavaliação, e as categorias de moderadas e avançadas predominaram, na percepção dos estudantes sobre as habilidades em questão.

Gráfico 1. Categorias de autoavaliação dos estudantes das habilidades mencionadas nos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 do questionário no pré-teste



Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 2. Categorias de autoavaliação dos estudantes das habilidades mencionadas nos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 do questionário no pós-teste



Fonte: Elaborado pelo autor.

Esta é a pergunta do item 9 do questionário de autoavaliação: “O *feedback* recebido foi pertinente em relação ao desenvolvimento das habilidades de comunicação (ajudou você a desenvolver essas habilidades)?”. Esse item apresenta as seguintes possibilidades de respostas: concordo fortemente, concordo, não concordo nem discordo, discordo, discordo fortemente. Nesse quesito, 59,1% (13) responderam concordo fortemente, e 40,9% (nove), concordo.

Esse resultado reforça a importância do *feedback* oportuno, formativo e individualizado na aprendizagem, e vai ao encontro da opinião de alguns autores que o identificam como uma estratégia importante para potencializar o aprendizado. No meio médico-educacional, *feedback* pode ser definido como a apreciação objetiva do desempenho de um profissional, com o propósito de aperfeiçoar suas habilidades clínicas¹⁰.

Evidências mostram que a observação do estudante enquanto realiza um atendimento associada a um *feedback* apreciativo pode afetar positivamente o seu desenvolvimento e a qualidade do atendimento prestado ao paciente¹³. E os resultados dessa experiência corroboram essa afirmação.

Investigadores apontam que, em um programa de avaliação, o momento do *feedback* configura-se como uma avaliação formativa com potencial para corrigir erros e deficiências, evitando que falhas não percebidas se consolidem como maus hábitos. Além disso, é importante para reforçar comportamentos positivos, evitando que a não valorização favoreça a descontinuidade de comportamentos desejáveis^{10,14}.

Nesse sentido, concordamos com Rocha et al.⁷ e Norcini et al.¹⁵ ao afirmarem que processos adequados de avaliação são importantes tanto para qualificar a formação quanto para dar garantias à população que será beneficiada pelos serviços prestados pelos profissionais. Em educação médica, está bem estabelecido o conceito de que a avaliação desempenha o importante papel de direcionar e estimular o aprendizado – os alunos sentem-se motivados a estudar os temas sobre os quais serão testados.

O item 10 do questionário traz a pergunta: “Como você avalia as habilidades do preceptor em relação à realização do *feedback*?”. Os estudantes tiveram as seguintes opções: insuficientes, mínimas, moderadas e avançadas. Nas respostas, 81,8% (18) avaliaram essas habilidades do autor deste artigo como avançadas e 18,2% (quatro) como moderadas.

Nesse apartado, um estudo investigou a autoavaliação dos preceptores, por meio da versão resumida do Guia Observacional Calgary-Cambridge, sobre quanto aplicam e ensinam HC clínica, bem como sobre oportunidades de ensino e qualidade do *feedback*. Esse estudo transversal realizado com 44 preceptores ativos do internato e da residência de MFC de Florianópolis, em Santa Catarina, obteve como resultados que os preceptores se autoavaliaram positivamente em relação à aplicação e ao ensino de tais habilidades, mas as oportunidades de ensino das mesmas são escassas e a qualidade do *feedback* é mediana; chegando à conclusão de que é preciso melhorar a estrutura física e a educação permanente sobre *feedback* e métodos de ensino, incluindo videogravação de consulta, para ampliar as oportunidades de ensino de HC¹⁶.

Uma revisão da literatura com o objetivo de elaborar a matriz de competências a serem desenvolvidas pelos estudantes durante os três meses de estágio no internato em MFC na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) analisou o referencial teórico do ensino baseado em competências sobre escolas médicas que utilizassem o ensino baseado em competências na especialidade e acerca das principais diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema. Essa revisão, ao discutir a aplicabilidade das recomendações no contexto do internato, obteve como resultado uma matriz de 18 competências, elaboradas e divididas em quatro eixos: geral, abordagem individual, abordagem familiar e abordagem comunitária. Cada competência foi detalhada em um ou mais componentes. Para cada componente, identificaram-se os métodos de ensino e de avaliação atualmente utilizados no programa do internato. Com a revisão, chegou-se à conclusão de que, com a definição da matriz, as competências, antes desenvolvidas de forma intuitiva, foram organizadas de modo a viabilizar a revisão e adequação dos processos de ensino e avaliação. Fica evidente na matriz que praticamente todas as competências envolvem

habilidades e atitudes comunicacionais. Isso deixa evidente aos alunos, professores e preceptores a necessidade de desenvolver habilidades em se comunicar com as pessoas, seus familiares, a comunidade, os equipamentos sociais, a equipe de trabalho local e as equipes em outros níveis do sistema. Os alunos e professores, geralmente, valorizam aspectos relacionados ao conhecimento teórico especializado do atendimento. Colocar na agenda curricular competências que abrangem a capacidade de se relacionar com pessoas possibilita a conscientização da importância de desenvolvê-las. Uma vez que o estudante entende as competências esperadas, ele também terá autonomia para buscá-las¹⁷.

Assim sendo, ficam evidentes, com base nos resultados da observação realizada, a capacidade do guia para a identificação de lacunas no conhecimento e a execução das HC nos internos que foram alvo dela, e a relevância, a validade e o impacto educacional positivo que tem a utilização do guia associado a realização do *feedback* formativo, individualizado, favorecendo o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades que permitam aos discentes uma comunicação eficaz no exercício da profissão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concordamos com a afirmação de que os processos de avaliação em educação médica desenvolveram-se muito nas últimas décadas, com foco na avaliação de habilidades clínicas e no profissionalismo. Os novos métodos incluem avaliação de desempenho com atividades desenvolvidas em ambientes simulados, com a participação de pacientes padronizados (PP), pessoas não adoecidas ou pacientes reais (estável e em boas condições de saúde) que são treinados para protagonizar casos clínicos com características específicas que podem, então, ser empregados em atividades de ensino ou, particularmente, de avaliação de habilidades clínicas e em cenários reais da prática profissional. A escolha do método de avaliação deve considerar critérios de qualidade e eficiência⁷.

É válido destacar que nesta experiência os atendimentos foram realizados com pacientes reais, o que deu a possibilidade aos estudantes de desenvolver e utilizar as HC na resolução de problemas reais do cotidiano de uma UBS.

Ainda, acreditamos que, na escolha do método a ser utilizado na avaliação, devem-se considerar cinco fatores: validade, confiabilidade, efeitos educacionais do teste, viabilidade e aceitação pelo público-alvo. Se o teste não preencher um dos cinco quesitos, ainda que seja válido e confiável, não deve ser visto como um método adequado para uso naquela realidade¹⁸.

Pelos resultados elencados anteriormente, pode-se afirmar que o Guia de Observação Calgary-Cambridge, versão resumida, preenche os requisitos supracitados, o qual se configura como uma ferramenta facilmente adaptável à realidade da AB e aos estágios que nela acontecem.

Mas não é só o guia utilizado a única peça importante nesse processo de formação, pois ele não terá o impacto suficiente no desenvolvimento de habilidades se não for acompanhado do *feedback* formativo, individualizado e oportuno. Neste ponto, faz-se necessário destacar o papel do preceptor não só como avaliador, mas também como ente favorecedor da identificação das lacunas no conhecimento, nas habilidades e nas atitudes, assim como sua capacidade de estruturar o *feedback*. Esse favorece a reflexão do estudante sobre a importância de se apropriar das HC como ferramenta para balizar a relação com o paciente.

O processo de observação, avaliação e *feedback* realizado teve um impacto em curto prazo no entendimento dos estudantes da dinâmica da consulta, das diferenças na comunicação entre os atendimentos da atenção primária e secundária, e da necessidade de contextualizar a assistência. No meio prazo, favoreceu o processo de reflexão, interiorização e posterior aplicação dessas habilidades na realização de consultas médicas. Em longo prazo, com a consolidação dessas habilidades, o impacto poderá ser observado tanto no profissional, que vê suas consultas mais resolutivas, mais dinâmicas, mais ricas em informações pertinentes, utilizando o tempo de maneira eficaz, quanto no paciente, ao se sentir valorizado, avaliado de forma integral, com um cuidado centrado na sua singularidade, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança mais sólida entre os dois componentes desse processo.

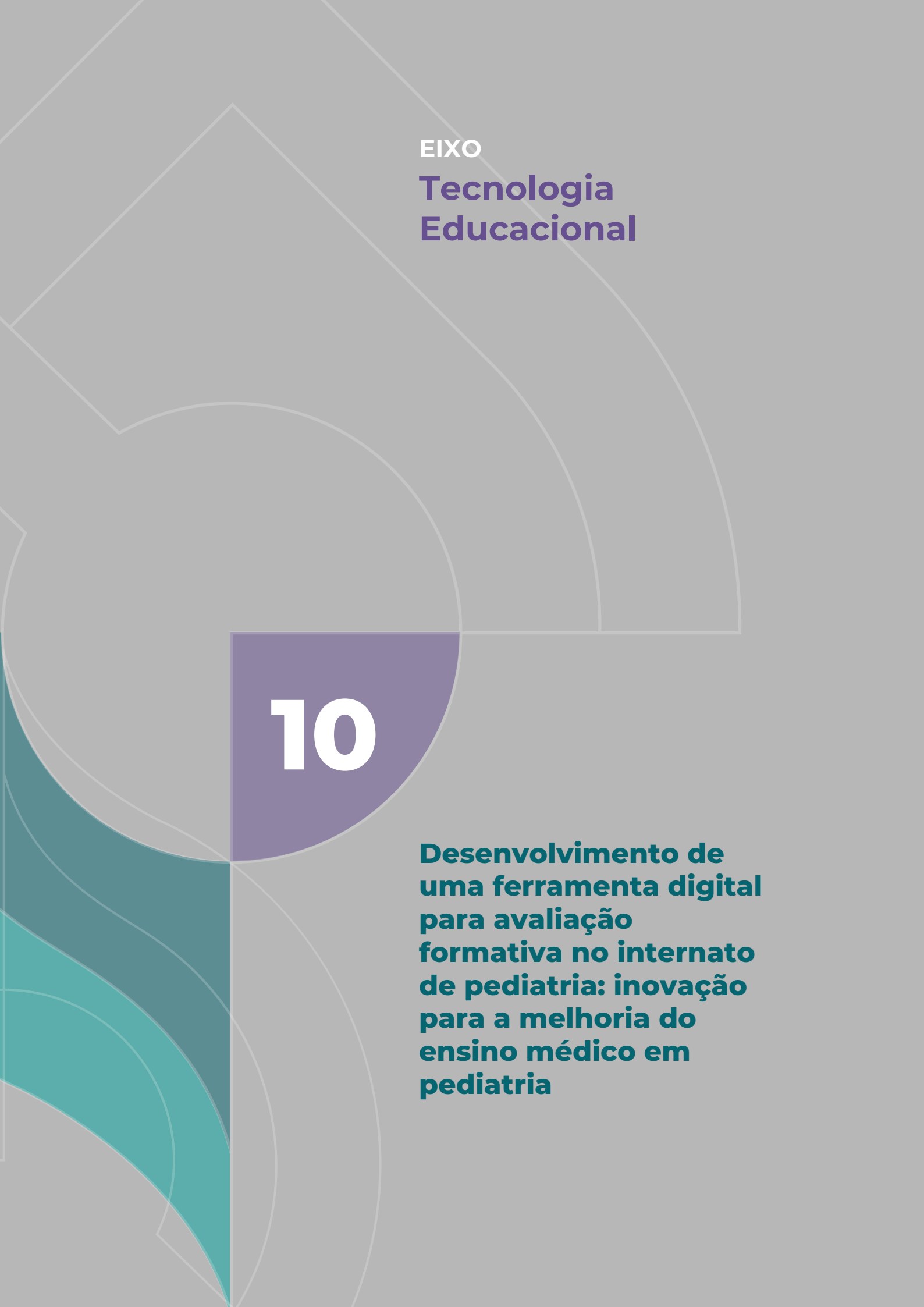
Para o autor, a experiência é entendida como positiva, enriquecedora e ao mesmo tempo como um desafio, já que requer conhecimento dessas habilidades, manejo adequado do guia, observação pertinente e atenta, e a capacidade de oferecer um *feedback* que realmente favoreça o aprendizado e estimule o discente a continuar desenvolvendo e exercitando essas habilidades.

No nível institucional, a experiência aqui descrita pode determinar o ponto de partida para futuras pesquisas na área, teve um impacto positivo na qualidade da formação dos discentes envolvidos e permitirá a utilização do Guia Calgary-Cambridge de forma rotineira nos campos de estágio, na AB, para uniformizar o ensino das HC e ao mesmo tempo servirá de alerta para a necessidade de incluir, na formação continuada de professores e preceptores, as ferramentas e os treinamentos necessários para a utilização correta do guia e o fornecimento de *feedbacks* efetivos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3/2014. Diário Oficial da União; 23 jun 2014. Seção 1, p. 8-11 [acesso em 23 jan 2025]. Disponível em: <https://toledo.ufpr.br/wp-content/uploads/2017/07/DCN-2014.pdf>.
2. Campos CFC, Rios IC. Qual guia de comunicação na consulta médica é o mais adequado para o ensino de habilidades comunicacionais na atenção primária à saúde brasileira? Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):108-18. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2RB20170138>.
3. Bastos RR, Botti SHO. A entrevista médica. Revista de APS. 2021;24(1):228-30.
4. Knottnerus JA. Between iatrotropic stimulus and interiatric referral: the domain of primary care research. J Clin Epidemiol. 2002;55(12):1201-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00528-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00528-0). Cardoso GDF, Braga SLDO, Gotardelo DR. A consulta na atenção básica: potencialidades do modelo de Calgary-Cambridge. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. 2017; 19(1):104-6 [acesso em 10/01/2025]. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>.
5. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado na formação médica: conceitos, desafios e possibilidades. Rev Bras Educ Med. 2019;43(1 supl 1):236-45. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190154>.
6. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach. 2006;28(5):e127-34.
7. Grosseman S, Stoll C. O ensino-aprendizagem da relação médico-paciente: estudo de caso com estudantes do último semestre do curso de medicina. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(3):301-8.
8. Kurtz SM, Silverman JD, Benson J, Draper J. Marrying. Content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge Guides. Acad Med. 2003;78(8):802-9.
9. Moore P, Gomez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? Rev Med Chil. 2010;138(8):1047-54.
10. Nogueira MI, Guedes CR. Da graduação biomédica à medicina de família: aprendendo a se tornar um “médico da pessoa”. Physis. 2013;23(2): 439-60.
11. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. Med Teach 2007;29(1):2-19.

12. Grosseman S, Loures LFM, Mariussi AP, Grossman E, Muraguchi EMO. Projeto ensino de habilidades de comunicação na área da saúde: uma trajetória inicial. Cadernos da Abem. 2014;10:6.
13. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach. 2011;33(3):206-14.
14. Silva WOC, Carvalho MP, Fassa MEG, Facchini LA, Fassa AG. Habilidades de comunicação clínica dos preceptores de medicina de família e comunidade em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2673](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2673).
15. Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CG, Pinto MEB, Oliveira MMC. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em medicina de família e comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-16. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354).
16. Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. Teach Teach Educ. 2007;23(3):239-50.
17. Rossi FR, Lima MAD da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):305-10. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000300010>.
18. Schreiber de Oliveira S, Fernandes Capilheira M, Herdy Afonso D, Silveira LM da, Santos L, Silva Pinto LL, et al. ABEM_DCNs_final-impressao-14-11. 2024:1-76.



EIXO

Tecnologia Educacional

10

**Desenvolvimento de
uma ferramenta digital
para avaliação
formativa no internato
de pediatria: inovação
para a melhoria do
ensino médico em
pediatria**

Desenvolvimento de uma ferramenta digital para avaliação formativa no internato de pediatria: inovação para a melhoria do ensino médico em pediatria

Marta Wey Vieira¹ / Rosiane Viana Zuza Diniz² (orientadora)

mwvieira@pucsp.br / rosianevzdiniz@gmail.com

Palavras-chave: Avaliação de Desempenho; Avaliação Formativa; Educação Médica; Plataforma Digital; Internato e Residência.

RESUMO

Introdução: As tendências na educação médica atual enfatizam a importância da avaliação formativa para o desenvolvimento contínuo das competências dos futuros médicos. Historicamente focada em resultados quantitativos e padronizados, a avaliação passou a adotar uma abordagem mais holística, de modo a abranger habilidades interpessoais, éticas e de julgamento crítico, essenciais para a prática médica moderna, avançar para a avaliação formativa e orientar o crescimento profissional e pessoal dos estudantes para uma prática médica humanizada. No entanto, há desafios, como a falta de padronização e registro, que comprometem a eficácia do *feedback* e a documentação do progresso do estudante. **Objetivo:** Este projeto visa desenvolver uma ferramenta digital para avaliação formativa baseada em competências de estudantes de Medicina da PUC-SP durante o internato em pediatria, bem como compreender as percepções de educadores e alunos sobre a ferramenta e o desempenho discente. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório envolvendo todos os docentes da área de pediatria e discentes do internato de pediatria desenvolvido em três etapas: definição de conteúdo e validação por pares; criação do aplicativo; aplicação e avaliação da utilização do aplicativo para avaliação formativa no internato. **Resultado:** A primeira etapa contou com 62 participantes (50 alunos e 12 professores de pediatria), promovendo diálogo e colaboração em uma atividade prática que rompeu hierarquias. A avaliação mostrou pontos positivos, como o foco nas metodologias ativas, na interação e na escuta ativa, mas também críticas ao tempo limitado para as atividades. O projeto-

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

piloto, com cinco docentes e seis discentes, testou o aplicativo de avaliação formativa e recebeu boa aceitação, especialmente pela avaliação alinhada às competências diárias. Contudo, destacou-se a necessidade de simplificar a interface e ampliar práticas para outros contextos. A experiência reforça a importância da práxis freiriana ao unir teoria, prática, diálogo e reflexão crítica. **Conclusão:** Este estudo apresenta o MedForm, uma ferramenta digital específica para a avaliação formativa baseada em competências como estratégia avaliativa no internato em pediatria da PUC-SP. Construída a partir da discussão colaborativa com docentes e discente, a ferramenta tem elevado potencial para qualificar a avaliação em cenários reais na população estudada.

INTRODUÇÃO

As tendências contemporâneas na educação médica destacam a importância da aquisição progressiva de competências profissionais, o que demanda a adoção de novas estratégias de ensino e avaliação. A avaliação dos estudantes de Medicina, em especial, tem passado por mudanças significativas.

Nas últimas décadas, a educação médica tem passado por uma transformação significativa na forma como a avaliação é conduzida e interpretada. Anteriormente, o foco na avaliação estava, de fato, centrado em garantir a validade e a confiabilidade dos métodos, ou seja, buscava-se assegurar que os instrumentos mediam precisamente o conhecimento e as habilidades específicas que se pretendia avaliar, e que os resultados eram consistentes e reproduzíveis. Esse enfoque clássico, fundamentado na avaliação quantitativa e padronizada, priorizava provas teóricas e exames práticos com critérios rígidos e preestabelecidos, visando minimizar a subjetividade.

No entanto, com o avanço das discussões sobre competências profissionais e a prática médica moderna, a avaliação médica passou a agregar outros critérios aos já enfatizados, de modo a ampliar o sistema avaliativo ao buscar capturar aspectos variados do desenvolvimento profissional e pessoal dos futuros médicos. Dessa forma, passou a envolver não apenas o conhecimento técnico-científico, mas também competências interpessoais, éticas, de comunicação, de raciocínio clínico e de julgamento crítico, habilidades fundamentais para o exercício da medicina contemporânea¹.

Assim, a avaliação deixou de ser apenas uma ferramenta para medir conhecimento e passou a ser um instrumento de formação, que orienta e promove o desenvolvimento de competências essenciais à formação

profissional. Essa perspectiva integradora se alinha às diretrizes internacionais de formação médica que defendem a avaliação como parte essencial do processo de aprendizado e como promotora de uma prática médica mais humanizada e efetiva¹⁵.

A avaliação formativa é uma ferramenta fundamental para acompanhar o progresso individual do estudante, pois proporciona *feedback* construtivo e oportuno, e incentiva a reflexão crítica e a autogestão do aprendizado. Ela deve ser contínua, dialogada e não punitiva, acompanhar o processo de aprendizagem, promover mudanças, estimular a autonomia e posicionar o aluno como protagonista do seu desenvolvimento educacional. Ao contrário da avaliação somativa que foca a verificação de resultados, a avaliação formativa atua como um processo permanente, ajudando o aluno a reconhecer seus pontos fortes e fracos, definir metas educativas e ajustar sua trajetória conforme surgem desafios, facilitando assim a superação de obstáculos e a tomada de decisões¹.

No internato médico, a avaliação formativa adquire ainda mais relevância, pois é durante essa fase que o estudante enfrenta, pela primeira vez, a prática clínica de maneira intensiva e direta. O internato de pediatria, em particular, exige dos alunos não só o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também competências comunicativas e comportamentais, como empatia, escuta ativa e tomada de decisões éticas, visto que o atendimento pediátrico envolve interações com crianças, adolescentes e seus responsáveis¹⁸.

É necessário, portanto, que as avaliações formativas sigam um modelo com decisões justas combinando transparência (processos claros e comunicados), credibilidade (confiança nas decisões tomadas), adequação ao propósito (as decisões precisam ser relevantes para o contexto) e defensibilidade (as decisões precisam ser justificáveis). Nesse contexto, os avaliadores devem ser capazes de responder a diferentes situações (agilidade) com conhecimento técnico (*expertise*) e utilizar evidências concretas, reconhecer limites e saber construir narrativas lógicas e consistentes. As avaliações devem ainda ocorrer por meio de um sistema robusto, com múltiplas oportunidades de avaliação, com a participação de diversos avaliadores, documentação cuidadosa e evidências que validem as decisões¹.

Entretanto, a implementação de avaliações formativas no internato encontra desafios, como a falta de padronização, o registro inadequado e a ausência de um acompanhamento sistemático, o que pode comprometer a qualidade do *feedback* recebido pelos alunos.

A falta de registros documentais da avaliação formativa é um problema que impacta diretamente o processo de ensino e a avaliação final dos estudantes de Medicina. Quando a avaliação formativa não é registrada formalmente, perde-se a oportunidade de documentar o progresso do estudante, as áreas em que ele apresenta dificuldades e os aspectos que precisam ser melhorados. Sem essa documentação, o desempenho do aluno ao longo do tempo não é considerado na avaliação final, o que leva a uma visão incompleta e, muitas vezes, pontual das habilidades e competências desenvolvidas.

Além disso, o *feedback*, que é uma ferramenta essencial na avaliação formativa, acaba não ficando registrado. Quando executado de forma adequada, ele é fundamental para orientar o estudante sobre seus pontos fortes e fracos, evitando que haja uma interpretação errada de seu comportamento, o que pode gerar duas consequências extremas: desenvolvimento de uma “falsa confiança” ou insegurança na tomada de decisões².

Quando não existe um registro escrito desse *feedback*, há o risco de que ele se perca ou seja interpretado de forma vaga, dificultando o acompanhamento contínuo e a autocritica por parte do aluno.

O registro documental da avaliação formativa serve também como um instrumento para promover a responsabilidade do aluno em seu processo de aprendizagem, fornecendo uma base para revisões e reflexões ao longo do tempo. Por outro lado, para os docentes, esses registros ajudam a identificar padrões no desempenho dos estudantes e a ajustar suas abordagens pedagógicas, além de fundamentarem a emissão de pareceres, mais justos e completos, na avaliação final.

Assim, a ausência de registros compromete a eficácia da avaliação e limita seu potencial como ferramenta de melhoria contínua e formativa. A padronização dos registros formais da avaliação do educando na instituição é essencial para garantir que a avaliação formativa tenha um papel real no desenvolvimento das competências e seja verdadeiramente integrada ao processo de aprendizado. A documentação de informações ricas e significativas sobre julgamentos feitos e de valores e padrões esperados permite auditoria externa, reconstrução, avaliação e garantia de qualidade, e, portanto, transparência, credibilidade e defensabilidade em relação ao processo avaliativo¹.

A utilização de ferramentas digitais tem sido amplamente difundida no ensino e na avaliação no contexto da educação médica. Seu uso crescente ao longo das últimas décadas mostrou-se especialmente importante

durante a pandemia de covid-19, que acelerou a adoção de tecnologias educacionais. Essas ferramentas oferecem diversas vantagens, como acessibilidade, registro estruturado e contínuo de dados, *feedback* em tempo real e possibilidade de personalização da aprendizagem, facilitando a integração de metodologias ativas e avaliações mais dinâmicas. Além disso, elas permitem maior padronização e objetividade na avaliação, contribuindo para uma análise mais consistente do desempenho do estudante³.

Entretanto, as ferramentas digitais também apresentam desafios e limitações, como a dependência de infraestrutura tecnológica adequada, potenciais barreiras de acesso, a necessidade de capacitação docente e discente, e a possível despersonalização no processo avaliativo. Quando mal implementadas, podem levar a uma sobrecarga de informações e desviar o foco do acompanhamento qualitativo do estudante¹².

No contexto da avaliação formativa abrangente no internato de pediatria, essas ferramentas digitais oferecem um grande potencial para otimizar o processo de ensino-aprendizagem. Elas podem ser utilizadas para registrar critérios avaliativos de maneira objetiva e promover um espaço contínuo para *feedback* construtivo, essencial para o desenvolvimento de competências clínicas e interpessoais. Contudo, é fundamental equilibrar a utilização dessas tecnologias com abordagens humanizadas e interativas, garantindo que a avaliação digital seja um complemento ao acompanhamento próximo e individualizado do estudante¹².

Com o aplicativo em um dispositivo móvel, os professores podem realizar registros de avaliação formativa de maneira rápida e conveniente em diferentes locais, como salas de aula, enfermarias e outros ambientes de prática. Isso facilita a integração da avaliação formativa ao cotidiano das atividades acadêmicas e clínicas.

O aplicativo possibilita agilidade no registro e *feedback* imediato, permitindo que o retorno seja compartilhado com o aluno logo após a observação, enquanto as informações ainda estão frescas. Isso torna o *feedback* mais relevante e aplicável, contribuindo para a melhoria do desempenho do estudante. Para que esse processo seja mais eficaz, os preceptores devem: 1. dedicar tempo suficiente à compreensão do *feedback*, concentrando-se em ações e conteúdo, sem viés emocional; 2. ouvir e ler atentamente; 3. separar o conteúdo das relações interpessoais; 4. equilibrar autoconfiança e humildade; 5. valorizar o aprendiz e o ensino contextualizado; 6. manter o foco nos objetivos profissionais; 7. estar abertos ao diálogo sobre o *feedback*²⁷.

Este projeto pretende criar e implantar uma ferramenta digital que visa não apenas sistematizar o processo avaliativo, mas também promover um ambiente de aprendizado mais interativo e reflexivo, que valorize o *feedback* contínuo e construtivo². Dessa forma, a proposta busca contribuir para a formação de médicos mais preparados, críticos e capazes de atender às demandas complexas da prática clínica, alinhando-se aos princípios de excelência acadêmica e humanização que norteiam o curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de um estudo exploratório envolvendo todos os docentes da área de pediatria e discentes do internato de pediatria, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC-SP.

Serão incluídos discentes regularmente matriculados no internato de pediatria da FCMS-PUC-SP e docentes em atividade regular no internato de pediatria da mesma instituição. Serão excluídos alunos e docentes que por quaisquer motivos, como férias ou afastamento por saúde, encontrem-se afastados das atividades educacionais no internato de pediatria durante o período do estudo.

Para o desenvolvimento do estudo, adotaram-se as etapas descritas a seguir.

Primeira etapa: estruturação de ideias (definição do conteúdo e validação pelos pares)

A criação da nossa ferramenta digital seguiu um processo estruturado para garantir funcionalidade e usabilidade. Primeiro, realizamos a estruturação das ideias, definindo os objetivos e as necessidades dos usuários.

Com essa finalidade, optou-se por realizar uma minioficina com duração de duas horas, utilizando a estratégia do Café Mundial²⁴. Para tanto, foram convidados 50 alunos que estavam rodando no internato na área de pediatria (quarto, quinto e sexto anos) e 12 professores da área de pediatria com o objetivo de identificar as necessidades e expectativas relacionadas à avaliação formativa no internato médico. Assim, a partir de debate e ampla discussão, construiu-se uma proposta preliminar do instrumento de avaliação, que incluiu:

1) *Definição de critérios de avaliação*: seleção e descrição detalhada de competências e habilidades a serem avaliadas, priorizando aspectos essenciais à formação médica no contexto pediátrico.

2) *Estruturação do instrumento*: utilização de uma escala Likert para permitir a análise graduada do desempenho dos educandos, complementada por um espaço dedicado ao registro de *feedback* qualitativo.

O consenso sobre o conteúdo foi obtido por meio de reunião colaborativa e revisão interativa entre os participantes. Esse processo permitiu validar a aplicabilidade e relevância dos critérios definidos, garantindo que o instrumento atenda tanto às necessidades educacionais dos alunos quanto aos objetivos pedagógicos do curso.

A minioficina foi avaliada pelos participantes utilizando a estratégia “Que bom! Que pena! Que tal?”²¹, transcrita para nuvem de palavras²².

Segunda etapa: criação do aplicativo

Com base no instrumento desenvolvido e validado na primeira etapa, foi iniciado o processo de criação de um aplicativo móvel denominado MedForm, desenvolvido para o sistema Android, projetado para facilitar a coleta e o gerenciamento de avaliações formativas na área médica. Essa etapa contou com a colaboração de profissionais de tecnologia da informação e docentes do curso de Medicina da instituição integrando conhecimentos técnicos e pedagógicos para garantir a funcionalidade e usabilidade do aplicativo. Foram utilizadas as linguagens HTML, CSS, JavaScript, TypeScript e SASS.

O trabalho seguiu uma agenda previamente definida, abrangendo as seguintes atividades:

1) *Definição do layout e da linguagem visual*: priorizou-se uma interface intuitiva, acessível e alinhada à identidade visual da instituição, de forma a garantir uma experiência positiva tanto para avaliadores quanto para educandos, tendo como foco a experiência do usuário, de modo a alinhar estética e praticidade.

2) *Criação dos wireframes*: desenvolveram-se de esquemas básicos que representem a estrutura e organização das telas a fim de assegurar uma navegação lógica e eficiente, considerando escalabilidade e compatibilidade. Foram utilizadas as tecnologias Ionic (*framework* para desenvolvimento rápido de aplicações móveis híbridas) e Angular (*framework* para criação de aplicações web modernas e escaláveis). Para o gerenciamento dos dados,

optou-se pelo SQLite, um banco de dados embutido que permite armazenar informações localmente no dispositivo, garantindo acesso *offline* aos dados.

3) *Elaboração do storyboard*: ocorreu de forma interativa com realização de testes contínuos para ajustes, com descrição detalhada dos fluxos de interação do usuário com o aplicativo, incluindo etapas como *login*, seleção de critérios de avaliação, registro de *feedback* e visualização de relatórios. Por fim, realizamos a prototipação, validando a experiência do usuário antes da implementação final.

Esses elementos foram discutidos e ajustados em reuniões regulares entre os envolvidos, com o objetivo de assegurar que a plataforma atendesse aos requisitos pedagógicos e técnicos definidos, além de oferecer praticidade e funcionalidade no contexto do internato médico. Esse fluxo garantiu um produto alinhado às necessidades dos estudantes e professores.

Terceira etapa: aplicação e validação do aplicativo

Para o início dessa etapa, houve a capacitação de docentes e preceptores para a realização de *feedback* e a utilização da ferramenta, bem como a explicação sobre a avaliação para os discentes, incluindo treinamento para utilização da ferramenta. Em seguida foi iniciado um projeto-piloto com a utilização da plataforma digital pelos docentes na área de pediatria. Esse período de teste de aplicação do instrumento ocorreu entre os dias 3 e 14 de fevereiro de 2025.

Após realização do piloto, a ferramenta será utilizada, após eventuais ajustes necessários, na avaliação de estudantes no internato de pediatria.

Um questionário de avaliação de usabilidade do aplicativo também foi aplicado no piloto.

Inicialmente, decidiu-se por uma arquitetura totalmente *offline*, em que os dados são armazenados diretamente no dispositivo do usuário. Essa abordagem foi adotada por questões de escopo e viabilidade inicial do projeto, evitando a complexidade de uma infraestrutura em nuvem no primeiro momento.

Embora a falta de conectividade possa limitar o uso em múltiplas plataformas (*smartphones*, *tablets* e computadores), essa abordagem oferece vantagens, como: desempenho otimizado, sem depender da conectividade com servidores remotos; e maior disponibilidade, permitindo o uso em locais com acesso restrito à internet.

Planeja-se transformar o MedForm em uma plataforma escalável, capaz de suportar múltiplos usuários simultaneamente.

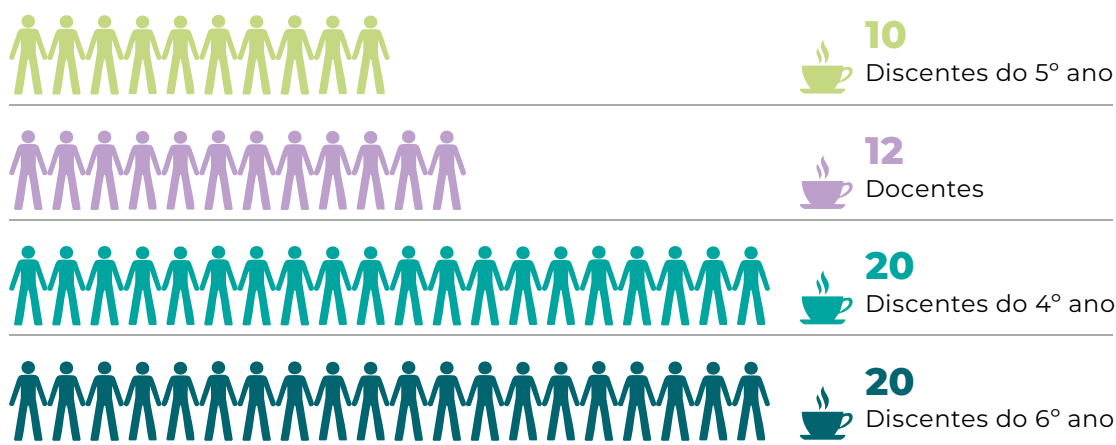
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS-PUC-SP, obedecendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sob o Parecer nº 7.284.940.

Trata-se de uma pesquisa aplicada que visou desenvolver um aplicativo móvel para a avaliação formativa dos estudantes de Medicina no internato de pediatria, seguida de análise de natureza qualitativa, mediante coleta de informações por meio de questionários para mensurar conhecimento, satisfação e usabilidade¹².

Para a avaliação de usabilidade do aplicativo, foi utilizada a Escala de Usabilidade do Sistema, versão traduzida para o português da *System Usability Scale* (SUS). O instrumento é composto por dez itens com escala Likert de cinco pontos para identificar a concordância ou discordância com cada item, a menor pontuação representando “discordo totalmente”, e a maior, “concordo totalmente”. A primeira etapa do projeto ocorreu conforme o planejado. Foram 62 participantes, sendo 50 alunos (20 alunos do quarto ano, dez alunos do quinto ano e 20 alunos do sexto ano) e 12 professores com atuação na área de pediatria, representando 100% dos convidados, conforme observado na Gráfico 1. Houve predomínio de mulheres, tanto no grupo de docentes quanto no de discentes.

Gráfico 1. Distribuição dos participantes da minioficina de acordo com a função na instituição (n = 62)

Participantes do Café Mundial



Fonte: Elaborado pela autora.

A estratégia do Café Mundial, utilizada na minioficina, permitiu a interação entre os participantes a partir de uma perspectiva de diálogo e mediação entre professores e alunos e destes com seus pares (figuras 1A e 1B).

Figura 1. Registro fotográfico da reunião entre docentes e discentes da área de pediatria durante a minioficina utilizando a estratégia do Café Mundial para colaboração e validação do conteúdo avaliativo para elaboração do aplicativo: (A) apresentação plenária do produto da discussão coletiva e (B) rotação durante o Café Mundial



Fonte: Elaborada pelas autoras.

A construção da ferramenta digital ocorreu na segunda etapa, chegando-se ao produto final com a construção do conteúdo avaliativo disponível no aplicativo (Figura 2: A, B e C).

Figura 2. Conteúdo avaliativo elaborado de forma colaborativa que compõe a avaliação disponível no aplicativo: A = escala de avaliação; B e C = itens da avaliação e as respectivas escalas

A - ESCALA UTILIZADA NO APLICATIVO:

- I. Totalmente satisfatório: 10,0
- II. Muito satisfatório: 8,0
- III. Satisfatório: 6,0
- IV. Pouco satisfatório: 4,0
- V. Insatisfatório: 2,0
- NA: Não avaliado

B -

1. pontualidade

2. vestimenta

3. relação médico/Paciente

3.1. comunicação: Comunicação verbal (palavras faladas ou escritas)

3.2. comunicação paraverbal (tom de voz, a velocidade, o volume e o ritmo da fala, além de risadas e bocejos)

3.3. comunicação não verbal (gestos, postura, expressões faciais, contato visual, distância entre pessoas e contato físico)

3.4. postura / atitude (se apresentar, não usar o celular, não levar problemas pessoais para o campo profissional)

4. postura profissional

4.1. com o colega

4.2. com o docente

4.3. com residentes

4.4. com funcionários

C -

5. pre-atividade (tem iniciativa, planeja os próximos passos e sabendo priorizar o que é mais importante utilizando o raciocínio clínico, identifica problemas antecipadamente e entra com soluções, tem um alto nível de concentração para resolver problemas, busca maneiras de colaborar de forma construtiva com os colegas, está empenhado em estudar mais e se dedicar mais)

6. exame clínico

6.1. habilidade técnica (competência prática)

6.2. conhecimento prático

7. foi capaz de elaborar plano de cuidados

7.1. diagnóstico e estrutura diagnóstica

7.2. prescrição

7.3. resolução de pendências

7.4. desempenho global

7.5. feedback (destaque o que consideras positivo no desempenho, também especifique o desempenho que precisa ser melhorado e a sugestão de melhoria para o mesmo)

Descrição

Fonte: Elaborada pela autora.

As figuras 3, 4, 5 e 6 apresentam as telas principais do aplicativo MedForm.

Figura 3. Tela de inicial do aplicativo



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 4. Escolha do cenário da avaliação



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 5. Escolha do curso: pediatria I (quarto ano), pediatria II (quinto ano) e pediatria III (sexto ano)



Fonte: Elaborada pela autora.

Figura 6. Escolha do docente responsável pela avaliação



Fonte: Elaborada pela autora.

Observa-se que essa atividade prática reunindo docentes e discentes para uma avaliação conjunta criou um espaço de aprendizado mútuo e transformação, promovendo a ideia de que a educação deve ser um espaço de diálogo em que consensos sejam construídos com base no entendimento mútuo e no reconhecimento das perspectivas alheias. Ademais, rompeu, ainda que de forma pontual, hierarquias tradicionais na instituição e que são observadas em outros cenários de formação.

A -



A realização dessa atividade permitiu, como apontado por Gadotti²⁵, que educador e educando aprendam juntos, numa relação dinâmica na qual a prática, orientada pela teoria, reorienta essa teoria, num processo de constante aperfeiçoamento, em que “a melhor maneira de refletir é pensar a prática e retornar a ela para transformá-la”. O novo professor é um profissional que aprende em rede, não ocupa um lugar hierárquico fixo, mas coopera e aprende constantemente. Atua como um organizador do trabalho do aluno, ao mesmo tempo que é consciente e sensível e incentiva a autonomia do estudante²⁵.

Nessa atividade observamos a necessidade de desenvolver várias habilidades, como a colaboração, por meio do trabalho em equipe; a comunicação, com a troca de ideias e impressões pelo discurso, escrita e leitura; o pensamento crítico, explorando hipóteses, duvidando, criticando e tomando decisões. Citando Paulo Freire, o bom professor não é aquele que apenas fala, mas o que envolve os alunos no seu raciocínio, fazendo com que eles acompanhem suas reflexões, dúvidas e incertezas, num aprendizado dinâmico e participativo. E como diz Rubem Alves, ensinar é mobilizar o desejo de aprender, diferenciando “saber” de “saborear”, ou seja, aprender precisa ser algo prazeroso²⁵.

As nuvens de palavras a partir do “Que bom!” mostram docentes ressaltando a necessidade de foco nos alunos, do diálogo e das metodologias ativas para o aprendizado participativo; em relação aos discentes, observamos a valorização da interação, escuta ativa e colaboração nas avaliações; e, quando consideramos todos em conjunto, constatamos a importância do diálogo e da colaboração entre professores e alunos no processo avaliativo.

Os destaques em relação ao “Que pena!” (Figura 8) foram semelhantes em ambos os grupos, de discentes e docentes, sendo a escassez do tempo um aspecto relevante. As nuvens de palavras construídas a partir do “Que pena!” trazem a percepção dos docentes em relação ao pouco tempo para implementar a atividade e resolver desafios educacionais; já os discentes trazem a percepção de sobrecarga da atividade, do tema denso tornando a atividade cansativa e com tempo insuficiente para aprofundamento; todos demonstraram insatisfação com o tempo limitado e a realização de atividades apressadas, o que compromete a qualidade.

Refletindo criticamente sobre a prática, Paulo Freire²⁶ sempre destacou que a educação libertadora é dialógica, reflexiva e respeita o tempo de cada sujeito no processo de aprendizagem. Tanto discentes quanto docentes demonstraram insatisfação com o tempo reduzido para a realização das atividades, especialmente considerando a sobrecarga de atividades cotidianas. Apesar do descontentamento com o tempo e a qualidade da

realização das tarefas propostas na atividade, a produção dos participantes foi robusta, e alcançaram-se os objetivos planejados para a atividade. Nesse contexto, cabe ressaltar a relevância do planejamento educacional para orientar as tarefas no tempo disponível, bem como a necessidade da formação para gestão do tempo, fato que pode contribuir para a melhoria das práticas tanto para docentes quanto para discentes.

Freire²⁶ criticava a chamada “educação bancária”, em que o ensino se resume à transmissão de conteúdos de forma mecânica, sem espaço para a problematização e o pensamento crítico. O fato de os discentes apontarem a sobrecarga e a densidade dos temas como fatores que prejudicaram o aprofundamento revela uma falta de diálogo real sobre o processo de ensino-aprendizagem.

Além disso, a percepção dos docentes sobre a falta de tempo para implementar as atividades também indica um sistema educacional que, muitas vezes, prioriza a produtividade e o cumprimento de cronogramas rígidos, em vez de respeitar o ritmo e as necessidades dos envolvidos. Para Freire²⁶, o tempo pedagógico não é um tempo cronológico estrito, mas um tempo existencial, no qual a aprendizagem acontece de forma significativa.

Assim, a análise crítica desse cenário reforça a necessidade de repensar práticas educativas que negligenciam o diálogo, a reflexão e a participação ativa dos sujeitos. Para que a educação seja verdadeiramente libertadora, como defendia Paulo Freire²⁶, é preciso valorizar não só o conteúdo, mas também o processo, respeitando o tempo necessário para a compreensão crítica e a construção coletiva do conhecimento.

Figura 8. Nuvens de palavras formadas a partir dos destaques de discentes (A) e docentes (B) para o “Que pena!”

A -



B -



Fonte: Elaborada pela autora.

As nuvens de palavras em relação a possíveis sugestões do “Que tal?” (Figura 9) mostram docentes desejando replicar metodologias bem-sucedidas em novos contextos e melhorar práticas; mostram discentes querendo expandir essa experiência para outras áreas do internato, além da pediatria e o desejo buscar mais tempo para atividades práticas; observamos que todos propõem ampliar boas práticas, como dinâmicas e discussões, para outros cenários.

Percebe-se o desejo tanto de docentes quanto de discentes de expandir práticas pedagógicas bem-sucedidas e adaptá-las a novos contextos. Isso reflete a ideia freiriana de que a educação não deve ser um ato de transmissão mecânica de conhecimento, mas sim um espaço de troca mútua, em que professores e alunos constroem saberes juntos²⁶.

O fato de haver a intenção de ampliar boas práticas e fomentar dinâmicas e discussões para outros cenários demonstra uma consciência coletiva em busca de uma educação mais ativa, crítica e significativa. Um dos pontos centrais na filosofia de Freire é que o aprendizado real ocorre quando há problematização e reflexão sobre a realidade; algo que parece estar em curso nesse ambiente pedagógico ao considerar as sugestões dos envolvidos, promovendo um ambiente democrático e participativo²⁶.

Outro aspecto relevante é a ênfase no desejo dos discentes de mais atividades práticas. Isso ressoa a ideia de Freire de que a prática é fundamental para consolidar o aprendizado, pois a teoria sem a ação resulta em um conhecimento abstrato e distante da realidade. A educação libertadora proposta por ele incentiva justamente essa articulação entre teoria e prática, permitindo que o aprendizado seja contextualizado e conectado com o mundo ao redor²⁶.

Figura 9. Nuvens de palavras formadas a partir dos destaques de discentes (A) e docentes (B) para o “Que tal?”



Fonte: Elaborada pela autora.

A avaliação da atividade, expressa nas nuvens de palavras da estratégia “Que bom! Que pena! Que tal?”, revelou um espaço de aprendizado mútuo entre docentes e discentes, em que se promoveram o diálogo e a colaboração, romperam-se hierarquias tradicionais e fortaleceu-se a construção coletiva do conhecimento, princípios alinhados à pedagogia libertadora de Paulo Freire.

O “Que bom!” destacou a valorização das metodologias ativas, o foco nos alunos, a interação e a escuta ativa. O “Que pena!” evidenciou a insatisfação geral com o tempo limitado, afetando a qualidade das atividades, o que reforça a crítica freiriana ao ritmo acelerado que compromete o pensamento crítico e a reflexão profunda.

Já o “Que tal?” revelou o desejo de expandir práticas pedagógicas bem-sucedidas para outros contextos, reforçando a ideia freiriana de que a educação deve ser dialógica, prática e transformadora, unindo teoria e ação. Docentes e discentes expressaram a necessidade de mais tempo para atividades práticas, refletindo a importância da práxis, o ciclo contínuo de reflexão e ação, essencial para um aprendizado significativo.

Esse cenário reforça a urgência de repensar práticas educativas que priorizem não apenas o conteúdo, mas também o tempo pedagógico, o diálogo e a participação ativa, garantindo um processo genuinamente crítico e libertador.

Foi desenvolvido um projeto-piloto com o objetivo de implementar a avaliação formativa por meio da plataforma digital. Participaram dessa experiência cinco docentes que utilizaram a ferramenta para avaliar seis discentes: três alunos do quarto ano, um aluno do quinto ano e dois alunos do sexto ano.

Além da aplicação prática da avaliação formativa, todos os participantes da pesquisa responderam a um questionário específico para avaliar a usabilidade do aplicativo (quadros 1 e 2). Esse instrumento permitiu coletar percepções sobre a facilidade de uso, a funcionalidade da plataforma e sua contribuição para o processo avaliativo.

Quadro 1. Respostas dos discentes (n = 5) em relação à Escala de Usabilidade do Aplicativo

ITENS	1 (DT)	2	3	4	5 (CT)
1. Eu acho que gostaria de usar essa aplicação com frequência.			1	1	4
2. Eu acho o sistema desnecessariamente complex.	2	4			
3. Eu achei o sistema fácil de usar.				1	5
4. Eu acho que precisaria de ajuda de uma pessoa com conhecimentos técnicos para usar o sistema.	5	1			
5. Eu acho que as várias funções do sistema estão muito bem integradas.			1	3	2
6. Eu acho que o sistema apresenta muitas inconsistências.	3	3			
7. Eu imagino que as pessoas aprenderão a usar esse sistema rapidamente.				1	5
8. Eu achei o sistema complicado de usar.	5	1			
9. Eu me senti confiante ao usar o sistema.			2		4
10. Eu precisei aprender várias coisas novas antes de usar o sistema.	6				

Comentários adicionais:

- Acredito que o aplicativo será uma ferramenta muito prática tanto para os docentes como para os discentes.
- O sistema de avaliação é muito mais alinhado com as competências que os alunos demonstram em suas atividades diárias, ocorrendo de forma mais frequente, com intervalos menores e desta forma refletindo de maneira mais real a *performance* do avaliado.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2. Respostas dos docentes (n = 6) em relação à Escala de Usabilidade do Aplicativo

ITENS	1 (DT)	2	3	4	5 (CT)
1. Eu acho que gostaria de usar essa aplicação com frequência.				1	4
2. Eu acho o sistema desnecessariamente complexo.	4		1		
3. Eu achei o sistema fácil de usar.				2	3
4. Eu acho que precisaria de ajuda de uma pessoa com conhecimentos técnicos para usar o sistema.	3	2			1
5. Eu acho que as várias funções do sistema estão muito bem integradas.					5
6. Eu acho que o sistema apresenta muitas inconsistências.	5				
7. Eu imagino que as pessoas aprenderão a usar esse sistema rapidamente.			2	1	2
8. Eu achei o sistema complicado de usar.	4				1
9. Eu me senti confiante ao usar o Sistema.			1	1	3
10. Eu precisei aprender várias coisas novas antes de usar o Sistema.	3		1	1	
Comentário adicional:					
• Sugiro que o texto da interface seja mais resumido e direto.					

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise das respostas do Quadro 1 revelou que quatro alunos afirmaram que gostariam de usar a aplicação com frequência, enquanto

dois demonstraram neutralidade. A maioria ($n = 4$) não considerou o sistema desnecessariamente complexo, e cinco alunos o acharam fácil de usar. Apenas um aluno indicou que precisaria de ajuda técnica para utilizar o sistema, enquanto os outros cinco não perceberam essa necessidade. Três alunos avaliaram que as funções do sistema estão bem integradas, enquanto dois foram neutros e apenas um discordou. Sobre inconsistências no sistema, as opiniões se dividiram igualmente entre neutras e negativas. Cinco alunos acreditam que o sistema pode ser aprendido rapidamente, e cinco alunos não o consideraram complicado de usar. Quatro alunos se sentiram confiantes ao utilizarem a plataforma, e apenas um aluno afirmou precisar aprender várias coisas novas antes de usar o sistema.

Nos comentários adicionais, os alunos destacaram que o aplicativo tem potencial para ser uma ferramenta prática tanto para docentes quanto para discentes. Ressaltaram que o sistema de avaliação proposto está mais alinhado às competências demonstradas nas atividades diárias, permitindo avaliações mais frequentes e refletindo de maneira mais realista a *performance* dos avaliados.

A análise das respostas dos seis docentes (Quadro 2) revelou que cinco afirmaram que gostariam de usar a aplicação com frequência, enquanto um demonstrou neutralidade. A maioria ($n = 5$) não considerou o sistema desnecessariamente complexo, e três o acharam fácil de usar. Apenas um docente indicou que precisaria de ajuda técnica para utilizar o sistema, enquanto os outros cinco não perceberam essa necessidade. Os docentes foram unânimes em avaliar que as funções do sistema estão bem integradas e que não há inconsistências nele. Cinco professores acreditam que o sistema pode ser aprendido rapidamente, e apenas um docente o considerou complicado de usar. Três docentes se sentiram confiantes ao utilizarem a plataforma, e apenas dois consideraram-se neutros nesse aspecto.

Apenas um docente comentou adicionalmente que o texto utilizado na interface poderia ser mais resumido e direto.

À luz da filosofia freiriana, a análise dos resultados do aplicativo utilizado para avaliação formativa revela elementos importantes relacionados à participação ativa, ao diálogo e à construção coletiva do conhecimento – princípios fundamentais da pedagogia de Paulo Freire.

Os resultados obtidos com os alunos demonstram uma receptividade positiva em relação ao uso do aplicativo, com destaque para a percepção de que a ferramenta possibilita uma avaliação mais alinhada às competências demonstradas nas atividades cotidianas. Esse aspecto ecoa diretamente o pensamento de Freire, que defende a educação como um ato dialógico e

contextualizado, em que a avaliação formativa deve emergir das práticas concretas dos sujeitos, respeitando suas trajetórias e seus saberes. O fato de quatro alunos afirmarem que gostariam de utilizar a aplicação com frequência e cinco a considerarem fácil de usar sugere que a tecnologia, quando bem empregada, pode ser uma aliada no processo educativo ao promover a autonomia e o protagonismo dos estudantes.

A percepção de que o sistema reflete de forma mais realista a *performance* dos avaliados reforça a ideia freiriana de que a avaliação não deve ser um ato punitivo ou classificatório, mas um instrumento de reflexão crítica sobre a aprendizagem. A avaliação, para Freire²⁶, é um processo contínuo e dialógico que permite aos educandos e educadores revisitar seus percursos, reconhecer avanços e identificar desafios, promovendo uma construção coletiva do conhecimento.

Já a análise das respostas dos docentes aponta uma aceitação igualmente favorável da ferramenta, com cinco deles afirmando que utilizariam o aplicativo frequentemente e unanimidade quanto à integração das funções do sistema. Isso indica uma abertura dos educadores ao uso de tecnologias que possam facilitar a avaliação formativa. No entanto, um ponto levantado – a sugestão de tornar o texto da interface mais direto e resumido – merece atenção. Freire alerta que a linguagem, quando hermética ou descontextualizada, pode se tornar uma barreira ao diálogo genuíno. Nesse sentido, simplificar a interface textual é um passo importante para assegurar que a tecnologia não afaste, mas aproxime, os sujeitos do processo pedagógico.

Com a utilização de critérios de avaliação definidos na escala Likert, tanto os professores quanto os estudantes têm uma referência clara do que é esperado em termos de competências e desempenho. Isso diminui a ambiguidade e facilita o alinhamento entre os objetivos do curso e o desenvolvimento do aluno.

A avaliação formativa com *feedback* contínuo estimula um diálogo mais próximo entre professor e aluno. Essa interação contribui para a criação de um ambiente de confiança, em que o aluno se sente à vontade para buscar orientação e o professor pode guiar o desenvolvimento de forma mais personalizada.

A coleta de dados sobre o desempenho e o progresso dos alunos fornece uma base para decisões pedagógicas mais informadas. Instituições e docentes podem identificar padrões de desempenho, ajustar o currículo e as metodologias de ensino, e até oferecer suporte extra para aqueles que estão enfrentando dificuldades.

Esses resultados se traduzem em uma formação médica mais completa e eficaz, preparando o aluno não apenas para a avaliação final, mas também para os desafios da prática profissional. A avaliação formativa, quando bem implementada e registrada, se torna uma ferramenta essencial no desenvolvimento de competências, alinhando-se aos princípios de uma educação médica de qualidade e centrada no aluno. A prática educativa só tem sentido quando há um ciclo contínuo de reflexão crítica e ação transformadora.

A análise dos resultados do aplicativo utilizado para avaliação formativa, à luz da filosofia freiriana, revelou pontos cruciais que conectam teoria e prática pedagógica. Um dos destaques foi a intenção de não apenas replicar metodologias bem-sucedidas, mas adaptá-las a novos contextos, como outras especialidades além da pediatria. Esse movimento vai além da simples repetição de técnicas eficazes. Trata-se de refletir sobre o que funciona, compreender o porquê e ajustar as práticas conforme as necessidades dos diferentes cenários. Essa postura reflete a práxis freiriana: não basta fazer por fazer – é preciso fazer refletindo e refletir agindo.

Outro aspecto relevante foi o caráter dialógico observado. Como destacou Freire, “ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”. Esse diálogo constante fortalece uma educação participativa e crítica. Além disso, a disposição coletiva para expandir práticas pedagógicas bem-sucedidas reforça a perspectiva freiriana de que a educação é um processo dinâmico e inacabado. O desejo de adaptar métodos a outros cenários reflete a consciência de que o sistema educacional não é estático, mas deve ser continuamente transformado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta uma proposta de ferramenta digital específica (MedForm) para a avaliação formativa baseada em competências como estratégia avaliativa de graduandos do curso de Medicina da PUC-SP durante o internato em pediatria.

A estratégia de avaliação por meio da ferramenta digital demonstrou potencial ao promover uma avaliação formativa baseada em competências, alinhada ao cotidiano dos estudantes de Medicina durante o internato em pediatria. Tanto alunos quanto docentes reconheceram o valor da ferramenta, com ênfase nas avaliações frequentes e contextualizadas.

As respostas indicam que a avaliação está alinhada aos objetivos de aprendizagem, permitindo que as competências desenvolvidas nas práticas diárias sejam observadas e registradas, refletindo uma avaliação formativa eficaz.

A criação da ferramenta digital teve boa aceitação, sendo avaliada como de fácil uso por grande parte dos alunos e docentes. Destaca-se a importância contínua de garantir que o espaço de *feedback* esteja claro e acessível para que os alunos possam compreender suas avaliações e progredir de maneira consciente.

A percepção dos participantes sobre a ferramenta foi amplamente positiva, com poucos registros de dificuldades técnicas ou insegurança ao usá-la. A sugestão de simplificar a linguagem da interface reforça a necessidade de manter o diálogo aberto, garantindo que a tecnologia sirva como facilitadora e não como barreira.

Embora os resultados não tenham detalhado diretamente o desempenho discente, a impressão inicial é que a ferramenta contribuiu para uma avaliação mais realista e frequente, o que sugere um impacto positivo no acompanhamento contínuo do progresso dos estudantes.

De forma semelhante, a análise das respostas dos docentes aponta uma aceitação igualmente favorável da ferramenta, com cinco deles afirmando que utilizariam o aplicativo frequentemente e unanimidade quanto à integração das funções do sistema. Isso indica uma abertura dos educadores ao uso de tecnologias que possam facilitar a avaliação formativa. No entanto, um ponto levantado – a sugestão de tornar o texto da interface mais direto e resumido – merece atenção. Freire alerta que a linguagem, quando hermética ou descontextualizada, pode se tornar uma barreira ao diálogo genuíno. Nesse sentido, simplificar a interface textual é um passo importante para assegurar que a tecnologia não afaste, mas aproxime, os sujeitos do processo pedagógico.

Dessa forma, é possível afirmar que o aplicativo apresenta potencial para fortalecer práticas avaliativas mais justas e humanizadas, ao permitir avaliações frequentes e contextuais.

Assim, diante dessas conclusões pretende-se revisar a interface do aplicativo, tornando os textos mais objetivos e claros; facilitar o aprendizado com guias rápidos ou tutoriais simples; realizar testes adicionais para compreender as dificuldades relatadas e promover ajustes efetivos.

Por fim, os resultados desse projeto-piloto oferecem subsídios valiosos para aprimorar tanto a avaliação formativa quanto a utilização da tecnologia

educacional envolvida. Esse processo, alinhado à visão de Freire, reforça que a educação é viva, crítica e em constante movimento – um instrumento de transformação coletiva e emancipação pedagógica.

A formalização de uma avaliação formativa para estudantes de Medicina no internato pode trazer impactos significativos tanto no nível pessoal para os estudantes quanto no institucional para as faculdades e os programas de formação médica.

O impacto pessoal para os estudantes em curto prazo consiste no *feedback* imediato e contínuo sobre seu desempenho, permitindo que identifiquem rapidamente áreas de melhoria, o que melhora o autoconhecimento e ajuda a corrigir falhas antes que se tornem lacunas significativas na formação.

Há ainda redução de ansiedade, com melhora na saúde mental do estudante, pois saber que há uma avaliação contínua com foco em desenvolvimento e não apenas em resultados finais tende a diminuir a ansiedade e a pressão por desempenho, favorecendo uma mentalidade de aprendizado em vez de mera aprovação.

Em médio prazo, haverá um ganho no desenvolvimento de competências clínicas, pois, com a avaliação contínua e o *feedback*, os estudantes se tornarão mais aptos a desenvolver habilidades clínicas e comportamentais essenciais, como comunicação com o paciente, habilidades técnicas, raciocínio clínico e trabalho em equipe. Isso acelera a aquisição de competências práticas e a confiança em ambientes clínicos reais. Além disso, os estudantes passam a entender melhor suas responsabilidades e a desenvolver mais autonomia, pois a avaliação formativa encoraja a autoavaliação e a autorregulação, orientando-os a monitorar e ajustar seu desempenho de forma mais independente.

Em longo prazo, espera-se que os estudantes que passaram por avaliações formativas durante o internato tendam a ser mais competentes e seguros ao iniciarem efetivamente a prática médica, ingressando ao mercado de trabalho com uma base sólida de habilidades e autoconhecimento, o que pode influenciar positivamente sua carreira e o cuidado que oferecem aos pacientes.

A avaliação formativa cultiva nos futuros médicos a mentalidade de aprendizado contínuo, essencial para uma profissão que exige constante atualização. Essa habilidade de autodesenvolvimento contribui para uma prática médica mais segura e atualizada ao longo da carreira.

Quando pensamos no impacto institucional para as faculdades e os programas de medicina em curto prazo, objetiva-se uma maior qualidade do ensino, pois a implementação de uma avaliação formativa requer ajustes curriculares e metodológicos, como treinamentos para docentes e preceptores, e criação de critérios de avaliação. Isso eleva o nível da educação médica ao tornar o processo de ensino-aprendizagem mais estruturado e orientado para resultados claros e mensuráveis. Além disso, a avaliação formativa envolve mais o corpo docente, que precisa estar disponível para fornecer *feedback* regular e construtivo; processo que tende a fortalecer o vínculo entre alunos e professores, tornando o internato mais colaborativo e centrado no aprendizado.

Em médio prazo, deverá ocorrer um aperfeiçoamento da avaliação dos processos educacionais devido ao melhor monitoramento do progresso e às dificuldades dos estudantes, identificando aspectos do currículo que precisam ser aprimorados. Isso promove um ciclo de melhoria contínua na formação dos médicos, com ajustes frequentes no conteúdo e nas metodologias de ensino.

Dessa forma, espera-se que a instituição ganhe maior credibilidade perante os órgãos acreditadores e as entidades reguladoras, pois demonstraria um compromisso com uma formação médica mais robusta e focada no desenvolvimento integral do estudante, o que pode aumentar o prestígio institucional e atrair estudantes de alta qualidade.

Em longo prazo, a formalização da avaliação formativa resulta na formação de médicos mais bem preparados, o que se reflete em uma prática médica mais segura e ética. O impacto positivo desses profissionais no mercado reforça a reputação da instituição, contribuindo para a excelência e a influência no campo da medicina. Ao longo do tempo, a implementação bem-sucedida de uma avaliação formativa pode servir de modelo para outras instituições, promovendo uma cultura de aprendizado formativo na educação médica como um todo. Isso pode influenciar políticas educacionais e regulatórias, colaborando para uma evolução contínua no ensino e na prática médica.

A formalização de uma avaliação formativa no internato médico cria uma abordagem que vai além da mera certificação de conhecimentos, focando o desenvolvimento contínuo e holístico dos estudantes. Para as instituições, isso exige uma reestruturação que traz desafios, mas oferece grandes retornos em termos de qualidade e reconhecimento em longo prazo. Para os estudantes, a experiência formativa enriquece a jornada de aprendizado, preparando-os de forma mais completa para as exigências

do exercício da medicina, resultando em médicos mais bem qualificados e adaptados a um cenário de saúde em constante evolução.

O desenvolvimento deste projeto representou um marco significativo em minha trajetória como educadora na área da saúde. Ao longo do processo, pude experimentar um aprendizado profundo que impactou diretamente minha autonomia profissional. A oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos no curso de especialização para formação de preceptores docentes me permitiu assumir um papel mais ativo e confiante no planejamento e na execução de estratégias educacionais, especialmente em ambientes complexos e desafiadores, como os que envolvem a formação na saúde.

Além disso, o projeto impulsionou meu crescimento pedagógico, permitindo-me compreender com maior clareza as necessidades dos estudantes e identificar abordagens inovadoras e centradas no aluno. Essa experiência também contribuiu para o fortalecimento da minha capacidade de refletir criticamente sobre minhas práticas e de adaptá-las de forma responsiva às demandas do ensino na área da saúde.

Por fim, o impacto desse aprendizado não se limitou ao meu desenvolvimento pessoal, mas também gerou efeitos positivos no ambiente de ensino. Pude aplicar metodologias que promoveram maior engajamento dos estudantes, estimulando neles o pensamento crítico, a autonomia e a corresponsabilidade pelo aprendizado. Esse processo não apenas consolidou minha prática docente, mas também reforçou a importância de uma formação de preceptores pautada em princípios pedagógicos sólidos e alinhados às demandas do cenário de saúde contemporâneo.

REFERÊNCIAS

1. Valentine N, et al. Fairness in human judgement in assessment: a hermeneutic literature review and conceptual framework. *Advances in Health Sciences Education*. 2021;26:713-38.
2. Borges MC, et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):324-31.
3. Santos BM, et al. Educação médica durante a pandemia da covid-19: uma revisão de escopo. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(supl 1):e139.
4. Sadler DR. Formative assessment and the design of instructional systems. *Instr Sci*. 1989;18(2): 119-44.

5. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
6. Norcini JJ, et al. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Ann Intern Med. 2003;138(6):476-81.
7. Harden RM. Curriculum mapping: a tool for transparent and authentic teaching and learning. Med Teach. 2001;23(2):123-37.
8. Driessen EW, et al. The use of programmatic assessment in the clinical workplace: a Maastricht case report. Med. Teach. 2012;34(3):226-31.
9. Tardif M. Saberes docentes e formação profissional. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Van Der Vleuten CPM, et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. Med Teach. 2012;34(3):205-14.
11. Troncon LEA. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2016;40(1):30-42.
12. Gondim AS, et al. Desenvolvimento e validação de aplicativo para ensino de abordagem da dor em cuidados paliativos. Rev Bras Educ Med. 2024;48(1):e002.
13. Bain & Company. Measuring your net promoter score. Bain & Company; 2022 [acesso em 3 nov 2024]. Disponível em: <https://www.netpromotersystem.com/about/measuring-your-net-promoter-score/>.
14. Santos FM dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. 2012.
15. Neumann CR, et al. Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica. 2019.
16. Auto B de SD, Vasconcelos MVL de, Peixoto ALVA. Avaliação de habilidades clínicas e feedback na residência médica em pediatria. Rev Bras Educ Med. 2021;45:e098.
17. Savaris RF. Avaliação formativa entre alunos de medicina do quarto ano: relato de experiência. Rev Bras Educ Med. 2009;33:111-5.
18. Pontes LM da S, Freitas MR de. Avaliação formativa no internato de Medicina. Rev Bras Educ Med. 2023;47(4):e137.
19. Toti PTF, et al. Um instrumento de avaliação do interno de pediatria na atenção primária à saúde. Espaço para a Saúde. 2023;24.
20. Megale L. Competência clínica em pediatria: proposta de instrumento de avaliação discente no internato. 2007.
21. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de

estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2011;32(1):25-40.

22. De Souza Prais JL, Da Rosa VF. Nuvem de palavras e mapa conceitual: estratégias e recursos tecnológicos na prática pedagógica. Nuances: Estudos sobre Educação. 2017;28(1):201-19.

23. Boucinha RM, Tarouco LMR. Avaliação de ambiente virtual de aprendizagem com o uso do sus-system usability scale. Revista Novas Tecnologias na Educação. 2013;11(3).

24. Bussolotti JM, Aranha M, Cunha VMP da. O World Café como uma possibilidade interdisciplinar de aprendizagem ativa. Anais CIET: Horizonte; 2018.

25. Gadotti M. Boniteza de um sonho: ensinar-e-aprender com sentido. Revista Lusófona de Educação. 2003:13-42.

26. Freire P. Educação “bancária” e educação libertadora. Introdução à Psicologia Escolar. 1997;3: 61-78.

27. Van Der Leeuw RM, Slootweg IA. Twelve tips for making the best use of feedback. Med Teach. 2013;35(5):348-51.

EIXO

Avaliação na Educação Médica

11

**Implantação de EPA
como instrumentos de
avaliação formativa no
internato em medicina
de família no HCPA:
um estudo de caso**

Implantação de EPA como instrumentos de avaliação formativa no internato em medicina de família no HCPA: um estudo de caso

Cristina Rolim Neumann¹ / Roberto Zonato Esteves² (orientador)

cneumann@hcpa.edu.br / manhabc209@gmail.com

Palavras-chave: Atividades Profissionais Confiabilizadoras; Ensino Médico de Graduação, Educação Médica Baseada em Competências.

RESUMO

Introdução: As atividades profissionais confiabilizadoras (*entrustable professional activities* – EPA) são unidades de prática profissional que podem ser conferidas aos estudantes e profissionais de saúde quando estes demonstrarem as competências necessárias para executá-las sem supervisão. Enquanto as competências são qualidades dos indivíduos, as EPA são unidades de trabalho, mais facilmente mensuráveis. Dessa forma, as EPA podem fazer a ponte entre a educação baseada em competências e a prestação de cuidados de saúde. Em muitos países, os currículos médicos têm sido modificados para incluir as EPA como forma de avaliação formativa. As EPA básicas para a graduação foram adaptadas para o português em 2019, na Famed-UFRGS, mas ainda não foram implantadas na graduação.

Objetivo: Este projeto tem como objetivo implantar as EPA básicas para a graduação no internato de medicina de família da Famed-UFRGS na forma de um estudo-piloto. **Método:** A partir da revisão bibliográfica dos processos de implantação de EPA, foi desenhado um projeto-piloto para implantação de três das 15 EPA básicas para graduação em uma UBS que é a área de estágio do internato em medicina de família. Intentou-se implementar as metodologias que a literatura indica como facilitadoras da implementação, tais como treinamento de preceptores e alunos, desenvolvimento de materiais pedagógicos adequados e ajustes nos processos de trabalho da unidade de saúde. Além disso, buscou-se contornar as barreiras conhecidas para a implantação, como desorganização da unidade, excesso de atividades para os preceptores e sistemas de informação não amigáveis. **Análise:** O

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.

processo de implantação será acompanhado por um estudo de caso único incorporado. Neste projeto de investigação qualitativa baseado em diversas fontes de evidências, que convergem em formato de triângulo e remetem ao desenvolvimento de três proposições: referência teóricas, coleta de dados de informantes-chave e em grupos focais, e dados quantitativos que serão analisadas em triangulações. A partir da análise destas fontes podemos entender os fatores que podem auxiliar no êxito do projeto e fazer os ajustes necessários. **Resultados esperados:** atingir os objetivos da proposta, isto é: criar um grupo de trabalho na UBS que será treinado na implantação das EPA básicas da graduação. Além disso, serão desenvolvidos processos formativos e material didático para preceptores e alunos que poderão ser replicados a cada nova turma de internato.

INTRODUÇÃO

As atividades profissionais confiabilizadoras (*entrustable professional activities* – EPA)^{1,2} são unidades de prática profissional que podem ser conferidas aos estudantes e profissionais de saúde quando estes demonstrarem as competências necessárias para executá-las sob supervisão direta.^{4,5} Enquanto as competências são qualidades dos indivíduos, as EPAs são unidades de trabalho, mais facilmente mensuráveis portanto. Quase todas as atividades nos cuidados de saúde necessitam de múltiplas e integradas competências (capacidade de comunicação e colaboração, comportamento profissional, competências de conteúdo etc). Desta forma, as EPAs podem fazer a ponte entre a educação baseada em competências e a prestação de cuidados de saúde. As EPAs como unidades de prática executáveis em um determinado período são passíveis de treinamento, observação e avaliação sobre a capacidade do aluno de realizá-las com segurança e desta forma ser autorizado a executá-las com supervisão à distância (confiabilização) são importantes estratégias nos currículos baseados em competências^{2,4,5}. As decisões de atribuição exigem um juízo holístico, que é mais do que um enfoque em conhecimentos ou competências específicos⁵. As EPA representam abordagens inovadoras que visam ao desenvolvimento de competências centradas no atendimento de pacientes e formas mais adequadas a processos de confiabilização progressiva dos aprendizes na aquisição de autonomia para o exercício das práticas profissionais usuais^{6,7}. O treinamento sistemático e repetido das EPA demonstrou que os alunos desenvolvem uma curva de aprendizado consistente até chegarem ao nível desejado de competência na tarefa⁸. Entretanto, a velocidade em que os alunos desenvolvem a aquisição da habilidade difere entre eles. Em um estudo-piloto, Brown et al.⁹ estudaram hipoteticamente a potencialidade das EPA na avaliação somativa. Para isso, estudaram os registros de avaliações

por EPA (2.415 decisões de confiabilização) referentes a 349 alunos no final da graduação de quatro escolas médicas que já haviam incluído em seu currículo o ensino de pelo menos quatro EPA. Os percentuais de prontidão do aluno para realizar as tarefas com supervisão à distância foram: 41,3% com aptidão; 23,1% com progresso, mas sem atingir a aptidão; 7,2% não aptos; e, em 28,4% dos registros, não havia dados suficientes para avaliação. Esses achados levam à reflexão de que alguns alunos precisariam de um treinamento mais intensivo ou prolongado para que pudessem atingir os marcos de desenvolvimento almejados ao final do internato.

O processo de implantação das EPA depende muito da qualidade da preceptoria. Nesse sentido, Rothwell et al.¹⁰ nos oferecem, em uma revisão sistemática da literatura, dados sobre os fatores que promovem ou dificultam a preceptoria de qualidade. O processo de trabalho de preceptoria envolve dois tipos de trabalho que coexistem quando o supervisor dos alunos é também responsável pela supervisão clínica dos pacientes: a supervisão com foco no aprendizado e no desenvolvimento dos estudantes, e a supervisão voltada à produção do trabalho médico. Além disso, há um terceiro foco que é o gerenciamento das atividades dos estudantes e da atribuição somativa. Essas três atividades – prática médica, gerencial-administrativa e educacional – devem coexistir com flexibilidade.

Entre os pontos que favorecem a boa supervisão clínica, destacam-se os seguintes¹⁰:

- O ambiente onde o aluno tem segurança na expertise do preceptor, mas o ambiente educacional é não hierárquico e seguro.
- O *feedback* é continuado e frequente, em vários momentos, pelo menos uma vez por mês e é realizado sempre que necessário.
- Treinamento regular em *feedback* dos preceptores para melhorar a capacidade de dá-lo e recebê-lo.
- A supervisão clínica efetiva e de qualidade aumenta a satisfação do preceptor, permite que ele seja mantido na função da preceptoria e melhora a qualidade do cuidado, com resultados positivos nos desfechos clínicos dos pacientes.

Entre os pontos destacados como barreiras efetivas para a qualidade do trabalho do preceptor, estão¹⁰:

- Falta de tempo e excessiva carga de trabalho, que são consideradas as principais barreiras. Os preceptores notam que a atividade de supervisão não é priorizada e renunciam à supervisão pedagógica em prol do trabalho de atendimento. Dessa forma, se houver pouco pessoal/tempo protegido para a supervisão, haverá pouca supervisão, independentemente do que é dito pela instituição.

- Falta de organização da instituição principalmente no que se refere a prover tempo e condições para uma boa preceptoria.

- Falta de treinamento do preceptor: preceptores não conhecem os *guidelines* profissionais ou não há treinamento em boas práticas educacionais. A falta de treinamento pode se manifestar de muitas formas, como intolerância, inflexibilidade, grosseria, falta de habilidade de lidar com sentimentos, inabilidade de dar *feedback*.

- Falta de habilidade para lidar com a baixa qualidade da *performance* dos alunos. A supervisão deve ter como principal objetivo auxiliar o aprendizado do aluno, mas alguns preceptores não sabem lidar com discentes com baixo desempenho. Não se sentem aparados pela instituição sobre as formas de abordar o problema ou como oferecer um plano de estudos adicionais ao aluno. Curiosamente, foi observado que alunos menos hábeis são delegados a instrutores mais jovens. Além disso, muitos temem receber uma avaliação ruim dos alunos quando fornecem um *feedback* ruim, o que pode dificultar a sua progressão.

- Falta de treinamento para lidar com supervisores externos ou com supervisores de diferentes profissões. A supervisão multidisciplinar pode às vezes ser mal interpretada por diferenças de papéis, linguagens e processos de tomada de decisão. É provável que um treinamento voltado para ações multidisciplinares e trabalho em equipe seja necessário.

Para entender como os alunos percebem a atribuição de confiança pelo preceptor, Karp et al.¹¹ realizaram um estudo qualitativo em que convidavam estudantes de Medicina na metade do internato obrigatório a descrever situações vivenciadas de confiança apropriada, excesso de confiança e falta de confiança envolvendo os próprios alunos e os residentes. Os autores identificaram nos sentimentos dos alunos três temas principais: confiança como andaime para a aprendizagem, efeitos da confiança no ambiente de aprendizagem e consequências da confiança para os pacientes. A confiança adequada envolveu geralmente treino e orientação próxima, muitas vezes com supervisores mais jovens (internos ou residentes). Essas situações fomentaram a motivação dos estudantes para aprender, o sentido

de valor na equipe e a percepção dos benefícios para os doentes. O excesso de confiança foi caracterizado pela atribuição de tarefas sem instruções claras, supervisão ou *feedback*. O excesso de confiança provocou ansiedade e estresse nos alunos, bem como preocupações com potenciais danos aos doentes. A confiança insuficiente foi caracterizada pela falta de clareza sobre o papel do estudante, em que o preceptor interferia excessivamente na tarefa, levando à frustração e ao descontentamento, com um impacto pouco claro nos doentes. Os aprendizes precoces em treinamento em cenário de prática consideram que a confiança implica elevados níveis de apoio, o que é diferente para alunos mais experientes que ficam satisfeitos e seguros com orientação à distância.

Desses estudos emergem aprendizados práticos: os clínicos supervisores devem falar com os alunos sobre confiança, utilizar descrições de EPA para orientar a aprendizagem e o ensino, dar aos discentes maiores responsabilidades *ad hoc*, adotar EPA para identificar/criar oportunidades de avaliação e *feedback*, incluindo discussões baseadas em casos, e reconhecer sentimentos instintivos sobre a prontidão do estudante para mais autonomia. As dicas para os líderes curriculares implicam permitir o desenvolvimento da confiança, aplicar decisões de confiança a todos os níveis da escala de supervisão, empregar todas as fontes de informação disponíveis para a confiança, capacitar a apropriação do processo de avaliação por parte do aluno e utilizar a tecnologia para o acompanhamento do aluno e a avaliação do programa.

A atribuição gradual de EPA no ensino médico está sendo amplamente debatida e já parcial ou completamente implementada em vários países: Países Baixos¹², Estados Unidos¹³, Suíça¹⁴, México¹⁵, Alemanha¹⁶, entre muitos outros, no ensino pré e pós-graduado.

A University Medical Center Utrecht^{5,12} dos Países Baixos foi pioneira na mudança ao criar um currículo composto de aprendizado clínico no local de trabalho com uma estrutura de EPA. Nesse currículo, operante desde 2016, os estudantes treinam para que possam ser confiabilizados com supervisão indireta antes da graduação em cinco EPA amplas: consulta clínica; procedimentos médicos gerais; informar, aconselhar e orientar pacientes e famílias; comunicar os colegas e colaborar com eles; e cuidados intensivos destinados ao paciente. Cada uma dessas EPA é formada por EPA menores (aninhadas) que recebem atenção de formação focada em estágios integrados em vários momentos, e, para completar o estágio, o supervisor deve confiar que aluno tem habilidade para realizar a tarefa com supervisão indireta. Entre as questões que exigiram uma atenção especial, destacam-se a aplicação de uma escala de níveis de supervisão para a aprovação e a necessidade de abranger todos os conteúdos clínicos relevantes sem envolver

tarefas demasiadamente pequenas. Foi necessária também a criação de um modelo de portfólio eletrônico para servir à avaliação e à atribuição de confiança.

O processo de implantação de EPA em dez escolas dos Estados Unidos¹³ foi iniciado com um estudo-piloto, liderado em cada escola por uma equipe principal que incluía um membro do gabinete do diretor, um diretor do programa de residência, um diretor de estágio e um quarto membro com experiência em elaboração de currículo, avaliação ou desenvolvimento do corpo docente, além de outros professores e alunos. O estudo-piloto explorou quatro objetivos da implantação da EPA nas escolas:

- *Atribuição formal:* Ao considerarmos o resultado educacional desejado da atribuição, novos currículos e novas práticas de avaliação são necessários? Quem tomará as decisões de atribuição? Quando e com base em quais evidências? As decisões de atribuição são limitadas no tempo? Como os diretores do programa de residência irão validar as decisões de atribuição?

- *Avaliação:* Todas as EPA principais podem ser avaliados de forma confiável, válida e econômica? Como o *feedback* formativo é usado no processo de atribuição? Quem fornece a avaliação? Como os estudantes, residentes, pacientes e outros profissionais de saúde podem ser envolvidos no processo de avaliação?

- *Desenvolvimento curricular:* Quais são as experiências de aprendizagem necessárias para informar as decisões de atribuição? Quando no currículo as decisões devem ocorrer? Como devem ser sequenciadas as EPA principais?

- *Desenvolvimento do corpo docente:* Quais são as práticas eficazes para preparar o corpo docente para realizar avaliações de competências, fornecer *feedback* formativo ligado às EPA básicas e a participar nas decisões de confiar nos alunos?

Sobre o piloto descrito anteriormente, Encandela et al.¹⁷ apresentam um estudo de caso múltiplo que busca entender de forma “descritiva” como foram os processos de implantação das EPA nas escolas de Medicina com suas características quanto a semelhanças e diferenças “fenomenológicas”, de modo a encontrar explicações para as experiências, e como influenciaram os resultados obtidos pelas escolas.

Os aspectos administrativos das escolas mais bem-sucedidas na implantação das EPA era o entusiasmo e o apoio dos líderes importantes nas instituições. Quando isso ocorria, havia a implementação sem interrupções. Outro aspecto destacado refere-se aos cursos que estavam envolvidos com reformas curriculares que incluíam o ensino por competência em seus novos currículos. Esses cursos tiveram maior facilidade quando incluíam o ensino de EPA e marcos de desenvolvimento dentro da estrutura curricular.

Na maioria das escolas, houve o esforço de identificar o uso de cada EPA nos estágios aos quais mais se adaptava. Dessa forma, a EPA 1 (coletar história e exame físico) em uma das escolas foi iniciada no período pré-clínico com pacientes simulados, mas na maioria das escolas se buscou observação direta de habilidades em local de trabalho, com *feedback* formativo imediato. Os alunos receberam instrução das EPA que seriam aplicadas na forma de mapas mentais de uma página, bem como as escalas utilizadas, que variaram entre as escolas. As escalas mais utilizadas foram a Escala de Chem Modificada que mede o nível de permissão ao aluno para executar a tarefa; e a Escala de Ottawa Modificada que mede a necessidade de apoio do preceptor para que o aluno realize a tarefa. (Quadro 1). A explicação das escalas geralmente é uma etapa de que os alunos gostam bastante, uma vez que se evidencia o que é esperado deles.

Sobre o estilo de preceptoria, na maioria das escolas que participaram da implantação, duas categorias de preceptoria foram identificadas: os preceptores de avaliação que estão na linha de frente do atendimento e que acompanham os alunos e dão *feedback* sobre os atendimentos; e os preceptores de portfólio que fornecem um *feedback* longitudinal a partir dos documentos dos alunos e outros dados do local de trabalho, mas nem sempre estão na linha de frente. Em algumas escolas, são professores especificamente contratados para essa atividade.

Outro ponto destacado foi o uso das EPA apenas como método de avaliação formativa e para prover *feedback* ao aluno. Nesse formato, há evidências de que a implantação favorece a aquisição da competência⁷. É possível usar as EPA na avaliação somativa, mas isso poderia dificultar a implantação.

Quadro 1. Escalas de avaliação do grau de confiabilização dos alunos em cada EPA

Escala de Ottawa Modificada: Ao supervisionar esse aluno, quanto você participou da tarefa?	Escala de Chem Modificada (utilizada em 5): Na supervisão, o quanto o aluno pode participar nas tarefas?
1. "Fiz tudo." O aluno necessitou de orientação completa ou não estava preparado.	"Pode apenas acompanhar." O aluno não está preparado para a tarefa, precisa acompanhar.
2. "Orientei o tempo todo." O aluno foi capaz de realizar algumas tarefas, mas exigiu instruções repetidas.	"Faz pequena parte da tarefa com apoio direto." Pode fazer partes da tarefa, mas precisa de supervisão constante.
3. "Eu o orientei de vez em quando." O aluno demonstrou alguma independência e exigiu apenas estímulos intermitentes.	"Faz a maior parte da tarefa com supervisão direta." Pode fazer a tarefa completa com supervisão direta e alguma orientação de tempos em tempos.
4. "Eu estava disponível na sala." O aluno funcionava de forma bastante independente e só precisava de ajuda com nuances ou em situações complexas.	"Faz a tarefa sozinho com supervisão à distância." É capaz de fazer toda a tarefa com supervisão à distância.
5. "Eu não precisava estar lá." Ou seja, independência total, entende os riscos e atua com segurança, pronto para praticar.	"Pode realizar toda a tarefa sem supervisão." Não se aplica para alunos de graduação, apenas para residentes.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os processos de registro variam de escola para escola, podendo ser Google Forms ou aplicativos. Muitas escolas desenharam o próprio aplicativo. Mas a maioria das escolas não conseguiu de maneira fácil utilizar os dados, o que dificultou o uso das EPA em processos somativos. A conclusão do estudo foi que são muitos dados que demandam horas para avaliar, o que exigiria recursos extras para a criação de uma metodologia adicional.

Chou et al.¹⁸ identificaram as fases principais da implantação de um currículo em EPA: criação de um processo de planejamento-padrão, pilotagem e implementação sequencial, comunicar e ouvir, proporcionar espaço para discussão e envolver um grande número de professores, envolver os formandos de vários níveis, criar oportunidades para o *co-design* e para a capacitação, antecipar a resistência à mudança e, finalmente, celebrar os êxitos. Os autores enfatizam que a realização de projetos-piloto com pequenos grupos de formandos, como um único módulo e/ou a implementação sequencial, aumentará a probabilidade de as reformas

serem bem-sucedidas em longo prazo, pequenas vitórias que fazem com que os objetivos pretendidos pareçam realizáveis. Nesse sentido, as experiências desses dois grupos pioneiros se mostram muito semelhantes.

O trabalho com EPA enseja mudanças na cultura institucional¹⁷. Quanto aos preceptores, os seguintes objetivos são esperados: adotar uma compreensão partilhada das normas descritas nas descrições das EPA; aumentar as observações diretas do formando no desempenho das EPA; aplicar o conceito de decisões de atribuição à avaliação e ao *feedback*; promover a mentalidade de crescimento do formando por meio da atribuição de aumento da responsabilidade; reservar tempo diário para o ensino e a avaliação; utilizar novas tecnologias para apoiar o currículo baseado nas EPA. Para os alunos, estas são as mudanças de cultura almejadas: adotar uma mentalidade de crescimento para alcançar a atribuição de uma responsabilidade maior; ser proativo na solicitação de *feedback* dos preceptores; colaborar ativamente com os supervisores; partilhar a responsabilidade pela coleta de provas de competência; utilizar novas tecnologias para apoiar o currículo baseado nas EPA. Nesse sentido, é necessário que na implantação se promovam melhoramentos contínuos para o alinhamento dos sistemas de informação e para os ajustamentos durante a implementação prática. Por meio de melhorias iterativas, esses esforços podem eventualmente conduzir a uma experiência sem descontinuidades no ambiente de aprendizagem e no local de trabalho. Por exemplo, a realização de avaliações¹⁷, o fornecimento de *feedback* e a criação de registros de aprendizagem não devem perturbar excessivamente o fluxo de trabalho nem criar encargos adicionais excessivos. Apenas por meio de tais aperfeiçoamentos repetidos a reforma pode ser integrada na prática diária¹⁷.

Um estudo-piloto sobre a implantação de EPA no último ano da graduação em quatro hospitais da Alemanha¹⁶, nos internatos de cirurgia, medicina interna e clínica geral, durante três meses encontrou os seguintes achados: a implantação demanda cerca de quatro horas de trabalho por semana para o coordenador e uma hora a mais de trabalho para os preceptores e alunos, e requer também um maior uso de computadores na unidade; promove o desenvolvimento docente; aumenta o comprometimento dos alunos com a equipe e com os pacientes, embora tenha havido resistência entre os supervisores para delegar algumas aos estudantes com supervisão apenas à distância. Os alunos descreveram que recebiam maior número de *feedbacks* imediatos, geralmente positivos. Sentiam que os preceptores se constrangem em dar *feedback* negativos embora os alunos gostem de receber sugestões para melhorar o seu desempenho. Também sentiram que se apropriavam mais das tarefas quando explicadas no formato de EPA.

Os autores concluem que o experimento mostra uma boa viabilidade e promove um ensino médico pré-graduado orientado para as competências no ano prático.

Utilizando os dados apresentados que se referem principalmente à implantação das EPA nas escolas estadunidenses e nos Países Baixos, emergem alguns pontos importantes que devem ser observados na implantação de um currículo baseado em EPA nas escolas médicas, alguns particularmente úteis no piloto de implantação das EPA no internato de MFC, objeto deste projeto, resumidos no Quadro 2.

Quadro 2. Pontos importantes sobre a implantação de um currículo baseado em EPA nas escolas médicas^{10,13,16,17}

Planejamento:

Conduzir uma avaliação de “prontidão para mudança” antes de adotar uma estrutura de EPA, determinando os níveis de compromisso com a mudança e eficácia da mudança presentes na escola. Tornar tangível a necessidade de mudança.

Aproveitar a sinergia que pode ocorrer quando outras mudanças estão sendo implementadas (por exemplo, mudanças de currículo, de administradores etc.).

Calcular o investimento em liderança educacional como uma consideração fundamental antes de adotar uma estrutura de EPA. Analisar e envolver todas as partes interessadas.

Considerar que papel as EPA desempenharão, se houver, no treinamento de habilidades e avaliação em relação a outras estruturas existentes, como marcos de desenvolvimento.

Analisar os recursos necessários e considerar o tempo como um recurso.

Planejar pilotos de implantação: definir o escopo, o início, o meio e o fim, a análise e divulgação de resultados, e proporcionar oportunidades de cocriação entre todos os interessados. Facilitar a adaptação local da mudança.

Implementação¹:

Comunicar a visão: Considere um modelo de difusão de inovação de implementação, começando com a parte do corpo docente que já tem alguma experiência e que compartilha sucessos e potenciais barreiras com “adotantes intermediários e tardios”. Que processos ou estratégias utilizar para comunicar-se com as várias partes interessadas?

Permitir a ação: Considere a adoção antecipada de EPA em estágios (por exemplo, EPA 1, 2 e 6 do Quadro 3) em que há um “ajuste natural”; mas não dependa apenas de estágios para introduzir EPA. Algumas EPA podem ser introduzidas como aspiracionais em pré-estágios e como “preparação de nível superior” no período pós-estágio (por exemplo, EPA 4 e 8 do Quadro 3). Como você ou outra pessoa pode liderar a mudança? Em que medida as partes interessadas envolvidas têm uma palavra a dizer sobre a ação? Que recursos são necessários? Como esses recursos podem ser aproveitados? Que formação de professores é necessária? Quanto tempo será necessário para apoiar e permitir a mudança?

Considerar as oportunidades para abordar EPA em todo o currículo para reforçar a integração curricular vertical e as relações longitudinais entre alunos e professores (especialmente aqueles que orientam os alunos sobre o progresso das EPA).

O mapeamento curricular pode ajudar a identificar os lugares ideais dentro do currículo para apresentar, ensinar e avaliar EPA específicas.

Use avaliações relacionadas às EPA para aprendizagem formativa destinada a todos os alunos antes que elas sejam usadas para tomar decisões de promoção de maior risco.

Produzir vitórias em curto prazo: Qual será o aspecto da vitória em curto prazo? Qual é o seu papel na reforma global? Como e quando deve ser celebrado?

¹ Algumas das medidas se relacionam à implementação de EPA em todo o currículo e não apenas em um internato, que é a presente proposta.

Fonte: Elaborado pela autora.

Experiência com EPA na Graduação da UFRGS e problemas enfrentados

O processo de implementação das EPA na graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da UFCSPA, iniciado em 2019, envolveu a elaboração da publicação intitulada *Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica* que prevê as EPA que contemplam as competências requeridas por graduandos em Medicina ao término da sua formação¹. Essa publicação foi elaborada mediante tradução e adaptação do documento *Core entrustable professional activities for entering residency*² da AAMC. Acrescentaram-se duas novas EPA à proposta original (Quadro 3).

A colaboração entre UFRGS e UFCSPA também previu o desenvolvimento de um aplicativo chamado EPAMED destinado ao apoio das atividades de avaliação, *feedback* e processos de confiabilização baseados nas EPA. O aplicativo foi desenvolvido com recursos do National Board of Medical Examiners. Ele foi desenhado com apoio do Telessaúde Rio Grande do Sul em um processo de *design thinking* utilizando grupos de alunos e professores envolvidos no projeto, e desenvolvido em sua parte operacional pela empresa Ivetech Sistemas. O produto é bastante intuitivo e de fácil operação, e permite ajustes nos textos das EPA e a inclusão de novas EPA pelos próprios professores. Mas, como outras escolas, precisa de apoio administrativo e de TI para o seu gerenciamento.

O aplicativo EPAMED prevê funcionalidades para a aplicação das 15 EPA consideradas essenciais para o exercício da prática clínica. Prevê ainda a apresentação das EPA como um mapa conceitual que resume as principais tarefas que o aluno precisa aprender e as etapas do seu desenvolvimento até atingir a confiabilização: descrição das EPA, descrição das competências, exemplos de alunos em estágios de pré-confiabilização e confiabilização, e questionário para a avaliação mediante as escalas em relação ao processo de confiabilização a partir dos graus de autonomia do aluno e/ou dependência do preceptor.

O aplicativo EPAMED está disponível para aplicação nos processos de avaliação e *feedback* e confiabilização de alunos de graduação da Medicina da UFRGS e médicos residentes dos programas de residência médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Quadro 3. 15 EPA básicas para graduandos em Medicina

- EPA 1. Coletar a história e realizar um exame físico.
- EPA 2. Priorizar um diagnóstico diferencial após uma consulta clínica.
- EPA 3. Solicitar e interpretar exames comuns para diagnóstico e triagem.
- EPA 4. Elaborar e discutir solicitação de exames e prescrições.
- EPA 5. Documentar o encontro clínico no prontuário do paciente.
- EPA 6. Fazer a apresentação oral de um caso clínico.
- EPA 7. Formular perguntas clínicas e obter evidências para promover o cuidado com o paciente.
- EPA 8. Fazer ou receber a passagem de caso para um colega.
- EPA 9. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional.
- EPA 10. Reconhecer um paciente que necessite de atendimento urgente e iniciar a avaliação e o manejo dele.
- EPA 11. Obter consentimento informado para exames e procedimentos.
- EPA 12. Executar procedimentos médicos gerais.
- EPA 13. Identificar falhas nos sistemas e contribuir para a cultura de melhoria e segurança.
- EPA 14. Comunicar más notícias.
- EPA 15. Educar pacientes: manejo da doença, promoção da saúde e medicina preventiva.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na atenção primária, o projeto de implantação das EPA foi iniciado em 2019 e interrompido devido à eclosão da pandemia de covid-19, que modificou todos os fluxos de atendimento e inviabilizou temporariamente o projeto.

O grupo colaborador se desfez embora tenhamos treinado professores, desenvolvido o aplicativo EPAMED e utilizado em alguns estudantes com bons resultados (dados não publicados).

A UBS Santa Cecília, onde o piloto será implantado, é uma unidade de saúde localizada em Porto Alegre, próxima ao HCPA que a gerencia. Nessa unidade, funciona o serviço de atenção primária do HCPA, que oferece cuidados a uma população de aproximadamente 42 mil pessoas, com cerca de 23 mil adscritas. Esse serviço tem quatro equipes de saúde, nas quais trabalham, na área da MFC, professores do internato de MFC da Faculdade de Medicina da UFRGS (Famed-UFRGS), médicos de família contratados pelo HCPA, residentes de MFC e alunos do internato de MFC da Famed-UFRGS. Muitos outros profissionais de níveis superior e técnico, estudantes e residentes fazem parte da equipe multidisciplinar da unidade: enfermagem, nutrição, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, educação física, fisioterapia, segurança e serviços gerais.

Como já descrito, a implantação das EPA é favorecida quando a escola está trabalhando uma reforma curricular. Neste momento, a Famed-UFRGS está envolvida em uma reforma curricular que se propõe a incluir metodologias ativas e ensino por competências no currículo, o que pode ser promissor para o estudo de implantação que ora propomos.

Dentro dos pontos apresentados no Quadro 2, no que se refere à etapa de planejamento, algumas medidas para o preparo da implementação da EPA no internato de MFC já foram realizadas:

- O treinamento prévio dos professores do internato criou a realidade de que todos conhecem as EPA. Alguns participaram da preparação do livro que produzimos em 2019 e todos receberam exemplares. Todos conhecem o aplicativo e já tiveram oportunidade de utilizá-lo. Alguns dos nossos residentes fizeram parte da implementação anterior e têm uma boa perspectiva sobre as EPA.
- O estilo de rotação dos internos dentro do serviço foi modificado no último ano, de modo que os alunos permanecem na mesma equipe e com os mesmos preceptores nos 3 meses de internato favorecendo a interação entre os preceptores e os alunos.
- Temos a rotina de apresentar as EPA no início do internato quando explicamos o processo de confiabilização e as escalas aos alunos.

Os maiores problemas que encontramos foram no período de implementação. A interrupção da implementação anterior causou um

“anticlímax” na equipe. A seguir, apresentam-se os problemas que ocorreram e as possíveis soluções.

Houve dificuldades na manutenção dos dados do aplicativo e problemas na disponibilidade do *software*. Trata-se dos problemas que ocorreram com as escolas estudadas por Encandela et al.¹⁷ e descritos anteriormente. Uma das estratégias poderia ser focar a metodologia educacional e não o método de captação dos resultados. Explicando melhor: oferecer aos professores a possibilidade de registrar as EPA no aplicativo ou em formulários de papel que possam ser digitados posteriormente.

Todos os professores estavam na posição de treinadores, mas para cada um havia muitos alunos, pois eles se alternavam nas equipes. Hoje cada grupo de três a quatro preceptores está acompanhando (não diariamente, eles se alternam durante a semana, mas os alunos da equipe não mudam) por três meses um grupo de seis a sete alunos. Dessa forma, o ambiente de confiança se forma com maior facilidade.

Havia só uma pessoa responsável por avaliar o portfólio de todos os alunos e fornecer uma avaliação global. Agora cada subgrupo de professores acompanha um subgrupo de alunos, o que organiza o trabalho.

Com base nos problemas que ocorreram, a estratégia é incluir um professor de cada equipe para discutir o protocolo de implantação antes de submeter o projeto a fim de criar um ambiente colaborativo nas equipes.

Para relatar a experiência, uma forma encontrada na literatura é o estudo de caso, que é uma estratégia de investigação qualitativa no âmbito das ciências humanas e sociais e tem como finalidade não somente realizar diagnósticos extremamente detalhados sobre um determinado problema social, mas também compreender como determinadas realidades se manifestam, bem como identificar os condicionantes que as geram. Essa estratégia pode ser usada em estudos sobre educação¹⁹.

A metodologia escolhida é o estudo de caso único incorporado¹⁹⁻²², uma vez que o caso a ser estudado é a introdução do uso das EPA no internato de medicina de família da UBS Santa Cecília, que é uma unidade com quatro equipes, e a análise do processo de implantação será realizada nas equipes das subunidades incorporadas. O estudo de caso tem o objetivo de investigar um fenômeno contemporâneo dentro de um determinado contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Dessa forma, enfrenta-se uma situação tecnicamente empírica em que haverá variáveis na catalogação e análise de dados visando alcançar resultados. Assim, esse tipo de investigação qualitativa baseia-se em diversas fontes de evidências, que convergem em

formato de triângulo e remetem ao desenvolvimento de três proposições: referência teóricas, coleta de dados e análise de dados²². Procura-se triangular a análise comparando informações procedentes das várias fontes. O estudo de caso conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas. Nessa metodologia, enfatiza-se a construção de um projeto de pesquisa que oriente o investigador no processo de coleta, análise e interpretação das observações. É um modelo lógico de provas que permite que o pesquisador faça inferências relativas às relações causais entre as variáveis sob investigação.

O objetivo do projeto é implantar as EPA básicas para a graduação no internato de medicina de família da Famed-UFRGS na forma de um estudo-piloto, desenvolver processos formativos para preceptores em avaliação e feedback utilizando EPA; mapear as etapas da implantação e treinamento descrevendo suas dificuldades e fortalezas.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto-piloto de implantação de processos de confiabilização, avaliação e *feedback* baseado em EPA na UBS Santa Cecília em um grupo de internato de MFC com duração de três meses, prevendo metodologia qualitativa e quantitativa em que utiliza abordagem das ciências da melhoria, da implementação e da aprendizagem na complexidade.

O projeto de implantação prevê componente de pesquisa destinada a desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento da adoção de práticas de confiabilização, avaliação e *feedback* baseados nas EPA. Trata-se de um estudo exploratório que irá, baseado em metodologias utilizadas nas ciências da melhoria, da implementação e da aprendizagem na complexidade, compreender e propor melhorias nos processos de implantação das metodologias já citadas.

O projeto prevê estratégia de triangulação de dados quantitativos e qualitativos gerados a partir da coleta e análise de dados primários sobre os processos de implantação supradescritos, além de dados secundários relacionados às informações geradas, a partir de *queries* de registros assistenciais no AGHUse, análise documental de rotinas, protocolos e documentos institucionais. Prevê ainda entrevistas em profundidade e grupos focais com atores-chave envolvidos nas atividades identificadas neste projeto como sujeitos de pesquisa. Prevê também o registro de atividades em áudio e vídeo de atividades.

Serão utilizadas três das 15 EPA constantes no documento intitulado *Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica* da UFCSPA e UFRGS¹, descritas no Tabela 3 da introdução do presente projeto. A escolha das EPAs a serem implementadas é a primeira atividade do grupo de pesquisa responsável pela implantação do projeto. O Internato em MFC da Medicina da UFRGS é desenvolvido durante o período de 3 meses de forma ininterrupta, nos períodos de dezembro-fevereiro, março-maio, junho-agosto e setembro a novembro. A cada rotação 24-26 alunos das etapas 10-11-12 do curso de medicina cumprem o estágio em serviço que consta de 30-40 horas de atividade semanal. na UBS Santa Cecília

Participantes elegíveis

Professores e preceptores, discentes dos estágios de internato de MFC da Famed em estágio na UBS Santa Cecília. Os participantes que forem convidados a participar do projeto de pesquisa deverão fornecer consentimento informado para participar do estudo.

Contexto e local do estudo

A UBS Santa Cecília, onde o piloto será implantado, é uma unidade de saúde localizada em Porto Alegre, localizada próxima ao HCPA que a gerencia. Nesta unidade, funciona o serviço de atenção primária do HCPA que oferece cuidados a uma população de aproximadamente 42 mil pessoas, com cerca de 23 mil adscritas. Esse serviço tem quatro equipes de saúde, nas quais trabalham, na área da MFC, professores do internato de MFC da Famed-UFRGS, médicos de família contratados pelo HCPA, residentes de MFC e alunos do internato de MFC da Famed-UFRGS. Muitos outros profissionais de níveis superior e técnico, estudantes e residentes fazem parte da equipe multidisciplinar da unidade: enfermagem, nutrição, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, educação física, fisioterapia, segurança, serviços gerais.

As atividades dos alunos do internato na UBS Santa Cecília são: atendimentos de consultas agendadas, de acesso avançado ou de acolhimento, visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, atividades de grupo, atividades educativas e de avaliação do programa saúde na escola, reuniões de equipe multidisciplinar e aulas. Nessas atividades, os internos têm preceptoria presencial durante todas as atividades. As atividades de preceptoria são desempenhadas pelos professores de MFC da UFRGS, pelos médicos de família contratados pelo HCPA e por residentes do

serviço de APS. Os alunos são divididos nas quatro equipes do serviço (de 6 a 7 alunos por equipe) e permanecem com a equipe durante os três meses de internato. As atividades de ambulatório envolvem os alunos 1 turno por dia de segunda a sexta-feira, e as demais atividades incluem procedimentos, visitas domiciliares, atividades na comunidade e aulas são organizadas no contraturno das equipes.

Etapa 1: Constituição dos grupos de trabalho na UBS Santa Cecília

Para a execução do projeto-piloto, serão criados dois grupos de trabalho que atuam em concomitância: grupo de gerenciamento da implantação e grupo de trabalho da equipe.

1) *Grupo de gerenciamento da implantação:* Constituído por um representante de cada equipe da UBS Santa Cecília,

- Tarefas: Preparar/submeter/aprovar o protocolo de pesquisa; preparar e aplicar o treinamento para os membros das equipes; preparar os instrumentos de coleta de dados; garantir que o cronograma de avaliações está sendo cumprido, aplicar os instrumentos de coleta de dados; aplicar os termos de consentimento informados aos participantes; resolver os problemas que eventualmente surgirem; analisar os dados obtidos; escrever o relatório da pesquisa.

- Rotinas de trabalho: Reunião quinzenal para ajustes no protocolo antes da implantação e semanal durante o período de implantação (três meses).

2) *Grupo de implantação da equipe:* Constituído pelos preceptores, residentes e alunos da equipe gerenciados pelo representante da equipe no grupo 1.

- Tarefas: Participar das sessões de treinamento; fornecer e receber a supervisão baseada em EPA; preencher os termos de consentimento informado; participar da coleta de dados na categoria de sujeitos da pesquisa; revisar os instrumentos de treinamento dos membros da equipe sugerindo melhorias quando isso for necessário; analisar o relatório de pesquisa quando completado pelo grupo 1 sugerindo melhorias quando isso for necessário.

- Rotina de trabalho: Participação das sessões de treinamento do projeto (uma sessão de *feedback* e preceptoria estruturada; uma sessão de

treinamento para cada EPA escolhida para ser implantada no projeto – duas ou três sessões); participação nos grupos focais e entrevistas estruturadas como sujeitos do projeto; reuniões mensais de avaliação do desenvolvimento da implantação.

Etapa 2: Preparação da implantação

1) Identificar os professores e preceptores da MFC que participarão dos grupos de gerenciamento e implantação e do grupo de implantação das equipes para implantação do projeto na UBS Santa Cecília.

2) Revisar e discutir o protocolo de implantação, escolher as EPA que serão implantadas, selecionar os materiais de coleta de dados, providenciar os termos de consentimento informado, estabelecer o cronograma do treinamento, elaborar os materiais para treinamento dos professores e alunos, e submeter o projeto ao comitê de pesquisa do HCPA.

3) Realizar as atividades de ensino-aprendizagem de maneira a assegurar que os preceptores adquiram uma base comum de conhecimentos e terminologia (como prontidão para a prática, prática independente, autonomia, supervisão proativa e reativa, decisão de confiabilização, escalas de supervisão etc.) para os processos de avaliação, *feedback* e confiabilização.

4) Após as oficinas com os professores e residentes, revisar os materiais de implantação das EPA a partir do *feedback* recebido no processo de treinamento.

5) Preparar as oficinas para os alunos do internato apresentando as EPA, os conteúdos e os processos de avaliação e *feedback* (gerenciamento de atitudes e vinhetas de casos).

6) Treinar a equipe na utilização do EPAMED e de uma alternativa em papel para o registro das avaliações dos alunos.

7) Após a aprovação do projeto, assinar os termos de consentimento informado e realizar a implantação no início da rotação do internato.

8) Revisar o quadro teórico analítico do percurso metodológico a ser percorrido pelo projeto de pesquisa após a etapa 2 e antes da etapa 3 – implantação do piloto.

Etapa 3: Implantação

1) Explicar o projeto aos alunos e convidá-los a participar do piloto; os

que concordarem deverão assinar os termos de consentimento.

2) Realizar oficinas com os alunos do internato apresentando as EPA selecionadas para a implantação, os conteúdos e processos de avaliação e *feedback*, e as escalas de avaliação.

3) Fornecer material visual sobre as EPA selecionadas, como mapas conceituais, gerenciamento de atitudes esperadas e vinhetas explicativas.

4) Revisar o material de instrução a partir do *feedback* dos alunos e professores participantes da implantação das EPA.

5) Iniciar o treinamento em cenários de prática com *feedback* imediato a cargo da equipe de preceptores.

6) Realizar avaliação formal com *feedback* registrado no sistema de informação das EPA selecionadas, estabelecendo o nível de confiabilização.

7) Realizar entrevistas em profundidade com atores-chave (um aluno e um preceptor de cada equipe escolhidos entre os mais engajados no processo de implantação das EPA), visando reunir subsídios relacionados a fatores facilitadores e dificultadores do processo de implantação de formas de avaliação e *feedback* baseados em atividades de confiabilização.

8) Realizar grupos focados com alunos e preceptores usando como guia os dados identificados nas entrevistas em profundidade realizadas com alunos e professores, visando aprofundar os temas destacados e identificar novos temas emergentes sobre o processo de implantação de formas de avaliação e *feedback* baseados em atividades de confiabilização.

9) Coletar dados quantitativos sobre o processo de implantação: sessões de treinamento, número de avaliações registradas no sistema de informação e questionários quantitativos realizados com alunos.

Metodologia do estudo de caso único incorporado

Justificativa para escolha do método

A metodologia escolhida é o estudo de caso único que tem o objetivo de investigar um fenômeno contemporâneo dentro de um determinado contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Dessa forma, enfrenta-se uma situação tecnicamente empírica em que haverá variáveis na catalogação e análise de dados visando alcançar resultados²¹.

Justificativa para a unidade de análise e subanálise

A unidade de análise é a introdução do uso das EPA no internato de medicina de família da UBS Santa Cecília, que é uma unidade com quatro equipes, e a análise do processo de implantação será realizada nas equipes das subunidades incorporadas. Dessa forma, trata-se de um estudo de caso único incorporado. A escolha da UBS Santa Cecília se dá porque é uma unidade relacionada à Famed-UFRGS, e a unidade que recebe mais alunos no internato de MFC da Famed-UFRGS é também a que tem maior número de professores e médicos de família. Ela representa uma unidade onde é mais provável que se obtenha sucesso na implantação dessa metodologia, podendo ser útil para guiar a implantação em outras unidades de serviço ambulatorial do HCPA.

Modelo teórico analítico preliminar

A Figura 1 caracteriza esquematicamente o quadro teórico analítico e o percurso metodológico a ser percorrido pelo projeto de pesquisa, a partir da constituição das equipes responsáveis pelo gerenciamento da implantação do projeto e pela implantação do projeto nas equipes assistenciais. Essa etapa irá prever também a coleta de dados empíricos e a análise de fontes documentais, como número e caracterização do perfil de profissionais professores e preceptores e residentes, documentos e rotinas existentes caracterizando as atividades de preceptoria, supervisão de alunos nos cenários de práticas dos serviços assistenciais, entre outros. Tais atividades serão concomitantemente realizadas ao processo de preparo e organização do trabalho de campo, que prevê a integração das atuações das equipes já descritas, incluindo definições de atribuições e atividades dos responsáveis pela equipe de pesquisa. O trabalho de campo propriamente dito prevê as atividades de formação de professores, preceptores e residentes envolvidos nos cenários de práticas para a utilização das EPA no internato de MFC do curso de Medicina. O trabalho de campo prevê a realização de coleta de dados quantitativos e qualitativos, incluindo entrevistas em profundidade com atores-chave e grupos focados com equipes envolvidas nos processos de implantação das EPA.

Figura 1: Percurso metodológico do projeto



Análise documental

Serão reunidos e analisados documentos institucionais que definem as rotinas assistências da UBS Santa Cecília, bem como o movimento das equipes nos três meses que precedem a implantação e nos três meses depois a implantação, de modo a identificar se a implantação da avaliação com o uso de EPA provocou alguma modificação no fluxo assistencial. Além disso, analisaremos os documentos do internato de MFC para identificar mudanças nas rotinas e orientações aos alunos. A análise desses documentos inclui o registro qualitativo e quantitativo dos objetivos e das metodologias, organização e distribuição de equipes, tecnologias utilizadas, métodos e conceitos, regras de procedimentos e formas de organização do trabalho individual e em equipe.

Entrevistas com os preceptores e residentes que prestam preceptoria para os alunos de internato

As entrevistas semiestruturadas para profissionais de saúde visam investigar os tópicos que emergiram como importantes na revisão da literatura. Esses profissionais serão questionados sobre os seguintes aspectos: motivação para o uso das EPA no internato; conhecimento sobre as EPA; fatores que facilitam e dificultam o aprendizado do aluno durante a

preceptoria; quão preparados se sentem para dar *feedback* e confiabilizar um aluno em EPA; condições que devem nortear a contabilização do aluno; benefícios e dificuldades que resultem da implantação das EPA no internato de MFC; e expectativas sobre o treinamento de professores. Serão entrevistados um preceptor e um residente de cada equipe. A escolha desses membros levará em conta o envolvimento com o projeto, dando-se preferência aos sujeitos mais engajados.

Entrevistas com estudantes

As entrevistas semiestruturadas para estudantes visam investigar as percepções deles sobre as mudanças no processo de avaliação e *feedback* no internato. As questões abordam os tópicos que emergiram como importantes na revisão da literatura. Os alunos serão questionados sobre os aspectos: fatores que facilitam e dificultam o aprendizado durante a preceptoria; como pedir e receber *feedback* durante os atendimentos e as avaliações, e os sentimentos nessas ocasiões; como o aluno percebe o ambiente educacional da UBS: o ambiente, a organização, a qualidade da preceptoria. Além disso, outras questões serão feitas:

- O aluno recebe *feedback*?
- Qual é a quantidade de tarefas?
- Qual é o tempo disponível para estudos?
- Como avalia a qualidade da preceptoria e do *feedback* que recebe?
- Como se sente sobre a avaliação utilizando EPA?
- Quão preparado se sente para receber supervisão apenas indireta?
- O que entende por confiabilização?

Será entrevistado um aluno de cada equipe. A escolha desses membros levará em conta o envolvimento com o projeto, dando-se preferência aos sujeitos mais .

Realização de grupos focados

Está prevista a realização de grupos focados envolvendo os profissionais das equipes de alunos e preceptores, sendo um grupo focal por equipe. Os

tópicos disparadores para os grupos focais serão relacionados à experiência com as EPA e se os professores e alunos percebem mudanças na qualidade, na satisfação, no aprendizado e no cuidado com o paciente durante o trabalho de assistência a ele no ambulatório. Que dificuldades estão encontrando no trabalho e que melhorias sentem a partir das mudanças? Que sugestões de mudança ainda são necessárias na próxima implementação?

Registro das interações em áudio e vídeo

As atividades de campo do projeto serão registradas em imagens a partir da utilização de até três câmeras portáteis do tipo GoPro® ou similares que podem utilizadas na vestimenta dos profissionais de saúde, posicionadas de maneira a permitir a adequada captura de imagens por ocasião das atividades formativas e reuniões de trabalho.

A filmagem destina-se ao registro multimodal das interações, dado que a comunicação humana se constitui por meio de linguagem verbal e não verbal, isto é, gestos, olhares, expressões faciais, posicionamentos corporais etc. Desse modo, cria-se, por consequência, a necessidade de que os registros possam ser feitos mediante as câmeras posicionadas para cada grupo analisado, dispostas em locais adequados de maneira a captar simultaneamente diferentes participações e reações dos profissionais de saúde e alunos participantes das reuniões clínicas. Além disso, as câmeras deverão estar dispostas de maneira a promover a menor interferência possível nos processos e procedimentos de pesquisa.

A utilização de imagens de profissionais de saúde e de alunos no HCPA é regida pelo Plano de Videomonitoramento de Imagens, pelo Plano de Segurança Patrimonial e pela Política de Segurança da Informação e Comunicações, documentos institucionais que salvaguardam a privacidade, a intimidade, a vida privada, a imagem e a honra das pessoas no âmbito das atividades de assistência, ensino e pesquisa realizadas pela instituição. Embora o uso das imagens de profissionais de saúde do HCPA e alunos esteja em consonância com os planos institucionais supracitados, as câmeras a serem utilizadas no projeto de pesquisa não estarão ligadas ao sistema de segurança patrimonial do HCPA.

Segundo o Plano de Videomonitoramento de Imagens do HCPA, “todas as imagens recolhidas, armazenadas e/ou processadas por meio de videomonitoramento são consideradas informações sensíveis e devem ser tratadas conforme as condições indicadas [...] com privacidade das informações e imagens”. O Plano de Videomonitoramento de Imagens considera

[...] informação sensível qualquer informação captada pelo sistema de videomonitoramento, pois trata de comportamentos, hábitos, características, rotinas ou quaisquer outras informações que, direta ou indiretamente, permita ao espectador das filmagens inferir sobre qualquer pessoa, seja esta pessoa física ou jurídica.

A equipe de pesquisa se comprometerá a preservar a privacidade, confidencialidade e integridade das informações não registrando situações que violem a intimidade ou privacidade das pessoas em locais como banheiros, vestiários e salas de lanche. A equipe de pesquisa não coletará informações que não tenham relação direta com as interações entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares/cuidadores que correspondem ao objetivo da pesquisa.

Metodologia de análise dos dados

No estudo de caso, cinco componentes de um projeto de pesquisa são especialmente importantes: 1. as questões do estudo de caso; 2. as proposições, se houver; 3. a(s) unidade(s) de análise; 4. a lógica que une os dados às proposições; e 5. os critérios para a interpretar as constatações.

As questões de pesquisa que conduzem este estudo são iniciadas por “como” e “por que”. As perguntas iniciadas com “como” se aplicam mais à fase de planejamento, e as iniciadas com “por que”, às explicações sobre as estratégias escolhidas que foram mais favoráveis aos objetivos desejados.

- Como poderemos implementar o uso de EPA no internato de MFC na UBS Santa Cecília?
- Como poderemos utilizar os conhecimentos acumulados no período em que trabalhamos com esse assunto?
- Como obter o engajamento dos alunos?
- Como poderemos contornar as dificuldades de implantações empiricamente previsíveis: a dificuldade da gestão do tempo dos preceptores?
- Como poderemos vencer as possíveis dificuldades que podem surgir com o uso do aplicativo EPAMED?

- Como iniciaremos o processo de trabalhos nas quatro equipes de forma igual ou com alguma liberdade de escolha baseada nas características da equipe?
- Como o treinamento dos alunos e professores pode ser otimizado?
- Quais são as formas preferidas para organizar as avaliações e o *feedback* dos alunos?

As proposições de estudo dirigem a atenção do pesquisador para algo que possa ser examinado dentro do escopo do estudo. Examinando a revisão da literatura, de forma especial o conteúdo do Quadro 2, algumas proposições para resolver as questões de pesquisa seriam:

- Para otimizar os conhecimentos acumulados no período anterior de trabalho com as EPA, será importante convidar para a gestão do trabalho em cada equipe professores que estavam no grupo inicial de trabalho ou estejam interessados no tema. O protocolo de pesquisa deve ser discutido e modificado, se for o caso, com esses profissionais.
- Incluir alunos que estão no internato na UBS para que possam participar do projeto.
- Para a questão do tempo, será importante negociar com os professores e com a gestão da unidade uma carga horária que possa ser destinada ao processo de implantação nas equipes. Também será importante determinar apoio administrativo na unidade para a organização de salas para treinamento e para as tarefas administrativas na gestão do EPAMED.
- Deve ser oferecida a possibilidade de realizar as avaliações no EPAMED ou em papel (para posterior alimentação do programa). Deve haver um apoio administrativo que auxilie na gestão do sistema de informação. Uma possibilidade seria oferecer bolsas de pesquisa para alunos de graduação incluídos no projeto.
- As quatro equipes têm composição e funcionamento um pouco diferentes. Se houver um gerente em cada equipe, será enriquecedor podermos analisar as formas de microgestão implementadas. Para isso, o projeto pode prever alguma flexibilidade. No instrumento de coleta de dados sobre preceptores e alunos, será necessário incluir questões sobre o estilo da preceptoria e sobre o funcionamento de cada equipe.

- É importante criar um corpo único de treinamento, que pode ficar a cargo dos professores das equipes, sobre as formas preferidas de avaliação e *feedback* que serão avaliadas por meio de entrevistas com professores e alunos.

A análise correrá em um período completo de internato (três meses) na UBS Santa Cecília, com subunidades representadas por suas quatro equipes. Esse período envolve a experiência de 24 a 26 alunos, 11 professores e quatro médicos de família contratados, divididos nas quatro equipes. Além desses profissionais médicos e estudantes de Medicina, há outros profissionais na unidade que não serão envolvidos para delimitar o estudo.

A vinculação dos dados às proposições se relaciona às técnicas de análise dos achados nas fontes de dados e entrevistas. Uma forma de abordar é identificar e apresentar questões rivais para os possíveis achados. Essas questões devem ser previstas e incluídas entre os dados a serem coletados.

Além dos tópicos já descritos, é necessário atentar aos quatro indicadores de qualidade da análise dos estudos de caso que devem ser ponderados ainda no planejamento do estudo: validade interna, validade do construto, validade externa e reprodutibilidade^{19, 21}.

- Validade interna ou validade lógica (importante para estudos explicativos ou causais) refere-se às relações causais entre variáveis e resultados. Para isto, o pesquisador deve desenvolver um argumento que tenha uma construção causal consistente, o que demanda formular um quadro de pesquisa claro (destacando as relações entre variáveis e resultados), analisar padrões e fazer a triangulação dos dados.
- A validade de construto de um procedimento refere-se à qualidade da investigação realizada, para tanto, é importante estabelecer uma clara corrente de evidências que permitam aos leitores reconstruir como o pesquisador partiu das perguntas de pesquisa iniciais até as conclusões finais. Para esse propósito, a descrição densa e a triangulação – ou seja, por meio de diferentes fontes de informação, olhar o fenômeno sob diferentes ângulos, usar informantes-chave para revisar o rascunho do relatório do caso – são procedimentos indicados

Validade externa ou generalizabilidade é o entendimento de que as teorias devem se aplicar não somente ao caso específico que está sendo estudado, mas também a outros. De um estudo de caso podem ser

extraídas somente generalizações analíticas. Isso significa dizer que, a partir das observações empíricas, podem ser feitas generalizações para a teoria (a serem posteriormente testadas), e não diretamente para a população.

- **Confiabilidade:** A confiabilidade refere-se ao fato de que a pesquisa deve permitir que, caso outros pesquisadores decidam seguir os mesmos passos de pesquisa, eles possam chegar aos mesmos *insights* do pesquisador inicial. Nesse sentido, procedimentos de pesquisa bem descritos e protocolos de pesquisa são peças essenciais²³.

Para realizar o relatório final deste trabalho, é interessante seguir as diretrizes para avaliação crítica dos estudos de caso único na área da medicina que foram compiladas por Atkins et al.²¹ na forma de uma lista de verificação das melhores práticas (Quadro 4). Essas práticas estão agrupadas dentro de categorias amplas descritas mais adiante.

Quadro 4. Verificação da qualidade dos estudos de caso com base nos dados expostos

Elemento	Critério de avaliação
Formas de pensar	1. Foi apresentado um argumento confiável para justificar a adequação de um estudo de caso? 2. A posição filosófica e a perspectiva dos autores estão declaradas? 3. Há evidências de que algum viés foi levado em consideração ao realizar a análise dos dados?
Formas de controle	4. Os critérios de análise foram confirmados por um pesquisador independente? 5. Foram exploradas as oportunidades de várias formas de triangulação? 6. O processo de pesquisa é auditável? 7. A literatura relevante foi usada para apoiar a seleção de uma estrutura teórica apropriada para orientar a pesquisa? 8. O estudo usa a teoria apropriada para apoiar os resultados? 9. O estudo descreve como as conclusões foram alcançadas e como elas são justificadas pelos resultados? 10. As afirmações/conclusões feitas estão bem fundamentadas nos dados?

Formas de trabalho	11. Os critérios usados para selecionar o caso e os participantes apropriados estão claramente descritos? 12. O estudo apresenta uma pergunta claramente formulada que descreve um problema importante que pode ser acessado em um sistema de informações? 13. As abordagens e técnicas de coleta e análise de dados estão descritas em detalhes? 14. A estrutura conceitual da pesquisa está explicitamente descrita?
Formas de suporte	15. O estudo descreve um processo ordenado para a coleta de dados? 16. O estudo descreve e emprega uma maneira sistemática de analisar os dados? 17. A história e o contexto da pesquisa estão claramente descritos?
Formas de comunicar	18. As metas e os objetivos do estudo estão claramente definidos? 19. As limitações do estudo são reconhecidas e descritas? 20. O estudo sugere se e como os resultados podem ser transferidos para outros ambientes? 21. São fornecidos detalhes suficientes para permitir que os leitores avaliem a possibilidade de transferência da pesquisa para outros contextos? 22. O relatório identifica questões ou problemas para pesquisas futuras? 23. A apresentação da pesquisa é apropriada para o público-alvo? 24. *sta pesquisa poderia contribuir para o trabalho dos profissionais dos sistemas de informação (SI)? 25. A pesquisa fornece novas percepções sobre algum aspecto do trabalho de SI? 26. A pesquisa é apresentada de forma que haja evidência de rigor lógico em todo o estudo? 27. O estudo situa os resultados no contexto da prática de SI? 28. O estudo situa as descobertas no contexto da pesquisa de SI? 29. O processo de pesquisa está aberto ao escrutínio?

Fonte: Atkins ²¹

O modo de pensar descreve os pressupostos e pontos de vista do investigador no contexto da investigação em curso, explicitando assim o contexto filosófico em que a investigação é conduzida. Espera-se a apresentação de argumentos que justifiquem a pertinência de um estudo de caso e uma justificativa para a escolha da abordagem. Isso deve envolver os pontos fortes e fracos dos estudos de caso e indicar se a abordagem foi bem-sucedida ou não. É razoável supor que exista algum viés interpretativo devido à posição filosófica do investigador, e, por isso, ela deve ser explicitada, e deve ser considerada a possibilidade de vieses sistemáticos e interpretativos nas narrativas coletadas dos participantes.

O modo de controle define a forma como o exercício da investigação deve ser gerido, como definir e usar alguma forma de controle de qualidade, como a avaliação dos dados por mais de um pesquisador para assegurar que o sentido atribuído por ambos é convergente. A triangulação é aceita como um método para reduzir vieses por prover múltiplas evidências de diferentes fontes. Há pelo menos seis tipos de fontes, tais como documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação de participantes e artefatos físicos (computadores, obras de arte e outros). Outra forma de controle de qualidade é criar e manter um banco de dados do estudo de caso. Ainda no projeto, deve ser determinado e descrito o embasamento teórico. Deve-se determinar se os resultados são fidedignos por meio dos dados de validade já descritos.

O modo de trabalho define e ordena as tarefas e subtarefas a serem realizadas no exercício de investigação, fornecendo orientações e heurísticas (modo de decidir/simplificar sobre questões complexas) sobre como essas tarefas devem ser executadas. Recomenda-se construir uma pergunta claramente formulada que descreva uma questão ou um problema importante de interesse, mas também pesquisar questões que sejam importantes para a comunidade de pesquisa e para os sistemas de informação. A partir da questão de pesquisa, deve-se criar uma estrutura conceitual que explique, “graficamente ou em forma de narrativa, os principais aspectos a serem estudados – os principais fatores, construtos ou variáveis – e as relações presumidas entre eles”, e ajude a focar a pesquisa e evitar a “sobrecarga de informações”. A estrutura conceitual inicial é revisada várias vezes até o ponto de encerramento e, em alguns casos, pode mudar significativamente. A estrutura conceitual final deve ser incluída em qualquer apresentação da pesquisa¹⁹. É importante começar a elaborar as perguntas da entrevista logo no início, pois elas ajudam a focar a pesquisa. As perguntas podem ser bastante amplas e permanecer assim até que o estudo de caso piloto seja concluído. Uma vez determinados os participantes, um guia útil é agrupar as perguntas de acordo com a função de cada um, e deve-se tomar

cuidado para garantir que apenas as perguntas relevantes sejam feitas a cada participante. Outra técnica é elaborar perguntas com base na estrutura conceitual. Outro aspecto que sinaliza o modo de trabalho é garantir que a abordagem e as técnicas de coleta e análise de dados sejam descritas em detalhes, incluindo a justificativa para sua seleção, bem como indicar claramente os critérios para selecionar o caso e os participantes apropriados. O pesquisador deve conduzir um processo de seleção intencional para escolher ambientes, pessoas ou eventos específicos. Para obtermos uma compreensão profunda da experiência dos participantes, devemos “procurar deliberadamente indivíduos ou grupos que se encaixem no perfil”. Em um estudo-piloto, é possível avaliar se as perguntas da entrevista estão apropriadas e úteis para extrair as informações necessárias. As perguntas da entrevista podem ser refinadas ou mudadas de ordem, e a necessidade de novos informantes pode ser identificada. Finalmente, o objetivo/a pergunta da pesquisa e a estrutura conceitual devem ser revisados e modificados conforme necessário, e essas mudanças devem ser explicadas.

As formas de suporte incluem os métodos de coleta de dados que devem ser descritos em detalhes suficientes. Há pelo menos seis fontes de coleta de dados que podem ser acessadas, incluindo documentação, registros de arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos. Informações básicas suficientes sobre um local de estudo de caso devem ser coletadas e analisadas. Além disso, todos os nomes e cargos de todos os possíveis participantes do caso devem ser obtidos, e o tempo da entrevista deve ser usado somente para coletar informações que não possam ser obtidas de outra forma. A descrição dos métodos de coleta de dados escolhidos também é importante porque “pode ter de ser longa e discursiva, pois está contando uma história única sem a qual os resultados não podem ser interpretados”. Determinar a metodologia e a forma de análise de dados, se será utilizada uma ferramenta automatizada de análise de dados qualitativos que permite o acesso a grandes quantidades de dados qualitativos não estruturados. A partir disso, pode-se deduzir que a estrutura de codificação deve se basear na estrutura conceitual em desenvolvimento e na pergunta de pesquisa. Outras técnicas úteis são a análise de conteúdo, a análise de conversação e a análise de discurso.

Finalmente, o modo de comunicação descreve a forma como a investigação deve ser apresentada, como serão relatadas as conclusões e justificados os resultados com o apropriado embasamento teórico. Deve-se fornecer uma descrição clara das metas e dos objetivos da pesquisa, das limitações do estudo, da contribuição que ele está fazendo para a pesquisa e, possivelmente, para a prática, e das questões levantadas pelo trabalho que poderiam se tornar a base para outras pesquisas. Além disso, os detalhes

dos locais de pesquisa escolhidos, os motivos dessa escolha, o número de pessoas que foram entrevistadas, as posições hierárquicas ou profissionais que ocupavam, que outras fontes de dados foram usadas e durante que período a pesquisa foi conduzida, como as entrevistas de campo e outros dados foram registrados, como foram analisados e como o processo iterativo entre os dados de campo e a teoria ocorreu e evoluiu ao longo do tempo devem ser incluídos. Para aumentar a confiabilidade das informações, é importante demonstrar uma cadeia de evidências que também deve estar clara na estrutura do relatório. Uma ligação circular entre as seções que descrevem as perguntas da pesquisa, a metodologia, a coleta de dados e as análises intermediárias que também fornecem histórico e contexto ao se referirem ao objetivo da pesquisa pode ajudar a atingir esse objetivo. Tem-se, portanto, que o processo de construção de teoria por meio dessa abordagem metodológica é o indutivo, ou seja, a teoria emerge à medida em que são reconhecidos padrões de relações entre construtos no caso. Cabe determinar se os achados podem ser aplicados em outros contextos, bem como se ensejam a realização de novas pesquisas.

O projeto de pesquisa foi aprovado em 08/05/2025 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a partir da Plataforma Brasil nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Prevê a utilização de Termo de Compromisso de Uso dos Dados e Termo de Consentimento Livre Esclarecido para os sujeitos de pesquisa. Serão tomadas todas as medidas cabíveis no sentido de proteger os dados pessoais sensíveis, nos termos estabelecidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

Formas de obtenção do consentimento informado

Pesquisadores e assistentes de pesquisa realizarão a abordagem dos participantes de pesquisa para fins da obtenção do termo de consentimento informado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados esperados são atingir os objetivos que foram elencados para a proposta, isto é: criar um grupo de trabalho na UBS que será treinado na implantação das EPA na graduação, e com esse processo já ficará capacitado para a implantação das EPA na residência de MFC e para dar suporte a outras iniciativas no sentido de implantação de EPA no HCPA.

Desenvolver processos formativos e material didático para preceptores e alunos que poderão ser replicados a cada nova turma de internato.

Após a avaliação do estudo de caso, poderão ser aprimorados os processos avaliativos dos alunos de internato, conforme os resultados obtidos.

Os benefícios esperados para os alunos que participarem da pesquisa são aqueles que esperamos obter na implantação de uma avaliação formativa por EPA: estimular a autonomia do estudante na resolução dos problemas práticos do ambulatório e ter maior facilidade de identificar as lacunas de conhecimento que devem ser reforçadas. Uma vez que a abordagem pedagógica por meio das EPA dá clareza ao aluno sobre os objetivos de aprendizado a serem alcançados, esperamos melhorar a saúde mental do estudante promovendo um ambiente menos competitivo e mais colaborativo durante o internato. Para os professores, esperamos promover uma prática mais segura, uma vez que a clareza dos objetivos educacionais quando trabalhamos com EPA auxilia a determinar quais alunos precisam de mais treinamento para atingir os objetivos esperados no internato, tornando a preceptoria mais direcionada à resolução de problemas

As aplicações práticas para o curso de Medicina estão explícitas na proposta que tem a característica de pesquisa aplicada à melhoria do processo de avaliação. Outros benefícios secundários poderão ser o aprimoramento dos processos de trabalho dentro da unidade e a utilização da metodologia desenvolvida para a implantação de EPA em outros internatos e na residência, incluindo a residência de MFC desenvolvida na UBS. Além disso, a publicação dos resultados obtidos poderá estimular outras escolas e áreas de treinamento prático a experimentar essa forma de treinamento de competência com o uso das EPA.

REFERÊNCIAS

1. Neumann CR, Gerbase MW, Blank D, Capp E. Avaliação de competências no internato: atividades profissionais confiabilizadoras essenciais para a prática médica. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019 [acesso em 3 nov 2024. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/198092>.
2. Association of American Medical Colleges. Core entrustable professional activities for entering residency. Curriculum developers' guide. Washington: AAMC; 2014. 114 p.
3. Peters H, Holzhausen Y, Peters H. Entrustable professional activities for junior Brazilian medical students in community medicine. BMC Med Educ. 2022 22: 737-49

4. ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, Van Der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015 Nov 2;37(11):983-1002.
5. Ten Cate O, Hennus MP. Entrustable professional activities and entrustment decision-making for competency-based education in the health professions: an introduction. London: Ubiquity Press eBooks; 2024.
6. Hauer KE, ten Cate O, Boscardin C, Irby DM, Iobst W, O'Sullivan PS. Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace. *Advances in Health Sciences Education*. 2014 19(3):435-56. doi: 10.1007/s10459-013-9474-4. [acesso em 7/08/2025]. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-013-9474-4>. 435-56.
7. El-Haddad C, Damodaran A, McNeil HP, Hu W. The ABCs of entrustable professional activities: an overview of “entrustable professional activities” in medical education. *Intern Med J*. 2016 Sept;46(9):1006-10.
8. Violato C, Cullen MJ, Englander R, Murray KE, Hobday PM, Borman-Shoap E, et al. Validity evidence for assessing entrustable professional activities during undergraduate medical education. *Acad Med*. 2021 July 1º;96(7S):S70-S75. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004090>.
9. Brown DR, Moeller JJ, Grbic D, Biskobing DM, Crowe R, Cutrer WB, et al. Core entrustable professional activities for entering residency pilot. Entrustment decision making in the core entrustable professional activities: results of a multi-institutional study. *Acad Med*. 2022 Apr 1;97(4):536-43. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004242>.
10. Rothwell C, Kehoe A, Farook SF, Illing J. Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review. *BMJ Open*. 2021 Sept;11(9):1-10 [acesso em 07/08/2025]. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/9/e052929>.
11. Karp NC, Hauer KE, Sheu L. Trusted to learn: a qualitative study of clerkship students' perspectives on trust in the clinical learning environment. *J Gen Intern Med*. 2019 Apr 16;34(5):662-8.
12. ten Cate O, Graafmans L, Posthumus I, Welink L, van Dijk M. The EPA-based Utrecht undergraduate clinical curriculum: development and implementation. *Med Teac*. 2018 Feb 22;40(5):506-13.
13. Lomis K, Amiel JM, Ryan MS, Esposito K, Green M, Stagnaro-Green A, et al. Implementing an entrustable professional activities framework in undergraduate medical education. *Acad Med*. 2017 June;92(6):765-70.
14. Michaud P, Jucker-Kupper P, The P. The “Profiles” document: a modern

revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Med Wkly*. 2016 Feb 1º. 146:w14270. doi:10.4414/smw.2016.14270. PMID: 26829005.

15. Hamui-Sutton A, Monterrosas-Rojas AM, Ortiz-Montalvo A, Flores-Morones F, Torruco-García U, Navarrete-Martínez A, et al. Specific entrustable professional activities for undergraduate medical internships: a method compatible with the academic curriculum. *BMC Med Educ*. 2017 Aug 25;17:143. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0980-6>

16. Schick K, Eissner A, Marjo Wijnen-Meijer, Johannink J, Huenges B, Ehrhardt M, et al. Implementing a logbook on entrustable professional activities in the final year of undergraduate medical education in Germany – a multicentric pilot study. *Directory of Open Access Journals*. 2019 Jan 1º;36(6):Doc69-9.

17. Encandela JA, Shaull L, Jayas A, Amiel JM, Brown DR, Obeso VT, et al. Entrustable professional activities as a training and assessment framework in undergraduate medical education: a case study of a multi-institutional pilot. *Med Educ Online*. 2023 Feb 15;28(1) [acesso em 18 jun 2024]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9937016/pdf/ZMEO_28_217.

18. Chou FC, Fitzpatrick S, Taylor DR, Marty AP, Yap M, Peters H. Managing curriculum reform in the transition to competency-based education using entrustable professional activities. London: Ubiquity Press eBooks; 2024.

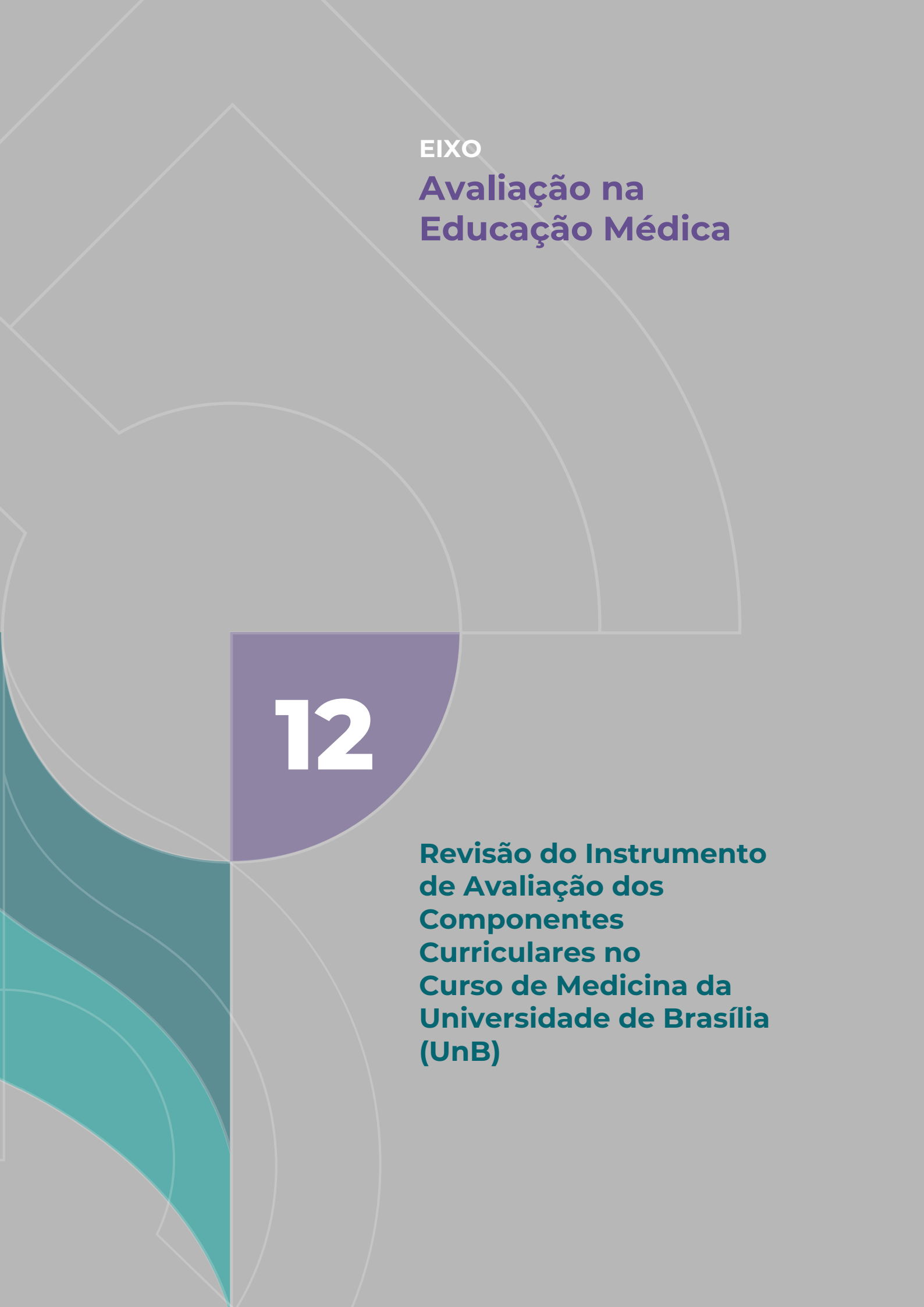
19. Melo Junior A., Morais R. Estudo de caso como estratégia de investigação qualitativa em educação Ensaios Pedagógicos (Sorocaba). 2018;2(1):26-33 [acesso em 7/08/2025]. Disponível em: <https://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/download/59/85/224#:~:text=O%20estudo%20de%20caso%20%C3%BAnico,e%20qualitativo%20do%20fen%C3%B4meno%20investigado>.

20. Meirinhos M, Osório A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer*. 2010;2(2) [acesso em 7/08/2025]. Disponível em: <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/24/27>.

21. Atkins C, Sampson J. Critical appraisal guidelines for single case study research. *AIS Electronic Library*; 2024 [acesso em 3 nov 2024]. Disponível em: <http://aisel.aisnet.org/ecis2002/15>.

22. Yin RK. Estudo de caso. 5a ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. E-book [acesso em 28 out 2024]. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582602324/>.

23. Zanni PP, Salat GH, Moraes M, Mariotto FL Para que servem estudos de caso único. *XXV EnAMPAD*; 2011 [acesso em 28 out 2024]. Disponível em: https://arquivo.anpad.org.br/abrir_pdf.php?e=MTMyODE=.



EIXO

Avaliação na Educação Médica

12

**Revisão do Instrumento
de Avaliação dos
Componentes
Curriculares no
Curso de Medicina da
Universidade de Brasília
(UnB)**

Revisão do Instrumento de Avaliação dos Componentes Curriculares no Curso de Medicina da Universidade de Brasília (UnB)

Odete Messa Torres¹/ Jacqueline Costa Teixeira Caramori² (orientadora)

odete.torres@unb.br/ j.caramori@unesp.br

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação do Ensino; Currículo.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de avaliação dos componentes curriculares na Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (FM/UnB). Especificamente, objetiva revisar o instrumento de coleta de dados à avaliação discente dos componentes curriculares no curso de medicina da UnB; e analisar a avaliação dos componentes curriculares no curso de medicina da UnB, na perspectiva conjunta de docentes e discentes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação. Parte da análise documental, tendo como foco a revisão do Instrumento de Avaliação Discente da FM/UnB. Utiliza-se de conversações significativas e estratégicas apresentadas como *Café Mundial*. Participaram da coleta de dados 9 pessoas (5 docentes, 1 técnica administrativa e 3 discentes). Os resultados apresentam a revisão do Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB, abordando as discussões e propostas de quatro mesas temáticas que participaram de um *Café Mundial*. Com base nas contribuições das mesas, foi elaborada uma proposta de revisão do formulário. A nova versão inclui uma escala de avaliação mais clara, perguntas gerais e específicas, e aborda aspectos como a conexão entre conteúdos, a gestão do curso, a experiência dos alunos com metodologias de ensino e a infraestrutura da FM/UnB. A proposta será submetida ao Núcleo Docente Estruturante (NDE) da FM/UnB para validação e aplicação. A proposta revisada visa não apenas avaliar, mas também promover um ambiente de aprendizado mais eficaz e inclusivo.

¹ Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Universidade Estadual Paulista, São Paulo, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O curso de graduação em Medicina da Universidade de Brasília foi criado pela Resolução Conselho Diretor da Fundação Universidade de Brasília (Consuni/UnB) s/n de 01/03/1962, tendo o início das atividades em agosto de 1966, formando a primeira turma em 1970, como Faculdade de Ciências Médicas (FCM). O curso foi aprovado e reconhecido pela Portaria nº 70.836, de 14 de julho de 1972, parecer CFE 455/1972. Em 1975, a FCM passou a ser denominada Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), quando iniciaram os cursos de Enfermagem, Nutrição e Educação Física. Em dezembro de 1999, o curso foi integrado à Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de Brasília, conforme determinado pela Resolução nº 19/2001, de 21 de setembro de 2001, pelo Consuni/UnB. Convivem lado a lado no Campus Darcy Ribeiro as FCS e FM, desde 1999. A renovação de reconhecimento do Curso de Medicina da UnB foi realizada pela Portaria nº 1014 de 25/09/2017¹.

São 58 anos de formação de médicos e médicas, cuja visão propõe

A Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de Brasília (UnB) tem como visão ser uma instituição de referência local, nacional e internacional na formação profissional em medicina, com estímulo à inovação pedagógica e tecnológica para a excelência no ensino, pesquisa e extensão, comprometida com os desafios de saúde de relevância nacional e global e socialmente referenciada¹⁻⁸.

O curso totaliza 544 créditos e 8.160 horas. As formas de ingresso se dão por meio do Programa de Avaliação Seriada (PAS), Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), vestibular tradicional, vestibular indígena, Transferência e Portadores de Diploma de Curso Superior, sendo oferecidas 42 vagas por semestre, assim distribuídas: 1º Semestre – 20 vagas vestibular tradicional, 20 vagas PAS e 2 vagas vestibular indígena; 2º Semestre – 20 vagas ENEM, 20 vagas PAS e 2 vagas vestibular indígena.

Ao analisar o Projeto Pedagógico de Curso (PPC), foi possível identificar que durante a sua revisão no ano de 2000, entre as recomendações da comissão de revisão estabelecida, o “acompanhamento e avaliação da oferta de disciplinas” constam como a primeira estratégia que envolve o tema da avaliação de disciplinas¹⁻¹⁴.

Com a criação do Núcleo Docente Estruturante (NDE) da FM, em abril de 2011, conforme a Resolução nº 01, de 17 de junho de 2010, da Comissão

Nacional de Avaliação da Educação Superior, a Comissão de Reforma Curricular criada em 2000 na FM foi extinta e seus membros passaram a integrar o NDE¹.

O objetivo geral do NDE-FM/UnB é acompanhar e atuar no processo de concepção, elaboração, implementação, consolidação, atualização contínua do Projeto Pedagógico do curso de graduação em Medicina da FM/UnB².

Desde 2011, o NDE da FM/UnB atua para a revisão do PPC e atividades que envolvem análise e reformulação curricular, entre suas atribuições, trabalha contribuindo para a construção do perfil do egresso; zelando pela integração curricular e pelo cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina; indicando e incentivando o desenvolvimento de linhas de pesquisa e extensão; propondo e acompanhando processos de avaliação e regulação do curso; orientando e supervisionando a avaliação do processo de ensino-aprendizagem; conduzindo, quando necessário, a reestruturação curricular; analisando, avaliando e propondo adequações aos planos de ensino, quando solicitado².

Compõem o NDE/FM/UnB, além da presidência, vice-presidência, coordenação e subcoordenação de graduação, dois docentes (um titular e um suplente) indicados por cada uma das áreas da Faculdade de Medicina, a saber: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Medicina da Criança e do Adolescente, Ginecologia e Obstetrícia, Patologia, Morfologia e Medicina Social.

Para fins de análise deste estudo, destacam-se as atribuições do NDE/FM/UnB de propor e acompanhar processos de avaliação e regulação do curso, bem como de orientar e supervisionar a avaliação do processo de ensino-aprendizagem, por serem ações alinhadas ao tema investigado.

Em 14 de abril de 2022, por meio do Ato nº 43/2022, a Direção da Faculdade de Medicina cria o Grupo de Trabalho Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem³. Entre as comissões e grupos de trabalho constituídos pelo NDE-FM/UnB, o GT Avaliação tem como função desenvolver a “avaliação das atividades pedagógicas”, que vem sendo realizada através de um “Instrumento de avaliação dos semestres” tal qual destaca-se no PPC¹²⁶.

A FM possui um instrumento de avaliação próprio, que inclui perguntas objetivas e subjetivas acerca das atividades

pedagógicas do semestre. O instrumento foi desenvolvido pelo NDE do curso no ano de 2016 e desde então tem sido aplicado aos fins de cada semestre letivo. Desde 2022, o NDE possui um grupo de trabalho permanente com as funções de propor revisões no instrumento avaliativo, gerenciar sua aplicação, extrair os dados dele coletados e gerar relatórios que são encaminhados à coordenação de graduação e a partir dela para as coordenações das áreas da Faculdade de Medicina. Os resultados da avaliação semestral discente são avaliados de forma sequencial, com o objetivo de promover o aperfeiçoamento contínuo e dinâmico do curso^{1:31-32}.

O GT Avaliação, desde sua criação, tem sido responsável por aplicar e analisar o Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB a cada término de semestre, analisando quantitativa e qualitativamente as respostas, produzindo relatórios gerais apresentados no acolhimento aos discentes no início do semestre subsequente e na primeira reunião do NDE/FM/UnB, a qual é ampliada à participação de todos os docentes do curso. Nesses dois momentos, os dados gerais da avaliação discente dos componentes curriculares do semestre anterior são discutidos e analisados em conjunto com os participantes, sendo propostas estratégias à qualificação do ensino-avaliação no curso.

Além do relatório geral, são produzidos relatórios por cada uma das sete áreas de conhecimento (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Medicina da Criança e do Adolescente, Ginecologia e Obstetrícia, Patologia, Morfologia e Medicina Social) a fim de identificar especificidades que envolvem componentes curriculares ou docentes, as quais requerem ciência e condução das coordenações de cada área. Excepcionalmente, são identificadas denúncias, assédios ou violações de direitos, que são instruídas em processos no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) para serem analisadas administrativamente pela coordenação e direção do curso. Segundo o PPC do curso:

Os dados resultantes desse processo avaliativo são discutidos em reuniões pedagógicas realizadas no início de cada semestre em cada uma das sete áreas que compõem a FM com a participação do corpo docente e discente. O objetivo dessas reuniões é aprimorar a apresentação e integração dos conteúdos, bem como os métodos de aprendizagem e avaliação utilizados. Como resultado da aplicação desse instrumento, foram implementadas diversas ações, incluindo a melhoria na harmonização das datas

de aplicação de avaliações nos componentes curriculares, evitando sobrecarga de atividades em períodos específicos; a modificação dos pesos de notas atribuídas a atividades; a valorização das atividades de integração; e a adequação de métodos de ensino, entre outras^{1:31-32}.

Como presidente do Grupo de Trabalho Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem do Núcleo Docente Estruturante do curso de graduação em Medicina da UnB, desde 2022, percebo que o tema da avaliação da educação médica é um desafio, considerando suas variadas dimensões, e se constituindo objeto de trabalho desse GT. Ao término de cada semestre, aplica-se aos discentes o Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB do período letivo, composto por questões fechadas e por duas perguntas abertas que abordam os pontos positivos e negativos do processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de um processo que necessita análise e reconfiguração, na escuta dos atores envolvidos e na construção de processos ágeis de avaliação e feedbacks.

Conhecer, analisar e sistematizar como pensam os docentes e discentes sobre o instrumento estabelecido, que gera feedback aos docentes e discentes, possibilita adequação de expectativas e aprendizagem significativa com os resultados, possibilitando que a avaliação institucional incida sobre o processo de formação médica. Trabalhar a avaliação dentro da perspectiva dialógica é um problema a ser enfrentado na educação médica, e qualificar os feedbacks da avaliação institucional são os nossos desafios.

Diante desse cenário, o processo de avaliação dos componentes curriculares do curso de Medicina da UnB se constituiu no problema abordado neste estudo.

Avaliação da Educação Médica: um olhar para a UnB

O processo de educação médica na UnB perpassa variadas dimensões, desde a construção curricular, orientada pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Medicina⁴, norteadora do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da UnB⁵, aos processos de avaliação desenvolvidos pelo Núcleo Docente Estruturante (NDE) do Curso de Medicina da UnB⁶. Todos esses movimentos dialogam com as mudanças na formação médica vivenciadas no Brasil e no mundo, e que estão em constante aprimoramento.

A avaliação, foco deste estudo, é considerada estratégia de mudança educacional e social na formação visada pelas reformas educacionais.

As reformas educacionais têm a avaliação como sua principal estratégia. Esta possui a capacidade de contribuir com as transformações desejadas não somente para a Educação Superior propriamente dita, mas para a sociedade na perspectiva de ampliação e garantia de direitos à vida^{7,275}.

Dessa maneira, para o desenvolvimento de inovações no ensino da medicina se faz necessária a estruturação de processos avaliativos. Esses processos avaliativos, do curso e do ensino-aprendizagem, assim como o desenvolvimento de instrumentos de avaliação, estão dispostos nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina:

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido^{4,13}.

As mudanças que envolvem a formação médica foram desenvolvidas com base em processos de avaliação institucional, como a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), uma parceria entre a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), responsáveis pelo movimento de avaliação do ensino médico na década de 1990⁸. Entre outras medidas, os atores do processo da CINAEM apostaram na profissionalização do corpo docente, de gestões propensas às mudanças e de um sistema de avaliação adequado⁷.

A aposta na gestão vem sendo objeto de reflexão e de mudanças de práticas e paradigmas na educação médica. A gestão dos processos de mudança na formação médica, busca o desenvolvimento curricular para a melhoria da prática educativa, ou seja:

A ressignificação do processo educacional como um eixo estruturante do desenvolvimento curricular potencializa a gestão

de processos de mudança e assegura a melhoria permanente da prática educativa^{9,135}.

Avaliar a educação médica proposta pela Faculdade de Medicina da UnB se configura em estratégia à qualificação da educação, uma vez que a avaliação é atribuição do NDE, por meio do Grupo de Trabalho Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem do curso de graduação em Medicina (GT Avaliação do NDE/FM). O GT Avaliação do NDE/FM vem desenvolvendo a aplicação de questionários ao término de cada semestre como forma de analisar o desenvolvimento do período letivo, no que diz respeito a propostas pedagógicas, integração curricular, qualidade de vida do educando e outros aspectos. Busca-se analisar o processo formativo como um todo, na coerência entre os instrumentos de avaliação e os conteúdos do semestre, além da análise dos cenários de ensino-aprendizagem, teóricos e práticos, na formação médica.

Deve-se garantir coerência entre as avaliações de processo (formativas) e as avaliações que definem a progressão dos estudantes (somativa), e a coerência dessas duas com o perfil profissional desejado e os princípios filosóficos, pedagógicos e ideológicos do programa^{9,135-136}.

Avaliar programas educacionais em saúde, segundo Bollela¹⁰, compreende a obtenção de informações para o julgamento e a tomada de decisão. Parte da coleta, análise e interpretação de qualquer aspecto do programa, perpassa a concepção, proposta pedagógica e relevância social. Pode ocorrer de forma individualizada, em relação a um docente ou componente curricular, ao curso como um todo. Tem como propósito a preocupação com a qualidade do profissional entregue à sociedade, a resposta a necessidades de saúde da população, a definição de cenários de ensino-aprendizagem e o planejamento educacional.

A completude de uma avaliação vai além de índices e escalas comparativas e gera questionamentos sobre significados e valores, busca as causas, planeja e investe em programas e ações para superar problemas e deficiências^{7,284}.

Lampert¹¹ reconhece a construção de muitas referências sobre métodos e instrumentos de avaliação dos processos de mudanças nas escolas médicas, os quais podem auxiliar na implementação e acompanhamento destas mudanças, podendo, inclusive, potencializar inovações. O acompanhamento das atividades de ensino intra e extraescolar é apontado pela autora como parte da dinâmica de monitoramento contínuo a qual pressupõe a identificação dos atores envolvidos no processo de formação (profissionais da saúde, docentes, dirigentes, discentes e técnico-administrativos):

A este conjunto de atores compete assumir integralmente todas as áreas de uma nova modalidade de avaliação de qualidade, pensada e incorporada como um processo permanente, que envolve a todos, que não penaliza e não é terminal^{11:264}.

Nesta perspectiva, é apontada a necessária ampliação da participação da totalidade dos atores envolvidos no processo de avaliação da escola médica. O envolvimento dos diversos atores, para além dos discentes, se coloca como desafio aos processos avaliativos formulados pelo NDE da Faculdade de Medicina da UnB, uma vez que estes acolhem as percepções exclusivamente do estudante.

Uma avaliação institucional voltada para a qualidade da educação deve se basear na percepção da totalidade de seus atores sobre os processos avaliativos. Os discentes, sendo o foco da formação, são atores estratégicos ao processo de avaliação da escola médica. Docentes, técnicos (administrativos e de laboratórios) e gestores compõe este arranjo institucional e como parte da comunidade acadêmica devem ser questionados e convidados a participar do processo de avaliação. Estes atores não vêm sendo valorizados e qualificados para o exercício profissional.

Apesar de estar nos docentes a força motriz das mudanças, nos aspectos didático-pedagógico, técnico-científico, assistencial ou da gestão da escola, é onde ainda há menor investimento e conseqüente menor avanço para as transformações. É preciso uma avaliação crítica das estruturas administrativas das instituições formadoras, que devem estar preparadas para internalizar as transformações necessárias à formação médica e colocá-las em prática, num constante processo de reflexão-ação-reflexão que não deverá se processar de forma unilateral,

mas coletivamente, partindo da premissa de que existe uma unidade de ações a ser alcançada pelos dois polos: estrutura administrativa e estrutura didático-pedagógica^{12,33}.

A aposta no corpo docente, técnico e da gestão advém da capacidade de formulação e operação destes atores em promover mudanças a partir da sua condição de sujeito ativo, quer seja, aquele que intervém nos próprios processos de trabalho. Seus envolvimento com os processos de avaliação institucional são imprescindíveis para a promoção de mudanças, uma vez que isolados os atores possuem menor capacidade de intervenção nas dinâmicas instituídas, ao passo que em conjunto ampliam suas habilidades inventivas e de sensibilização de pares.

Alinhar o desenvolvimento docente ao processo de avaliação da escola médica qualifica a atuação do docente em tempo que desenvolve competências ao exercício profissional coerente às DCNs do Curso de Medicina.

Art. 34. O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, ao maior envolvimento dos professores com o Projeto Pedagógico do Curso e a seu aprimoramento em relação à proposta formativa contida no documento, por meio do domínio conceitual e pedagógico, que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica, a ser integrada à vida cotidiana dos docentes, estudantes, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde^{4:13}.

A garantia do domínio conceitual e pedagógico do corpo docente em relação ao PPC de Medicina da UnB depende do envolvimento destes atores em ações promovidas pela gestão do curso, pelo NDE e pelo Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED). O PPC do Curso de Medicina da UnB apresenta como objetivo do NAPED a oferta de atividades para o desenvolvimento de competências pedagógicas aos docentes e discentes do curso:

O Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED) da Faculdade de Medicina da UnB tem por objetivo ofertar

atividades que estimulem o desenvolvimento de competências pedagógicas do corpo docente e discente da FM. Em parceria com a Direção da FM e com as coordenações de graduação, de pós-graduação e de extensão, o NAPED lidera grupos de estudos, oficinas e eventos voltados para educação médica^{5:33}.

Aliar a revisão do Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB a um movimento de qualificação de docentes e discentes no processo de análise e formulações ao instrumento aponta para uma iniciativa coerente aos princípios sinalizados pelos autores analisados, às DCNs do Curso de Medicina e ao PPC da UnB. A esta tarefa se propôs o desenho deste estudo.

DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa busca “compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores” no que se refere a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; bem como processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais^{13:23}. O universo das investigações qualitativas envolve “o cotidiano e as experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam”^{13:24}.

A pesquisa-ação, por sua vez, “supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro”^{14:7}. Visa responder com eficiência aos problemas vivenciados, de modo a transformar a realidade, a partir de dar voz e vez aos participantes, tratando-se de instrumento de investigação em instituições¹⁴. Pode ser definida como:

[...] um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo^{14:14}.

Thiollent¹⁴ considera como pesquisa-ação o envolvimento dos participantes com o processo de investigação. Neste estudo, as estratégias de coleta de dados com base em conversações coletivas e a aplicabilidade de seus resultados conferem a esta pesquisa os aspectos da pesquisa-ação definidos pelo autor¹⁴.

As conversações significativas e estratégicas apresentadas como *World Café* ou *Café Mundial* propõem a capacidade de ampliação do saber ao acessar uma sabedoria que se encontra apenas no coletivo¹⁵. Fundamenta-se na hipótese da capacidade das pessoas de trabalharem juntas, independentemente de quem sejam, despertando a criatividade, o interesse e a compreensão quando do envolvimento em conversas significativas sobre questões que importam. A inclusão da diversidade de modo satisfatório no *Café Mundial* é uma habilidade, ao incluir muitos olhos, ouvidos e corações na troca e construção de saberes e impressões. Wheatley^{15:15} afirma que “somente quando tivermos muitas perspectivas diferentes teremos informação suficiente para a tomada de decisão”.

A aproximação dos atores na perspectiva do *Café Mundial* se dá no desenvolvimento do método.

Quando as pessoas se envolvem em conversações significativas, a sala toda reflete curiosidade e prazer. As pessoas chegam mais perto fisicamente, seus rostos demonstram intensa capacidade de ouvir e o ar fica carregado de atenção de um para os outros. Uma quietude sonora e ressonante se desenvolve, quebrada por uma risada ocasional. Torna-se um desafio retirar as pessoas destas conversações (o que sempre considero um bom sinal)^{15:16}.

No *Café Mundial*, os participantes são orientados e divididos em grupos, rotacionados entre mesas temáticas, discutindo questões relevantes para a construção de um conhecimento coletivo sobre um tema. O movimento físico das pessoas de mesas para mesas é também uma rotação de papéis, de preconceitos e certezas. “Cada vez que nos movemos na direção de nova mesa, perdemos mais de nós mesmos e nos tornamos maiores – agora representamos uma conversação que aconteceu entre várias pessoas”^{15:16}. O pensamento passa do indivíduo para o coletivo, tendo emergido, sido modelado, moldado e transformado na coletividade. As visões individuais e limitadas, pela estreita perspectiva dos sujeitos, se ampliam com o desenvolvimento do grupo.

O poder do grupo é definido pelo domínio da inteligência coletiva e da sabedoria do grupo, que não é disponível ao nível do indivíduo. Ações individuais, quando unidas, promovem uma capacidade maior. A relação de aproximação entre as pessoas do grupo, somada ao movimento de uma conversa à outra, impulsiona, para além das pessoas as ideias. “Quando ideias ou entidades separadas se tornam ligadas umas às outras, a vida nos surpreende com a emergência – o súbito aparecimento de nova capacidade e inteligência”^{15:17}.

Bastien¹⁶ aponta para a relação entre a fala e a ação, quer seja quando o interesse das pessoas é despertado a partir de questões que afetam seu trabalho, refletidas em conversações verdadeiras, ocorre a organização dos participantes para a responsabilização das ações coordenadas pelo grupo. Neste sentido, as conversações significativas e estratégicas foram o convite a este estudo.

Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados, em uma primeira etapa, a partir da análise documental, tendo como foco a revisão do Instrumento de Avaliação Discente da FM da UnB. O instrumento contém 16 perguntas de múltipla escolha e duas perguntas abertas que questionam as vivências positivas e negativas do semestre.

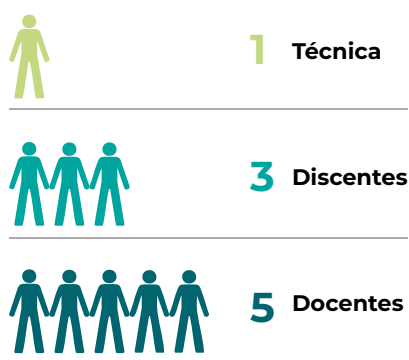
Em uma segunda etapa, foi realizada uma reunião ampliada do NDE da Faculdade de Medicina da UnB, com docentes, técnicos em assuntos educacionais e discentes, utilizando a técnica do *Café Mundial*, na qual em cada mesa foram questionados: (1) O que deve permanecer, quais perguntas devem ser mantidas no instrumento de avaliação discente dos componentes curriculares do curso de Medicina da UnB? (2) O que deve ser alterado, quais perguntas devem ser alteradas no instrumento de avaliação discente dos componentes curriculares do curso de Medicina da UnB? (3) O que deve ser excluído, quais perguntas devem ser excluídas do instrumento de avaliação discente dos componentes curriculares do curso de Medicina da UnB? (4) O que deve ser incluído, quais perguntas devem ser incluídas no instrumento de avaliação discente dos componentes curriculares do curso de Medicina da UnB?

A reunião ampliada do NDE foi convocada através do MEMORANDO-CIRCULAR Nº 2ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA/2024/FM/SECGRAD, aos Membros do Núcleo Docente Estruturante da Faculdade de Medicina, docentes representantes das áreas, discentes do CAMED e discentes representantes das turmas da FM/UnB. A reunião realizada presencialmente

no dia 4 de dezembro de 2024, das 15h30 às 18h, na sala de Metodologias Ativas da ULEG-FM, teve como pauta única: 1) Oficina de análise e revisão do instrumento do NDE de avaliação discente dos componentes curriculares.

No total, nove pessoas participaram da coleta de dados, sendo cinco docentes, uma técnica administrativa e três discentes.

Figura 1 – Perfil dos participantes do estudo



Fonte: elaboração própria.

O NDE é composto pela representação docente e suplência das sete áreas da Faculdade de Medicina – Medicina Social, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia, Morfologia e Patologia. As áreas representadas pelos docentes neste estudo, conforme a Figura 2, foram: Morfologia (2 representantes), Patologia (1 representante) e Gineco-Obstetrícia (1 representante).

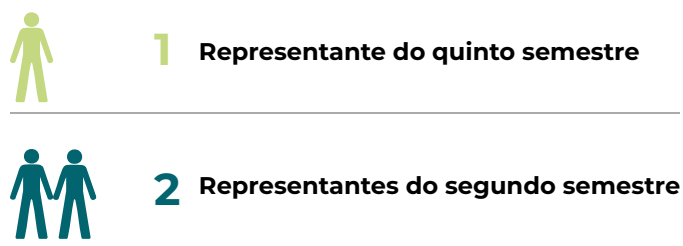
Figura 2 – Áreas Representadas pelos Docentes



Fonte: elaboração própria.

Todos os semestres foram convidados a participar com seus representantes discentes, assim como o Centro Acadêmico. Os três discentes participantes representaram o segundo (2 representantes) e quinto (1 representante) semestres do curso, conforme a Figura 3.

Figura 3 – Representações Discentes



Fonte: elaboração própria.

A baixa participação de todos os segmentos da Faculdade de Medicina (gestores, docentes, técnicos e discentes) pode ser explicada pela convocatória tardia, apesar do SEI ter sido assinado pela presidente do NDE no dia 2 de dezembro, a convocatória chegou nos e-mails e grupo de WhatsApp um dia antes da atividade, em 3 de dezembro, às 19h01. Mesmo assim, o público atingido caracterizou a existência de quórum, o que justificou a reunião não ter sido suspensa, garantindo a realização da atividade.

Na ocasião, não foram respeitadas as 48 horas de antecedência de convocação das reuniões de colegiado da Faculdade de Medicina da UnB, preconizadas no Regimento Interno, conforme Artigo 31º:

A convocação de reuniões deliberativas é feita por escrito, pelo Presidente do órgão deliberativo, ou excepcionalmente, por dois terços dos seus membros, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, com a indicação da pauta a ser considerada na reunião^{17:5}.

Outro fator que corroborou com a baixa adesão foi o fato de o Colegiado de Graduação ter sido convocado no mesmo dia e turno, às 14h, na modalidade on-line, o que interfere em deslocamentos para a atividade presencial das 15h30 convocada pelo NDE, ocasionando uma menor adesão à segunda atividade. Por fim, pode-se inferir que o tema da avaliação não tenha mobilizado suficientemente os atores envolvidos no processo, restando aos que aderiram ao convite a tarefa de representação de seus coletivos.

No preparo da atividade foram montadas quatro mesas com base nas perguntas disparadoras de cada rodada do *Café Mundial* proposto neste estudo. Para cada mesa foi disponibilizada uma cartolina, canetas coloridas e pincel de quadro branco, mensagens de boas-vindas e duas cópias do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB.

Figura 4 – Preparo das mesas



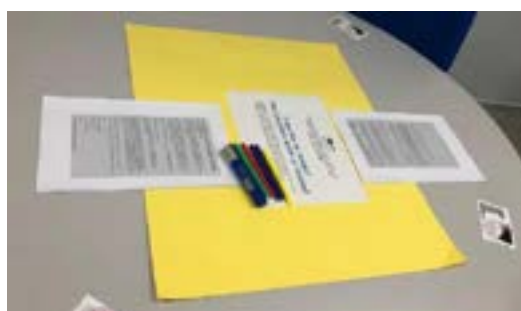
Mesa Verde



Mesa Laranja



Mesa Vermelha



Mesa Azul

Fonte: elaboração própria.

A mensagem de boas-vindas continha a frase: “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo”^{18:79}. Na composição da sala, foi ofertado um café com biscoitos doces e salgados aos participantes, além de disponibilizados folders do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para prática da Preceptoría e Docência da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), ao qual esta pesquisa se vincula.

A previsão inicial de participação de um coordenador e um relator em cada mesa foi reconfigurada, frente à participação total dos atores envolvidos na coleta de dados do estudo, ficando sob responsabilidade do relator também a coordenação da mesa, permanecendo na mesa em todas as rodadas. Cada rodada de perguntas durou 15 minutos, na qual o relator/coordenador acolhia os demais participantes para as contribuições ao tema, alternando os participantes das mesas a cada novo ciclo, totalizando 60 minutos de discussão.

Ao final das quatro rodadas, todos os participantes polinizadores retornaram para suas mesas originais, relendo por dez minutos as contribuições dos demais participantes que realizaram a polinização cruzada nos debates das mesas. No final da atividade, cada relator apresentou a síntese da mesa, sinalizando os pontos principais, destacados nas cartolinas.

Com a apresentação das sínteses das mesas, os grupos puderam opinar sobre a atividade e realizaram uma dinâmica de avaliação, descrevendo em uma nota adesiva os pontos positivos (o que sobe) e os pontos negativos (o que desce) da atividade. Essa dinâmica foi apreendida ao longo do Curso de Especialização em Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para prática da Preceptoría e Docência da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Tabela 1 – Pontos Positivos e Pontos Negativos

Pontos Positivos (o que sobe)	Pontos Negativos (o que desce)
• Metodologia, cafezinho e lanches • A atividade foi muito legal e produtiva! Vamos repetir! • Dinâmica incentivando o diálogo entre docentes e discentes sobre a avaliação do curso e das disciplinas • Avaliação, discussão muito positiva • Participação de mais alunos • “Fantástica”, otimiza tempo	• Baixa participação da comunidade da FM • A convocação para a oficina deve ocorrer com mais antecedência! • Maior antecipação na divulgação da reunião para a representação estudantil, aumentaria a adesão discente à oficina • Focar mais o objetivo de cada grupo • Tempo curto • Nada a dizer

Fonte: elaboração própria.

Na avaliação dos participantes da atividade, na qual foram coletados os dados, os destaques positivos remetem à metodologia do *Café Mundial*, por incentivar o diálogo entre os atores envolvidos, otimizar o tempo e ser produtiva. Quanto aos pontos negativos destaca-se a necessidade de maior antecipação na convocação da atividade, a baixa participação da comunidade da Faculdade de Medicina, a necessidade de maior objetividade dos grupos e o tempo reduzido da atividade.

O resultado da avaliação, tal qual registrado na atividade, está apresentado na Figura 5. A atividade foi desenvolvida, por 120 minutos, das 15h30 às 17h30.

Figura 5 – Avaliação da Atividade



Fonte: elaboração própria.

Questões éticas

Esta pesquisa compõe o estudo *Motivação e Percepção do Processo Ensino Aprendizagem Associadas ao uso da Tecnologia e de Metodologias Alternativas no Ensino de Medicina*, aprovado no CEP da FM sob parecer 4.933.292, CAAE 47378721.0.0000.5558, no qual associo-me ao grupo de pesquisadores.

Os participantes do estudo foram convidados por meio da Coordenação da Graduação, através da Presidência do Núcleo Docente Estruturante (NDE) da Faculdade de Medicina da UnB, orientados quanto aos objetivos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza as Resoluções CNS nº 466/2012¹⁹ e nº 510/2016²⁰ em duas vias, ficando uma com cada participante e outra com a pesquisadora responsável pelo estudo.

Revisão do Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB

O que deve permanecer no instrumento

A primeira mesa do Café Mundial deste estudo, denominada Verde, ficou responsável por responder às perguntas: O que deve permanecer? Quais perguntas devem ser mantidas?

Figura 6 – Mesa Verde – O que deve permanecer?



Fonte: elaboração própria.

Para além da instrução referente à pergunta da mesa e da metodologia do trabalho, expostas na Figura 6, cada mesa recebeu duas cópias do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, para que seus membros lessem e analisassem, trazendo para o debate suas experiências e propondo as alterações sugeridas à mesa.

Inicialmente, os componentes da mesa Verde analisaram a necessidade de manutenção das perguntas 1, 4, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB. São elas:

(1) Data do preenchimento

(4) Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, dentre outros)?

(5) Houve conexão entre os conteúdos do semestre atual com os do semestre anterior?

(6) Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre?

(7) As atividades de integração curricular foram realizadas com metodologia claramente definida e de acordo com os objetivos previstos?

(10) Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso a recursos (em caso de discordância) e mecanismos de recuperação?

(12) A gestão do curso respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?

(13) Houve processos de intimidação, constrangimento, assédio psicológico ou assédio moral cometido por professores ou outros servidores no desempenho de suas funções contra os estudantes?

(14) Houve orientação para acesso a recursos didáticos que facilitassem o processo de aprendizagem?

(15) As atividades do semestre incentivaram o seu senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, enquanto estudante e futura(o) profissional médica(o) graduada(o) por uma universidade pública?

(16) Houve oportunidades que propiciaram o exercício da cooperação e do trabalho em grupo?

(17) Vivências Positivas (Caso você cite alguma UDP relacionada a outras com o mesmo nome, por favor especifique (ex.: morfofuncional 2; psicologia médica 5). Ainda, no caso de identificação de algum docente registre nome e componente curricular).

(18) Vivências Negativas (Caso você cite alguma UDP relacionada a outras com o mesmo nome, por favor especifique (ex.: morfofuncional 2; psicologia médica 5). Ainda, no caso de identificação de algum docente registre nome e componente curricular).

Nas rodadas seguintes, ainda no grupo Verde, novas contribuições polinizaram a mesa, entre elas a análise da pergunta 6 – Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre? O grupo entendeu que “a integração é obrigatória” sugerindo que ocorra a “modificação da 6 ou junção entre 6 e 7” (Mesa Verde).

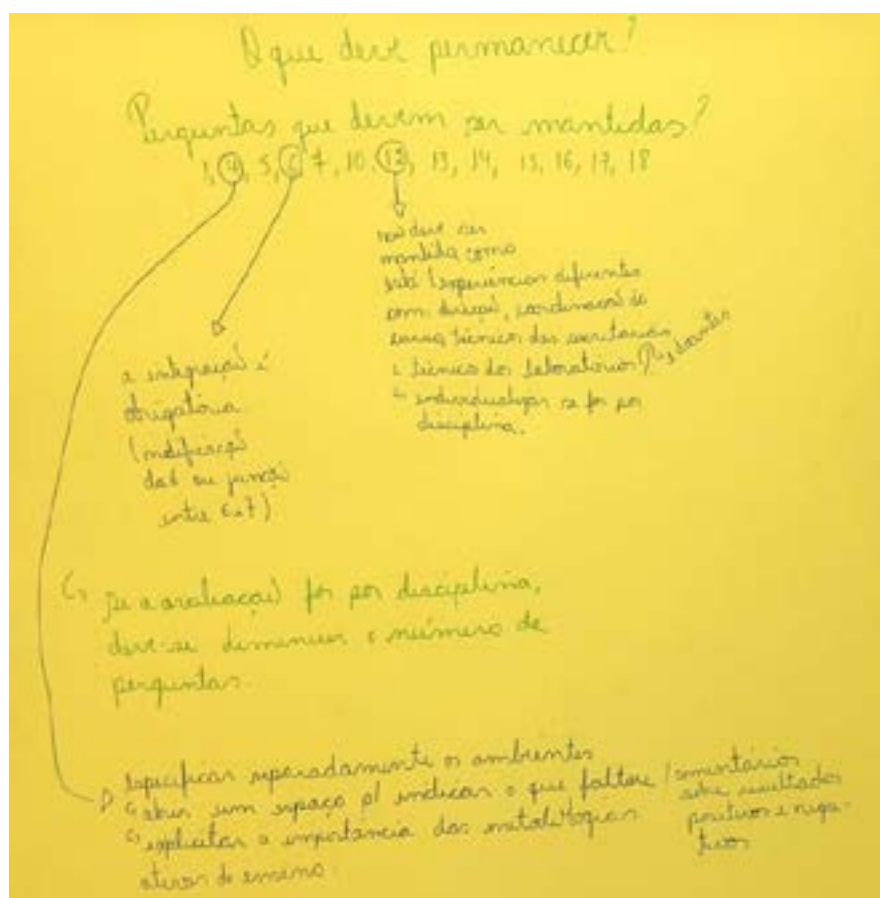
Neste caso, as perguntas 6 – *Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre?* – e 7 – *As atividades de integração curricular foram realizadas com metodologia claramente definida e de acordo com os objetivos previstos?* – devem ser revistas no sentido alteração para a integração entre elas.

A mesa Verde validou que a manutenção da pergunta 4 – *Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, dentre outros)?* – está condicionada a “especificar separadamente os ambientes, abrir espaço para indicar o que faltou, comentários sobre os resultados positivos e negativos, explicitar a importância das metodologias ativas de ensino” (Mesa Verde).

Referente à pergunta 12 – *A gestão do curso respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?* – a mesa Verde deliberou que “não deve ser mantida como está (experiências diferentes com direção, coordenação do curso, técnicos das secretarias, técnicos de laboratórios e docentes); individualizar se for por disciplina” (Mesa Verde).

Por fim, a mesa Verde sinalizou que “se a avaliação for por disciplina, deve-se diminuir o número de perguntas” (Mesa Verde). A Figura 7 registra a síntese da mesa Verde.

Figura 7 – Mesa Verde – Síntese



Fonte: elaboração própria.

Com base na síntese da mesa Verde, abre-se a possibilidade do instrumento em revisão, o Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB, ser elaborado considerando a experiência discente nos componentes curriculares que cursou, de modo a avaliar as dimensões a estes referidas, tanto do ponto de vista de cenários e da integração curricular quanto da experiência com docentes, gestores e técnicos da secretaria e de laboratórios, de modo a evidenciar os resultados positivos e negativos.

O que deve ser alterado no instrumento

A segunda mesa do Café Mundial deste estudo, denominada Laranja, ficou responsável por responder às perguntas: O que deve ser alterado? Quais perguntas devem ser alteradas?

Figura 8 – Mesa Laranja – O que deve ser alterado?



Fonte: elaboração própria.

Da mesma forma que na mesa anterior, para além da instrução referente à pergunta da mesa e da metodologia do trabalho da mesa Laranja, expostas na Figura 8, a mesa recebeu duas cópias do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, para que seus membros lessem e analisassem suas perguntas, trazendo para o debate suas experiências e propondo as alterações sugeridas ao tema da mesa.

A mesa Laranja inicia a discussão apontando a necessidade de atualização das turmas, questão 2 – Turma, indicando a necessidade de conter as turmas 119 e 120. Foi indicada também a necessidade de revisão da escala da folha de rosto do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, a saber:

O instrumento apresenta itens associados a uma escala, onde você deverá indicar com um “X”:

0 – Nunca

1 – Não na maioria das vezes

2 – Metade das vezes

3 – Sim na maioria das vezes

4 – Sempre

N/A – Não se aplica ou não tenho elementos para analisar

Segundo a mesa Laranja, a escala deve “indicar %”, de modo a indicar o percentual de satisfação. Sugerem, ainda, “*estruturar o formulário: parte geral e específica*” indicando a necessidade de conter perguntas referentes ao semestre como um todo e outras, específicas, direcionadas aos componentes curriculares cursados no semestre. Sugerem como “*Geral: perguntas 1, 2, 5, 6, 7, 11, 12*” e como “*Específica: perguntas 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14*”. A sugestão da mesa Laranja, foi sistematizada no Quadro 1:

Quadro 1 – Perguntas gerais e específicas

Gerais	Específicas
(1) Data do preenchimento	(3) As atividades realizadas no semestre integraram-se (teórica, prática ou teórico-praticamente) com o sistema de saúde local e regional, com ênfase na atenção primária?
(2) Turma	(4) Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, dentre outros)?
(5) Houve conexão entre os conteúdos do semestre atual com os do semestre anterior?	(5) Houve conexão entre os conteúdos do semestre atual com os do semestre anterior?
(6) Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre?	(8) Os processos de avaliação contemplaram habilidades atitudinais (ser), cognitivas (o que é preciso saber) e procedimentais (saber fazer)?
(7) As atividades de integração curricular foram realizadas com metodologia claramente definida e de acordo com os objetivos previstos?	(9) Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso aos resultados das avaliações (feedback)?

(11) A execução do semestre valorizou uma relação equilibrada entre cobranças e tarefas acadêmicas e a preservação da qualidade de vida do estudante?	(10) Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso a recursos (em caso de discordância) e mecanismos de recuperação?
(12) A gestão do curso respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?	(13) Houve processos de intimidação, constrangimento, assédio psicológico ou assédio moral cometido por professores ou outros servidores no desempenho de suas funções contra os estudantes?
	(14) Houve orientação para acesso a recursos didáticos que facilitassem o processo de aprendizagem?

Fonte: elaboração própria.

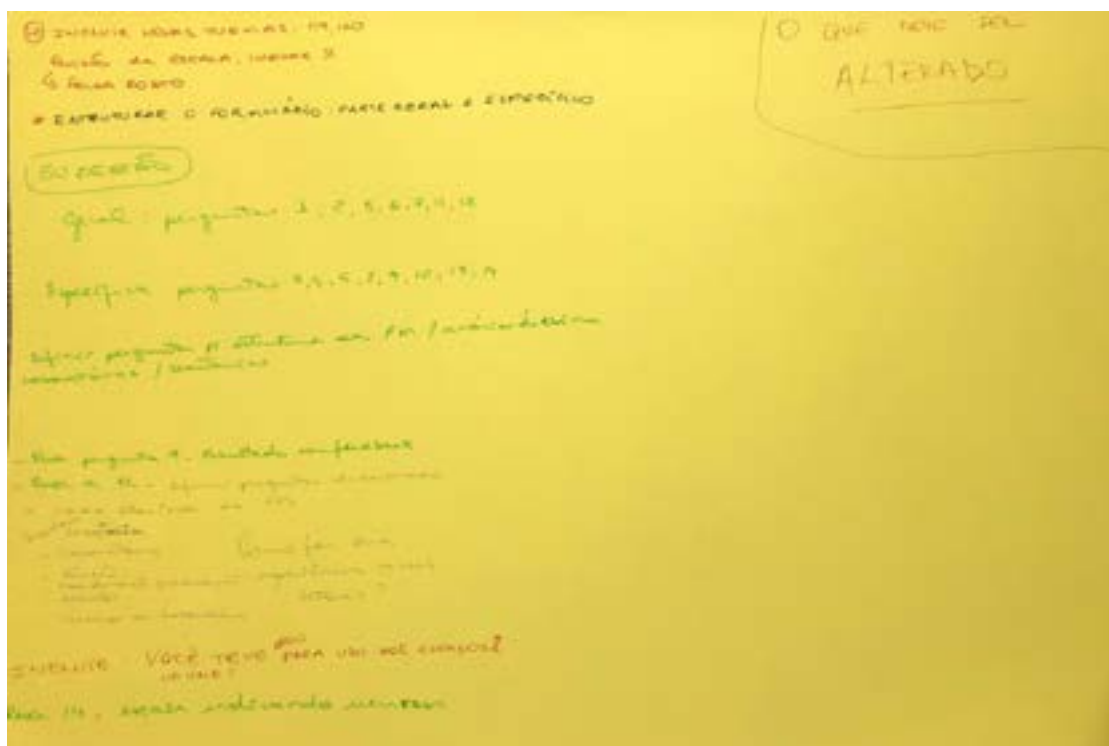
O grupo Laranja sugere ainda “*definir perguntas para estruturação da FM, cenários de ensino, laboratórios, secretarias*” identificando a necessidade de o estudante avaliar a infraestrutura da Faculdade de Medicina da UnB. Indicam para a pergunta (9) – Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso aos resultados das avaliações (feedback)? – que ocorra “*resultado com feedback*”, não ficando explícito se a demanda é qualitativa (descritiva) ou quantitativa (objetiva) para a avaliação deste item.

Discutem também a necessidade de “*rever a 12*” – (12) – A gestão do curso respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia? – de forma a “*definir perguntas direcionadas a cada setor/parte da FM: servidores, secretaria, laboratório, direção, coordenação graduação, docentes, técnicos de laboratório*” questionando “*como foi a sua experiência nestes setores?*” (Mesa Laranja).

A mesa Laranja sugere incluir o questionamento: “*você teve apoio para uso dos espaços na UnB?*”, informando na relatoria que os estudantes

encontram dificuldades para a reserva de salas, auditórios, espaços físicos e equipamentos para a realização de atividades discentes. Por fim, quanto à pergunta (14) – Houve orientação para acesso a recursos didáticos que facilitassem o processo de aprendizagem? – sugerem a inclusão de uma “escala indicando recursos”. A Figura 9 registra a síntese da mesa Laranja:

Figura 9 – Mesa Laranja – Síntese



Fonte: elaboração própria.

A sinalização da mesa Laranja para a inclusão das turmas 119 e 120 no Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB indica que esta atualização deve ocorrer semestralmente, à medida que novas turmas ingressam no curso de Medicina da UnB.

A divisão do instrumento em perguntas gerais e específicas já vinha sendo sinalizada pela mesa anterior, a mesa Verde, reforçando a necessidade de recomposição do formulário de maneira que contemple questões gerais referentes ao semestre e específicas aos componentes curriculares desenvolvidos pelo estudante no semestre em análise. Da mesma forma, a indicação dos setores aos quais o estudante exercita a avaliação foi

apontada pela mesa Laranja, corroborando com a demanda apontada pela mesa Verde sobre essa especificidade de avaliar experiências diferentes em relação à direção, coordenação do curso, técnicos das secretarias, técnicos de laboratórios e docentes, além do reforço de individualizar parte da avaliação por disciplina/componente curricular.

O que deve ser excluído no instrumento

A terceira mesa do Café Mundial deste estudo, denominada Vermelha, ficou responsável por responder às perguntas: O que deve ser excluído? Quais perguntas devem ser excluídas? Conforme apresentado na Figura 10.

Da mesma forma que nas mesas anteriores, para além da instrução referente à pergunta da mesa e da metodologia do trabalho, a mesa Vermelha recebeu duas cópias do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, para que seus membros lessem e analisassem suas perguntas, trazendo para o debate suas experiências e propondo as alterações sugeridas ao tema da mesa.

Figura 10 – Mesa Vermelha – O que deve ser excluído?



Fonte: elaboração própria.

A mesa Vermelha inicia apontando que “a pergunta 6 pode ser condensada com a 7”, ou seja, a sugestão foi de unir a pergunta (6) – Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre? – com a pergunta (7) – As atividades de integração curricular foram realizadas com metodologia claramente definida e de

acordo com os objetivos previstos? – possibilitando a mesma intervenção já proposta pela mesa Verde.

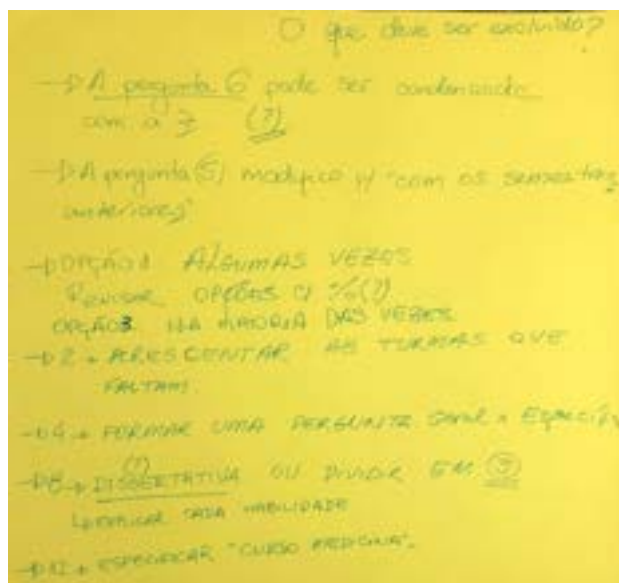
Os membros da equipe também sugeriram que *“a pergunta 5 modificar para com os semestres anteriores”*, sendo que no texto original a pergunta (5) – Houve conexão entre os conteúdos do semestre atual com os do semestre anterior? – também aparece em destaque para alterações na mesa Laranja, ao entender a pergunta 5 como geral e específica.

O grupo Vermelho sugere revisar as opções 1 – Algumas vezes – e 3 – Na maioria das vezes – por percentuais, que melhor representem as opções dos estudantes frente aos questionamentos em análise. Assim como a mesa Laranja, a Vermelha sugere atualizar os semestres, indicando *“acrescentar as turmas que faltam”*.

No que diz respeito à pergunta (4) – Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, dentre outros)? – o grupo Vermelho sugere *“formar uma pergunta geral x específica”*, como forma de singularizar os componentes curriculares desenvolvidos em relação ao tema.

Quanto à pergunta (8) – Os processos de avaliação contemplaram habilidades atitudinais (ser), cognitivas (o que é preciso saber) e procedimentais (saber fazer)? – a mesa Vermelha sugere transformar a questão em *“dissertativa (?) ou dividir em 3 e explicar cada habilidade”*. Por fim, na pergunta (12) – A gestão do curso respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia? – a mesa Vermelha sugere *“especificar “curso de Medicina”* (Mesa Vermelha). A Figura 11 registra a síntese da mesa Vermelha:

Figura 11 – Mesa Vermelha – Síntese



Fonte: elaboração própria.

O que deve ser incluído no instrumento

A quarta mesa do Café Mundial deste estudo, denominada Azul, ficou responsável por responder às perguntas: O que deve ser incluído? Quais perguntas devem ser incluídas? Conforme a Figura 12:

Figura 12 – Mesa Azul – O que deve ser incluído?



Fonte: elaboração própria.

Da mesma forma que nas mesas anteriores, para além da instrução referente às perguntas e da metodologia do trabalho, a mesa Azul recebeu duas cópias do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, para que seus membros lessem e analisassem suas perguntas, trazendo para o debate suas experiências e propondo as alterações sugeridas ao tema da mesa. Este grupo, além do cartaz elaborado, enviou por e-mail uma síntese escrita da discussão realizada, possibilitando a complementação das informações sistematizadas.

A primeira colocação da mesa Azul questiona *“houve oportunidade de pesquisa?”*, um tema ausente do atual Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, e que remete ao tripé da formação: ensino, pesquisa e extensão. Salientando uma preocupação de mensurar o acesso do estudante de medicina da UnB a projetos de pesquisa e atividades de iniciação científica, segundo o grupo *“O formulário deve abranger os três pilares do curso: ensino, pesquisa e extensão”* (Mesa Azul).

Uma segunda preocupação da mesa Azul se refere às *“atividades fora do horário da disciplina”*, apontando a necessidade de verificação das atividades não necessariamente previstas em plano de ensino e que ocorrem fora dos horários do componente curricular em curso. Essa é uma prática frequente no curso e que precisa ser identificada para que sejam tomadas medidas protetivas aos discentes. Na síntese escrita, o grupo sugere *“Incluir pergunta sobre a marcação de atividades da disciplina fora do horário regular”*.

Outra questão apontada refere-se ao docente, para este tema, o grupo Azul propõe questionar *“professor cumpriu a carga horária?”* e ainda se ocorreram *“faltas constantes?”*, apontando a necessidade de avaliação da assiduidade docente. Sugerem no relato escrito *“Incluir pergunta sobre cumprimento do cronograma”*.

Referente ao tema das metodologias ativas, a mesa Azul propõe que seja questionado se as *“metodologias ativas foram eficientes para a aprendizagem”*, indicando a necessidade de mensurar o quanto contribuem para a formação do médico egresso da UnB. Também apontam como necessária a inclusão de *“Pergunta sobre avaliação da eficácia das metodologias de ensino ativas”*.

Outro item em destaque é referente aos estudantes qualificados como pessoas com deficiência (PCD). O grupo questiona se existe *“espaço para PCD: espaço, metodologias de ensino e adequação prática”*, sinalizando a importância de a FM ser inclusiva em suas práticas e em seu Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB. Os membros também sugerem *“Incluir uma*

seção de avaliação de acessibilidade (com questões abertas para permitir a cada aluno expor as particularidades de sua condição, além de direcionar e especificar melhor cada demanda)”.

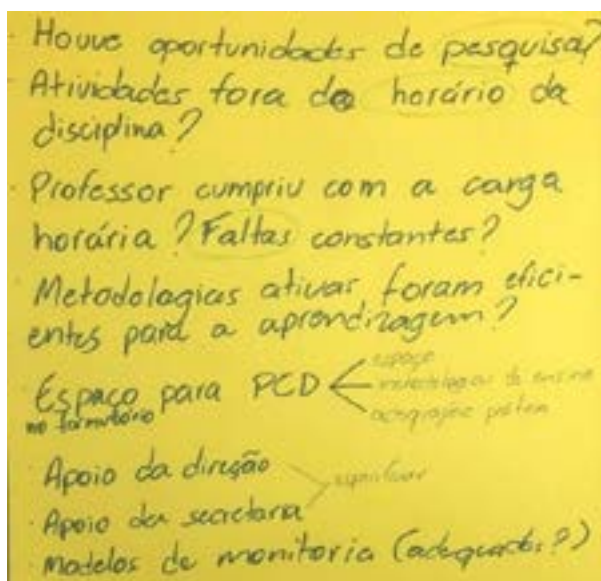
Ainda entre as indicações, consta a orientação “especificar: apoio da direção e apoio da secretaria”, entendendo-se que se refere a questões relacionadas a esferas administrativas distintas, tendo sido registrado no texto da relatoria: “Avaliar especificamente cada setor (direção e coordenação - do curso e da disciplina) em relação ao apoio aos discentes”. Por fim, a mesa Azul questiona os “modelos de monitoria (adequados?)”, evidenciando uma preocupação com o tema não contemplado no atual Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB, sugerindo na relatoria “Avaliação da qualidade e quantidade de monitoras (se está boa e suficiente) e tutorias (separadamente). Verificar se há monitorias para todas as disciplinas”.

São acréscimos registrados na relatoria escrita da mesa Azul: “Trocar a opção 1 (não na maioria das vezes) por “algumas vezes”. Retirar o “sim” da opção 3. Mudar a graduação das opções, de frequência (nunca a sempre) para uma nota de satisfação (insatisfeito a satisfeito)”, referentes a questões que envolvem a escala do Formulário de Avaliação Discente – FM/UnB.

A mesa Azul, em seu relato por escrito, sugere referente à pergunta (4) – Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, dentre outros)? – “Dividir a pergunta 4 em duas: uma geral e uma aberta, para especificar cada disciplina. Especificar cada ambiente e cada disciplina questionar as expectativas do aluno em relação ao uso dos espaços na disciplina. Adicionar uma questão sobre outros ambientes (ex.: escolas em parasito). Separar, por cada disciplina, em opções dos ambientes que você frequentou. Assim se tem conhecimento dos ambientes de cada matéria” (Mesa Azul).

“Adicionar as caixas de pergunta aberta associadas às objetivas, para haver uma graduação e uma justificativa” também é uma sugestão que possibilita ao estudante a descrição de uma avaliação subjetiva do item objetivamente avaliado. Por fim, o grupo registrou a necessidade de “Dividir a questão em três (uma para cada habilidade) ou mudar para discursiva. Observação: as ementas não especificam a forma de avaliação de cada uma das habilidades”. Nesta última sugestão da mesa Azul, apesar de não explicitarem as especificidades de cada componente curricular já foi sinalizada anteriormente por todas as outras mesas (Verde, Laranja e Vermelha), sendo a questão mais prevalente nesta coleta de dados. A Figura 13 registra a síntese da Mesa Azul:

Figura 13 – Mesa Azul – Síntese



Fonte: elaboração própria.

A proposta do instrumento revisado

A proposta a seguir, apresentada no Quadro 2, segue as contribuições colhidas na dinâmica do *Café Mundial* realizada em 4 de dezembro, na 2ª Reunião Extraordinária do NDE da FM/UnB do ano de 2024.

Quadro 2 – Proposta do instrumento revisado

Escala:

- 0 – Nunca (0%)
- 1 – Raramente (entre 1% e 25%)
- 2 – Às vezes (entre 26% e 50%)
- 3 – Frequentemente (entre 51% e 75%)
- 4 – Na maioria das vezes (entre 76% e 99%)
- 5 – Sempre (100%)
- 6 – N/A – Não se aplica ou não tenho elementos para analisar

I. Dados do Discente

Data do preenchimento:

Número da Turma:

Semestre do Curso:

II. Questões Gerais:

- (1) Houve conexão entre os conteúdos do semestre atual com os semestres anteriores?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (2) Ocorreram atividades de integração no semestre?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (3) Houve articulação/integração entre os conteúdos das unidades curriculares (disciplinas) no semestre?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

- (1) As atividades de integração curricular foram realizadas com metodologia claramente definida e de acordo com os objetivos previstos?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (2) A execução do semestre valorizou uma relação equilibrada entre cobranças e tarefas acadêmicas e a preservação da qualidade de vida do estudante?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (3) A gestão do curso de Medicina (na figura do(a) diretor(a)) respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (4) A gestão do curso de Medicina (na figura do(a) coordenador(a) de graduação) respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (5) A gestão do curso de Medicina (na figura do(a) coordenador(a) de componente curricular) respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?
- (6) A gestão do curso de Medicina (na figura de técnicos(as) da secretaria de graduação) respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?
 - a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(7) A gestão do curso de Medicina (na figura de técnicos(as) de laboratório) respeitou e dialogou com os discentes para resolução de questões litigiosas ou que demandassem mediação entre docentes e discentes e estabeleceu boa comunicação nas pactuações das atividades do dia a dia?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(8) Você teve apoio para uso dos espaços na UnB junto ao curso de Medicina (reservas de sala de aulas, laboratórios, auditórios, espaços de convivência e equipamentos)?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(9) Houve oportunidade de desenvolvimento de projeto(s) de pesquisa no curso do semestre. Caso afirmativo, comente se a bolsa de iniciação científica foi voluntária ou remunerada.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(10) Houve oportunidade de desenvolvimento de projeto(s) de extensão no curso do semestre. Caso afirmativo, comente se a bolsa de iniciação à extensão foi voluntária ou remunerada.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(11) Houve oportunidade de desenvolvimento de monitoria no curso do semestre. Caso afirmativo, comente se a bolsa de monitoria foi voluntária ou remunerada.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(12) Na sua opinião, as acessibilidades (didática, pedagógica, de infraestrutura e acesso) às pessoas com deficiência foram garantidas no curso do semestre?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

III. Questões Específicas (cujas respostas serão dadas a cada componente curricular):

(13) As atividades realizadas no semestre integraram-se (teórica, prática ou teórico-praticamente) com o sistema de saúde local e regional, com ênfase na atenção primária?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(14) Foram utilizados diversos cenários pertinentes às atividades previstas no planejamento do semestre (sala de aula, laboratório, unidades básicas de saúde, ambientes hospitalares, escolas, dentre outros)? Caso afirmativo, comente a sua resposta.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(15) O(a) docente fez uso de metodologias ativas eficientes para a aprendizagem?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(16) O(a) docente garantiu a inclusão de pessoas com deficiência (PCD) de forma eficiente para a garantia do ensino-aprendizagem?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(17) Os processos de avaliação contemplaram habilidades atitudinais (ser), cognitivas (o que é preciso saber) e procedimentais (saber fazer)?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(18) Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso aos resultados das avaliações (feedback)?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(19) Os processos de avaliação garantiram ao aluno o direito ao acesso a recursos (em caso de discordância) e mecanismos de recuperação?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(20) Houve processos de intimidação, constrangimento, assédio psicológico ou assédio moral cometido por professores ou outros servidores no desempenho de suas funções contra os estudantes?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(21) Houve orientação para acesso a recursos didáticos que facilitassem o processo de aprendizagem (referências, materiais de aula elaborados e/ou disponibilizados por docente(s))?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(22) Ocorreu por parte do(a) docente a marcação de atividades da disciplina fora do horário regular? Caso afirmativo, comente a sua resposta.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(23) O(a) docente cumpriu o plano de ensino e cronograma do componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(24) O(a) docente cumpriu a carga horária do componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(25) O(a) docente foi assíduo no componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(26) O(a) docente foi pontual no componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(27) Ocorreu monitoria em qualidade e quantidade suficientes às necessidades dos discentes frente às atividades do componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

(28) Ocorreu tutoria em qualidade e quantidade suficientes às necessidades dos discentes frente às atividades do componente curricular?

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

IV. Avaliação do Formulário:

(29) Utilize este espaço para fazer sugestões, elogios e críticas ao instrumento de avaliação, visando o seu aprimoramento junto com o curso de Medicina da UnB.

a. Você gostaria de comentar a sua resposta?

Fonte: elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES

As práticas avaliativas correm o risco de perda de potência quando não são amplamente discutidas e problematizadas suas dinâmicas, ou quando são valorizados seus resultados pontuais⁷. Neste contexto, cabe ao Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da UnB, por meio do Grupo de Trabalho Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem, o desenvolvimento sistemático de encontros para debater temas relativos à avaliação discente dos componentes curriculares dos semestres, transformando os encontros em sentido pedagógico aos processos de ensino-aprendizagem.

As dimensões consideradas no instrumento analisado neste estudo abrangem diferentes perspectivas, que vão desde os cenários de ensino-aprendizagem até o papel docente e sua atuação no processo formativo dos estudantes. As dimensões relacionadas à gestão, ao corpo técnico e ao corpo docente apontam elementos que têm impacto na qualidade da formação em medicina, indicando maior ou menor capacidade de resposta às demandas pedagógicas, administrativas e sociais dos discentes do curso de Medicina. Todas essas dimensões contribuem para o avanço na lógica do direito à educação de qualidade, do respeito às diversidades e da construção de profissionais médicos comprometidos com a saúde da população.

Compreender a avaliação discente como um momento de reflexão da Faculdade de Medicina da UnB sobre o desenvolvimento de suas atividades implica em um exercício de autocrítica por parte dos diferentes atores envolvidos – docentes, discentes, gestores e técnicos-administrativos. No caso do docente, ao refletir sobre o seu processo de trabalho docente, são levados em consideração o planejamento educacional realizado, sua metodologia de ensino, suas atividades teóricas e práticas, além de seus processos avaliativos. Também é possível compreender o modelo pedagógico do curso em relação ao preconizado pelo componente desenvolvido, considerando ainda aspectos como compromisso, assiduidade e pontualidade do docente, que devem ser analisados. A partir dos resultados dos processos de avaliação institucional, essa análise pode subsidiar a transformação de práticas pedagógicas obsoletas, descontextualizadas e prejudiciais ao desenvolvimento acadêmico dos discentes

A mudança de concepção da educação médica se dá a partir de um processo de avaliação dinâmica (não pontual e estática), que visa incorporar a noção de mudança e desenvolvimento do processo formativo⁷. Os mesmos autores ao discutir matrizes de avaliação apontam a necessidade da construção de uma matriz de referência de avaliação que possa ser utilizada a cada ciclo avaliativo, facilitando a comparabilidade dos resultados e a utilização de indicadores para a avaliação da eficácia/eficiência do ensino das instituições que formam médicos e médicas.

A matriz construída como produto deste estudo deverá ser validada como Instrumento de Avaliação Discente dos Componentes Curriculares da FM/UnB junto ao Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da UnB para que possa ser colocada em prática ao término de cada semestre letivo. É importante destacar, na proposta de matriz e no modelo instituído de avaliação discente dos componentes curriculares do semestre, produtos deste estudo, o estudante como a principal fonte de coleta de informações, cabendo ao NDE iniciativas que colham as perspectivas dos docentes, técnico-administrativos e gestores sobre os semestres, possibilitando ampliar o olhar sobre o processo de avaliação institucional do curso médico.

Cabe destacar ainda que, em paralelo ao processo de avaliação da formação, o desenvolvimento docente deve caminhar sincrônico, buscando a qualificação do processo de trabalho do corpo docente, o qual resulta na qualidade do ensino e dos processos avaliativos nas instituições formadoras. Coerente com a técnica do *Café Mundial*, a relação entre a fala e a ação pressupõe o envolvimento dos atores ao processo desenvolvido, potencializando a participação e comprometendo a corresponsabilização pela avaliação em curso.

REFERÊNCIAS

1. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. Aprovado em reuniões ordinárias do Núcleo Docente Estruturante realizada em 29/05/2024, do Colegiado de Graduação, realizada em 12/06/2024, e da Câmara de Representantes da Faculdade de Medicina, realizada em 19/06/24. Brasília: FM/UnB; 2024a. 202 p.
2. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Regimento do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Brasília: FM/UnB; 2024b. 4 p.
3. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Ato N° 43/2022 da Direção da Faculdade de Medicina, cria o Grupo de Trabalho Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem. Brasília: FM/UnB; 2022. 1 p.
4. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [Internet]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 18 jun 2024.
5. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade de Brasília. Aprovado na 1ª Reunião Ordinária do Conselho Pleno da Faculdade de Medicina, ocorrida nos dias 11, 12 e 27 de fevereiro de 2015. Brasília: FM/UnB; 2015. 194 p. Disponível em: https://fm.unb.br/images/graduacao/projeto_pedagogico_do_curso/PPC_site_2019.pdf. Acesso em: 19 ago 2025.
6. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Regimento do Núcleo Docente Estruturante (NDE). Brasília: FM/UnB; 2024c. 6 p. Disponível em: <https://fm.unb.br/graduacao/nucleos/nucleo-docente-estruturante>. Acesso em: 19 ago 2025.
7. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação Médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015. 398 p.
8. Cordeiro ER. Editorial. Rev Bras Educ Med. 1994;18(2):49–94.
9. Lima VV. Avaliação de Competências nos Cursos Médicos. In: Marins JJN, Rego S, Lampet JB, Araújo JGC, orgs. Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica; 2004. Cap. 6.
10. Bollela VR, Castro M. Avaliação de programas educacionais nas profissões

da saúde: conceitos básicos. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):332–42. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86686/89832>. Acesso em: 22 ago 2024.

11. Lampert JB. Avaliação do Processo de Mudança na Formação Médica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, orgs. Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades. São Paulo: Hucitec; Associação Brasileira de Educação Médica. p. 245–66.

12. Lampert JB, Costa NMSC, Perim GL, Abdalla IG, Aguilar-da-Silva RH, Stella RCR. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2009;33:19–34. Disponível em:

13. <https://www.scielo.br/j/rbem/a/C9CWF84dhRzFycSdL89cKNv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 dez 2024.

14. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.

15. Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-Ação. 12ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. 107 p.

16. Wheatley MJ. Prefácio: só podemos ser sábios juntos. In: Brown J, Isaacs D, Comunidade do World Café. O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas. São Paulo: Cultrix; 2007. p. 13–18.

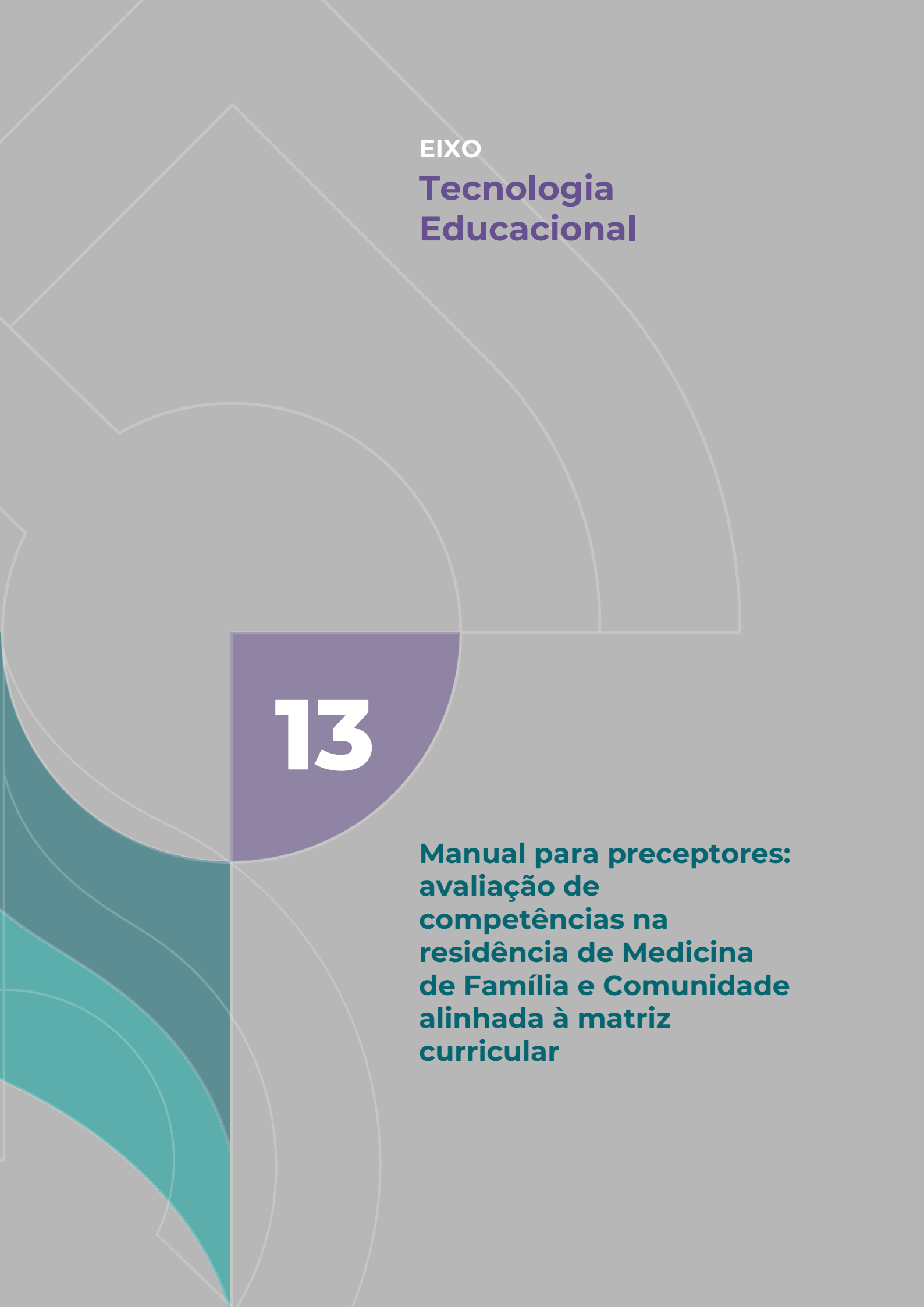
17. Bastien Y. É Ganha-Ganha o Tempo Inteiro: Sanofi-Synthelabo, Canadá. In: Brown J, Isaacs D, Comunidade do World Café. O World Café: dando forma ao nosso futuro por meio de conversações significativas e estratégicas. São Paulo: Cultrix; 2007. p. 49–59.

18. Universidade de Brasília (UnB). Faculdade de Medicina (FM). Regimento Interno. Brasília: FM/UnB; 2020. 8 p. Disponível em: https://fm.unb.br/images/regimento_interno.pdf. Acesso em: 07 dez 2024.

19. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 9ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981. 79 p.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS; 2012.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS; 2016.



EIXO

Tecnologia Educacional

13

**Manual para preceptores:
avaliação de
competências na
residência de Medicina
de Família e Comunidade
alinhada à matriz
curricular**

Manual para preceptores: avaliação de competências na residência de Medicina de Família e Comunidade alinhada à matriz curricular

Vanessa Fassina^{1,2}/ Rodrigo Pinheiro Silveira^{3,4} (orientador)

vanessafassina80@gmail.com/ ropsilveira@gmail.com

Palavras-chave: Avaliação Educacional; Educação Médica; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade.

RESUMO

Introdução: A avaliação de competências é um elemento essencial na formação de residentes em Medicina de Família e Comunidade, permitindo desenvolver habilidades, conhecimentos e atitudes alinhados às demandas da prática clínica. Este trabalho propõe a elaboração de um manual para preceptores, tendo como base métodos avaliativos padronizados, que integra a Pirâmide de Miller e as Atividades Profissionais Confiáveis (APCs), como estratégia para melhorar a qualidade e a objetividade do processo avaliativo. **Objetivo:** Elaborar um manual que oriente preceptores na avaliação de competências de residentes, fundamentado em diretrizes curriculares da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e da Comissão Nacional de Residência Médica. **Métodos:** Este estudo, baseado na pesquisa-ação, desenvolveu um manual para preceptores sobre a avaliação de competências de residentes em Medicina de Família e Comunidade. A metodologia incluiu a identificação de desafios avaliativos, revisão de literatura sobre metodologias baseadas em competências, como as Atividades Profissionais Confiáveis (APCs), e incorporação de diretrizes da SBMFC e CNRM. O manual define competências, métodos avaliativos e responsáveis, priorizando a Educação Médica Baseada em Competências. **Resultados:** O manual apresenta orientações detalhadas para métodos como observação direta, discussões de casos clínicos, exames práticos e

¹ Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil.

² Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil.

³ Secretaria de Estado de Saúde do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

autoavaliação. Também inclui diretrizes para a implementação das APCs, propondo níveis de supervisão progressivos que assegurem autonomia e segurança no exercício profissional dos residentes. A integração dessas abordagens resulta em um processo avaliativo mais estruturado, formativo e objetivo. **Considerações finais:** O manual oferece uma base sólida para a formação médica, permitindo que preceptores avaliem competências de forma sistemática e confiável. Ele contribui para o desenvolvimento integral dos residentes ao combinar conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes éticas, alinhando o processo formativo às necessidades do sistema de saúde e da sociedade.

INTRODUÇÃO

O processo de ensino-aprendizagem na área da saúde, principalmente na educação médica, abrange estratégias destinadas a promover o desenvolvimento integral dos estudantes. Isso inclui não apenas a aquisição de conhecimentos e habilidades práticas, mas também a formação de atitudes éticas. Nesse contexto, a avaliação assume um papel fundamental, servindo como uma ferramenta crucial tanto para mensurar a aprendizagem quanto para guiar a prática pedagógica.

Na avaliação do estudante, destacam-se três métodos principais: formativo, somativo e informativo. A avaliação formativa é crucial para o aprendizado contínuo, ao identificar forças e fraquezas no desempenho e fornecer feedback construtivo para a melhoria das competências necessárias. Em contrapartida, a avaliação somativa tem como objetivo verificar e certificar a aquisição de conhecimentos e habilidades em momentos específicos, condicionando frequentemente decisões sobre a progressão ou conclusão dos cursos. Já a avaliação informativa, centrada na oferta de dados detalhados sobre o progresso e desempenho dos estudantes, é útil tanto para os aprendizes quanto para os educadores, possibilitando uma análise abrangente e a melhoria contínua dos programas educacionais. Assim, cada método cumpre uma função distinta e complementar, contribuindo para um sistema avaliativo integrado no ensino de medicina¹.

A avaliação da aprendizagem na educação médica precisa estar centrada no estudante, voltada para a formação de profissionais competentes em múltiplos aspectos, sendo fundamental incorporar avaliações que vão além da aferição de conhecimentos teóricos, abordando também habilidades práticas e atitudes. A Pirâmide de Miller oferece uma estrutura essencial para a educação baseada em competências descrevendo o processo avaliativo em quatro níveis hierárquicos: Saber – conhecimento teórico; Saber como

– aplicação prática do conhecimento; Mostrar como – demonstração de habilidades em cenários controlados; e Faz – desempenho em situações reais².

Zeferino e Passeri³ destacam que a avaliação no contexto educacional deve abranger múltiplos níveis, utilizando instrumentos variados para captar diferentes dimensões da aprendizagem, como provas escritas para o Saber e avaliações práticas e observacionais para os níveis superiores, como Mostrar como e Faz. Essa integração entre a Pirâmide de Miller e a educação baseada em competências permite que os métodos avaliativos sejam alinhados com os objetivos formativos, promovendo uma formação médica que combina conhecimento teórico com desempenho aplicado e ético.

A Educação Médica Baseada em Competências (EMBC), amplamente adotada em programas de residência no mundo todo, configura-se como uma abordagem eficaz que organiza a formação médica em três dimensões: conhecimento, habilidades e atitudes. Cada uma dessas áreas é avaliada por meio de instrumentos específicos, como exames teóricos, exercícios práticos e avaliações comportamentais, possibilitando uma visão abrangente do desenvolvimento do residente⁴⁻⁶.

Na EMBC, o estudante é colocado no centro do processo de aprendizagem, destacando a importância de seu desenvolvimento em competências específicas ao longo do curso⁷. O desenvolvimento dessas competências deve ocorrer em cenários baseados em ambientes de trabalho reais, promovendo uma formação alinhada às exigências do exercício médico e preparando adequadamente o residente para os desafios da prática clínica cotidiana⁸. Além disso, a EMBC incorpora marcos de progressão (*milestones*) que indicam o nível esperado de desempenho em diferentes fases do treinamento, combinando avaliações formativas e somativas para orientar tanto o aprendizado quanto as decisões sobre avanços na carreira⁴⁻⁶.

Na residência médica, o modelo de ensino baseado em competências visa à formação de profissionais capacitados para lidar com situações clínicas complexas. A avaliação deve transcender a mera verificação de desempenho, assumindo a função de um instrumento formativo, focado no progresso contínuo do residente⁹. Esse modelo valoriza a prática reflexiva e a aprendizagem ativa, incentivando o residente a assumir um papel protagonista em seu desenvolvimento profissional. Além disso, Zeferino e Passeri³ ressaltam que a avaliação deve estar alinhada aos objetivos de aprendizagem e aos critérios previamente estabelecidos. A clareza desses critérios promove transparência e motiva os estudantes a compreenderem suas metas educacionais.

Neste contexto, as Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) se destacam ao traduzir as competências em tarefas específicas que podem ser gradualmente delegadas aos residentes à medida que demonstram autonomia e segurança. As APCs integram conhecimentos, habilidades e atitudes em atividades práticas observáveis e mensuráveis, permitindo avaliações mais alinhadas às demandas reais da prática médica¹⁰. A maior especificidade das competências que as APCs estabelecem enriquece o processo avaliativo, permitindo que o residente adquira habilidades práticas de forma orientada, enquanto desenvolve atitudes fundamentais como comunicação, ética e colaboração¹¹. Essa abordagem não apenas contribui para uma formação centrada no desempenho real, mas também facilita o monitoramento contínuo do progresso ao longo da residência⁵.

Os padrões globais estabelecidos pela World Federation for Medical Education (WFME) e pela World Organization of Family Doctors (WONCA) enfatizam a importância de currículos baseados em competências nos programas de residência médica, garantindo uma formação que desenvolva conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para a prática clínica. A WFME destaca a estruturação da formação médica em competências que assegurem qualidade e segurança na assistência, enquanto a WONCA foca na Medicina de Família e Comunidade (MFC), enfatizando habilidades como comunicação eficaz, abordagem centrada no paciente e continuidade do cuidado. Esses padrões promovem uma educação médica que responde tanto às demandas globais de saúde quanto às necessidades contextuais, preparando médicos para atuação abrangente e integrada^{12,13}.

Um desafio significativo na avaliação consiste na subjetividade intrinsecamente associada a este processo. É imperativo preparar os avaliadores para desempenharem suas funções com imparcialidade e eficácia, utilizando instrumentos padronizados que garantam validade e confiabilidade às práticas avaliativas^{3,9}. Além disso, torna-se essencial que as avaliações considerem não apenas habilidades técnicas, mas também comportamentos e atitudes profissionais, como ética, comunicação e capacidade de trabalhar em equipe, o que demanda ferramentas abrangentes e avaliações multidimensionais^{4,14}.

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do Hospital Regional de Presidente Prudente, localizado no oeste do estado de São Paulo, foi autorizado pelo Ministério da Educação em 2018 (parecer 306/2018 de 22 de março de 2018)¹⁵ e iniciou sua primeira turma em 2021. Seu projeto pedagógico segue as diretrizes da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade¹⁶ (SBMFC) e da Comissão Nacional de Residência Médica¹⁷ (CNRM), garantindo a aquisição progressiva de competências ao longo dos dois anos de formação. No entanto, o programa ainda carece de

um instrumento de avaliação padronizado, o que dificulta a sistematização da aferição do desenvolvimento dos residentes e a implementação de um processo avaliativo estruturado.

Diante desse cenário, o objetivo deste trabalho é contribuir para o aprimoramento da formação dos preceptores por meio da elaboração de um manual que oriente e padronize a avaliação de competências em conformidade com as orientações da SBMFC e da CNRM. Este manual servirá como base para o desenvolvimento de um instrumento avaliativo objetivo e estruturado, alinhado às diretrizes normatizadas por essas instituições. Com isso, espera-se que a avaliação não apenas auxilie na verificação do progresso dos residentes ao longo do programa, mas também possibilite a identificação de áreas de aprimoramento, promovendo o desenvolvimento profissional contínuo e garantindo uma formação mais qualificada.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

O presente trabalho utiliza o formato de um projeto de intervenção, caracterizado como uma proposta prática e participativa voltada para a solução de problemas concretos no contexto da formação médica. Fundamentado na abordagem de pesquisa-ação, o projeto busca desenvolver um manual para preceptores com orientações sobre a avaliação de competências de residentes em Medicina de Família e Comunidade. A pesquisa-ação se destaca por integrar teoria e prática, promovendo a participação ativa dos envolvidos na identificação do problema, na formulação das estratégias e na implementação das soluções propostas^{18,19}.

A metodologia de elaboração do manual seguiu etapas sistemáticas, iniciando pela identificação dos desafios existentes no processo de avaliação de residentes, como a subjetividade dos critérios aplicados e a falta de padronização nos métodos utilizados. Para fundamentar a intervenção, foi realizada uma revisão da literatura acerca das metodologias baseadas em competências, que incluem ferramentas como as APCs, amplamente reconhecidas por traduzirem competências em práticas específicas e progressivamente delegáveis aos residentes. Diretrizes nacionais, como as estabelecidas pela SBMFC e pela CNRM, serviram de base para a construção do conteúdo do manual^{1,7,16,17}.

A etapa subsequente envolveu o planejamento do conteúdo, estruturado a partir de questões-chave que orientam o processo avaliativo: o que avaliar (competências específicas), como avaliar (ferramentas e métodos) e quem será responsável (preceptores). Na sequência, o conteúdo do manual foi elaborado de forma a incluir orientações práticas para os

preceptores, priorizando métodos baseados na EMBC, que enfatizam a avaliação integrada de conhecimento, habilidades e atitudes^{8,19,20}.

Por fim, será realizada uma oficina para a apresentação da primeira versão do manual aos preceptores com o objetivo de analisar e identificar necessidades de ajustes, possibilitando uma (re)construção conforme análise do grupo. Essa etapa busca garantir que o material atenda às demandas práticas dos preceptores, promovendo uma avaliação mais objetiva e alinhada às exigências formativas do campo da MFC^{18,20}.

A oficina para validação do manual acontecerá com os preceptores do programa, adotando uma abordagem colaborativa em grupo completo. Após uma apresentação inicial do manual, destacando suas principais seções – competências a serem avaliadas, métodos e ferramentas sugeridos e responsabilidades dos preceptores; cada seção será discutida coletivamente, com os participantes compartilhando suas percepções sobre clareza, aplicabilidade e sugestões de melhoria para a aplicabilidade do manual no contexto formativo. Ao final, será promovida uma roda de conversa para consolidar os ajustes necessários, garantindo que o manual reflita as necessidades reais da prática preceptora em Medicina de Família e Comunidade.

Na elaboração deste trabalho, utilizou-se o ChatGPT, uma ferramenta de inteligência artificial desenvolvida pela OpenAI, para auxiliar em algumas etapas do processo. O modelo foi empregado na síntese de artigos científicos selecionados, organizando informações relevantes para embasar a introdução. Além disso, a ferramenta foi utilizada na estruturação das seções do manual, facilitando a organização lógica e coerente dos tópicos abordados. Por fim, o ChatGPT contribuiu para a revisão da escrita, sugerindo melhorias na clareza, objetividade e fluidez textual, sempre respeitando o conteúdo original e as diretrizes acadêmicas.

Resultado

MANUAL PARA PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Hospital Regional de Presidente Prudente

1. Introdução

Este manual tem o objetivo de servir como guia prático para os preceptores envolvidos na avaliação de residentes médicos, principalmente no contexto da Medicina de Família e Comunidade. A avaliação é essencial para promover o aprendizado ativo, integrar teoria e prática, garantir o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, formando profissionais completos. A avaliação é uma ferramenta pedagógica essencial que, quando bem planejada e executada, promove o aprendizado efetivo, mensura competências de forma abrangente e orienta os estudantes em direção ao desenvolvimento profissional e ético (Botti; Rego, 2010; Zeferino; Passeri, 2007).

2. Fundamentação Teórica

A aprendizagem efetiva envolve aquisição dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, denominados competências na aprendizagem (Zeferino; Passeri, 2007). As competências são a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes sendo essenciais para garantir que os médicos em formação adquiram a capacidade de lidar com situações complexas no exercício profissional (Zeferino; Passeri, 2007; Botti; Rego, 2010). A competência é um processo contínuo que envolve habilidades técnicas, raciocínio clínico, tomada de decisões e comportamento psicológico para se adaptar às novas condições, indicando que o indivíduo está qualificado para realizar determinada atividade (Pereira Junior; Sá, 2022).

2.1 Educação Médica Baseada em Competências (EMBC)

A EMBC é uma abordagem pedagógica que integra os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, buscando preparar o profissional de saúde de forma abrangente. Nesse modelo, o processo de ensino e aprendizagem se orienta pelo desenvolvimento de competências que vão além do simples acúmulo de conhecimento teórico, valorizando a aplicação prática, atitudes éticas e habilidades interpessoais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2015), competências representam uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitem ao profissional lidar com situações complexas, solucionar problemas e tomar decisões adequadas. Essa abordagem não só facilita o alinhamento dos objetivos educacionais com as demandas reais do sistema de saúde, mas também promove uma formação centrada no estudante e orientada para resultados concretos na prática médica.

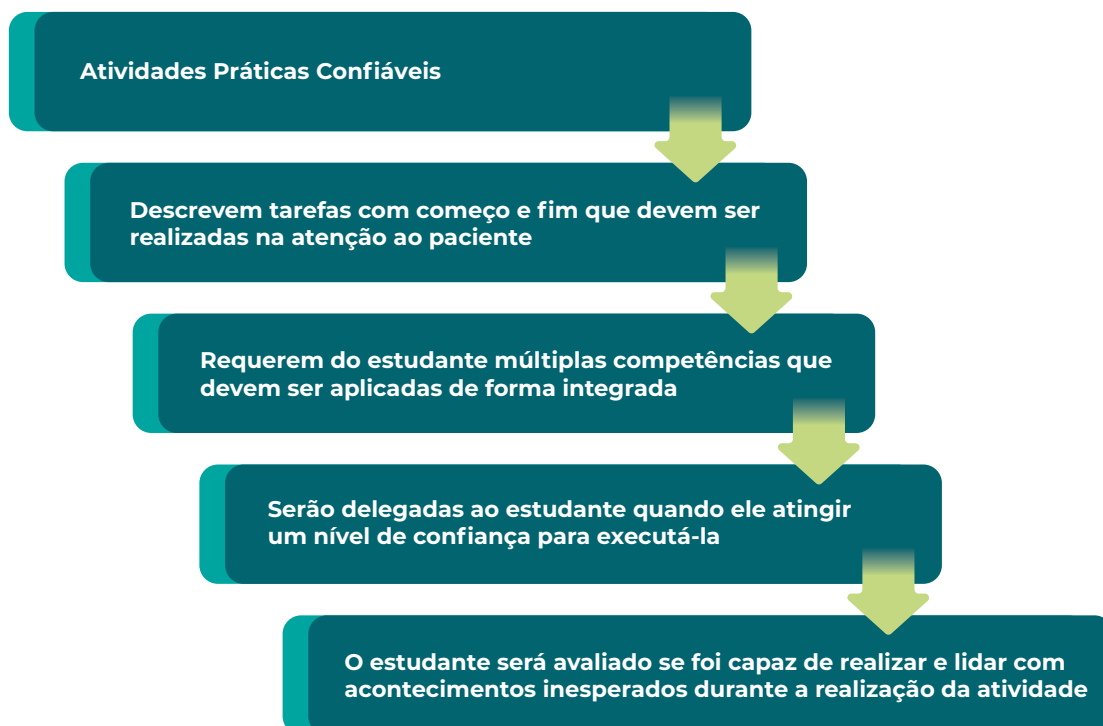
A integração entre os diferentes domínios do aprendizado permite que o profissional alcance um desenvolvimento completo, na qual o conhecimento técnico se combina com a capacidade de atuar de forma ética, reflexiva e empática. Isso reflete a importância de considerar as necessidades dos pacientes e da sociedade no planejamento da formação médica (Brasil, 2020).

2.2 Atividades Profissionais Confiáveis (APCs)

As APCs são componentes essenciais no contexto da Educação Médica Baseada em Competências. Propostas inicialmente por Cate (2019), as APCs representam tarefas ou responsabilidades específicas que um profissional pode ser considerado apto a realizar de forma autônoma, com base em uma avaliação criteriosa de suas competências.

O conceito de APCs surgiu como uma estratégia para traduzir competências em práticas concretas e aplicáveis no cotidiano profissional. Segundo Cate (2019), o objetivo das APCs é preencher a lacuna entre os marcos de competências amplos e a prática clínica real. Esse modelo tem evoluído para se adaptar às necessidades crescentes de formação e avaliação na área da saúde, permitindo que as competências adquiridas sejam mensuradas por meio de tarefas específicas confiáveis.

Figura 1: Processo de desenvolvimento das Atividades Práticas Confiáveis



2.3 Processo de atribuição de responsabilidades

A atribuição de responsabilidades baseadas em APCs é um processo contínuo, que exige supervisão inicial e avaliação progressiva até que o residente alcance o nível necessário de autonomia.

Pereira Júnior e Fortes de Sá (2022) destacam que esse processo envolve não apenas a avaliação técnica, mas também a análise do comportamento ético e da capacidade de tomada de decisão do residente. A decisão de transferir responsabilidade para o estudante é denominada **decisão de atribuição** e é essencial que ocorra de forma regular à medida que a situação permita (Cate, 2019). As decisões de atribuições são determinadas por cinco fatores:

Figura 2: Fatores que determinam as decisões de atribuição das Atividades Práticas Confiáveis



2.4 Níveis de supervisão baseados em Cate (2019)

A supervisão das APCs segue níveis específicos, conforme descrito por Cate (2019), variando de uma supervisão direta até a total autonomia do residente. Esses níveis auxiliam na definição clara das responsabilidades dos residentes ao longo de sua formação, garantindo a segurança dos pacientes e a eficácia do aprendizado. Adicionalmente, as APCs auxiliam na tradução das competências em práticas específicas e delegáveis, promovendo uma abordagem estruturada de avaliação (Cate, 2019).

A elaboração de uma APC é um trabalho extenso e reflexivo, envolvendo grupos de especialistas para chegar a um resultado adequado e ligado ao trabalho no ambiente clínico (Cate, 2019). Sua avaliação no local de trabalho pode ser feita utilizando-se os cinco níveis de supervisão com complexidade crescente de atribuições:

Figura 3: Escala de atribuição e supervisão adaptada de Cate (2019)



Para acessar a escala de atribuição e supervisão na forma original e expandida, acesse o *link* do artigo: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190238>.

A atividade deve ser especificada em detalhes, podendo apresentar lista de componentes da tarefa, incluindo riscos potenciais em caso de falha na execução. Para a decisão de atribuição somativa, podem ser considerados os conhecimentos, habilidades, atitudes e a experiência do estudante, além das competências requeridas para determinada APC. Nos programas de pós-graduação médica (residência), espera-se o nível 4 de supervisão para a maioria das APC. É importante estabelecer regras e prazo para que o estudante cumpra os critérios de cada APC, com possibilidade de incluir APCs eletivas para alunos avançados (Cate, 2019).

A SBMFC está em processo de construção das APCs para a Medicina de Família e Comunidade a fim de fortalecer a estrutura dos programas de residência, garantindo melhores práticas de avaliação para uma formação de qualidade. Foi lançado um e-book que registra o processo de

construção das EPAs (*Entrustable Professional Activities*) na Medicina de Família e Comunidade (a SBMFC optou pela utilização da sigla em língua inglesa) e o material pode ser acessado através do link <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2024/10/e-Book-EPAs-Nacionais-em-Medicina-de-Familia-e-Comunidade-2024.pdf>. A SBMFC disponibiliza um material explicativo sobre a utilização das EPAs na residência médica, que pode ser acessado em seu site oficial (<https://www.sbmfc.org.br/epas/>).

2.5 Diretrizes

A aplicação prática da Educação Médica Baseada em Competências e das Atividades Profissionais Confiáveis deve ser orientada por diretrizes que assegurem a qualidade e a padronização na formação médica. Entre essas destacam-se:

- **Currículo Baseado em Competências (CBC)** da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que organiza os conteúdos essenciais e competências que devem ser adquiridos durante a formação médica. Esse documento reforça a importância de alinhar a formação às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sociedade brasileira (SBMFC, 2015).
- **Resolução CNRM nº 9/2020**, que estabelece os requisitos mínimos e a organização dos programas de residência médica no Brasil. Essa diretriz fornece um marco normativo que orienta a estruturação dos projetos pedagógicos dos programas de residência orientados para a aquisição de competências estabelecidas nas Matrizes de Competências das respectivas Especialidades e garante a qualidade dos programas de residência médica no país (Brasil, 2020).
- **Resolução CNRM nº 4/2023**, estabelece que a avaliação do desempenho do médico residente deverá ser sistematizada, permanente e periódica, contemplando avaliações formativas e somativas que verifiquem conhecimentos, habilidades e atitudes de profissionalismo (Brasil, 2023). Elas serão realizadas pelo supervisor e preceptores do respectivo programa de residência médica com as normatizações das avaliações especificadas no regimento interno da respectiva Comissão de Residência Médica.

A frequência mínima das avaliações de desempenho deverá ser quadrimestral, articulando teoria e prática de forma contextualizada, e em cada avaliação deverão estar contemplados os três domínios:

1. Cognitivo – prova teórica, avaliando conhecimentos abordados em atividades teóricas e práticas. Diferentes níveis taxonômicos devem ser avaliados como a compreensão, aplicação, análise, síntese, avaliação e tomada de decisão.
2. Psicomotor – prova prática, realizada em ambiente de prática profissional por meio da observação direta ou indireta do desempenho em atividades clínicas e procedimentos.
3. Afetivo-profissional – avaliação atitudinal em ambiente da prática profissional a partir da observação direta e indireta da atuação do residente pelo preceptor, supervisor, por pares, membros da equipe e pacientes. Critérios a serem avaliados: responsabilidade, assiduidade, pontualidade, cumprimento de tarefas, atuação na dinâmica do programa de residência, colaboração com a construção do conhecimento, comunicação e relacionamento interpessoal.

As avaliações dos médicos residentes devem ser baseadas em critério de suficiência estabelecido a partir do desempenho esperado para os domínios avaliados. O conceito **satisfatório** deverá ser atribuído ao residente cujo desempenho alcança os critérios de suficiência estabelecidos. Para a CNRM, o critério mínimo exigido em cada avaliação quadrimestral será:

1. 70% de suficiência na avaliação cognitiva (avaliação teórica).
2. Conceito **satisfatório** nas avaliações psicomotoras em ambientes de prática profissional, incluindo a avaliação de integração de conhecimentos, habilidades e atitudes.
3. Conceito **satisfatório** na avaliação atitudinal em ambiente de prática.

As APCs poderão servir de base para verificar a preparação dos residentes para progressão nos níveis de supervisão e prática autônoma. O sistema de avaliação também poderá incluir o registro de procedimentos e atividades, através de logbook, portfólios e pesquisa científica. Além

disso, como complemento ao processo de avaliação, poderá ser realizado anualmente o Teste de Progresso Individual do Residente elaborado pela sociedade de especialidade.

O Teste de Progresso é uma avaliação formativa constituída de 120 a 200 questões de múltipla escolha, elaborada para avaliar as capacidades cognitivas esperadas ao final do programa de residência de acordo com a Matriz de Competências da Especialidade. Deverá ser oferecido anualmente e aplicado simultaneamente para todos os residentes da mesma especialidade. O resultado individual deverá ser sigiloso e servir de autoavaliação para identificar necessidades de aprendizado. O acompanhamento em anos consecutivos permitirá a análise da evolução na aquisição do componente cognitivo ao longo do treinamento.

A promoção do médico residente para o ano seguinte dependerá dos critérios a seguir:

1. Cumprimento da carga integral do programa no ano corrente.
2. Cumprimento integral das avaliações periódicas e obtenção de média igual ou superior a **7,0** nas avaliações teóricas quadrimestrais.
3. Conceito **satisfatório** nas avaliações de atividades clínicas, procedimentos e componentes afetivo-atitudinais em ambientes de prática profissional.
4. Conceito **satisfatório** no conjunto das avaliações atitudinais no ano.

O residente que não obtiver média mínima de 7,0 em cada uma das três avaliações anuais de formação e não obtiver conceito **satisfatório** nas avaliações em ambientes de prática profissional não será considerado apto para avançar ao ano seguinte. O médico residente com desempenho inadequado será desligado ao final do período anual de treinamento, mesmo após a conclusão do processo de reabilitação, independentemente do ano em que esteja em andamento.

A obtenção do certificado de conclusão do programa pelo residente dependerá do cumprimento integral da carga horária do programa, das avaliações periódicas por ano de atividade e dos critérios de promoção em todos os anos, além da apresentação do trabalho final de conclusão do curso, estabelecido nas matrizes de competências, conforme requisito obrigatório para certificação da Pós-Graduação. O médico residente deve possuir

conhecimento prévio dos critérios de avaliação, promoção e certificação usados pelo programa, bem como ser capaz de entender e concluir todas as fases de avaliação.

3. A Importância da Avaliação

A avaliação é uma ferramenta essencial no processo formativo de residentes, sendo um elemento estruturante para o desenvolvimento profissional e acadêmico. Para os preceptores, compreender as funções e os modos de avaliação é fundamental para garantir uma formação de excelência, alinhada às diretrizes e exigências do sistema de saúde.

3.1 Funções da Avaliação

Promover aprendizado ativo – A avaliação desempenha um papel central ao promover o aprendizado ativo, permitindo que os estudantes identifiquem lacunas no conhecimento e adotem estratégias para superá-las. Por meio de processos avaliativos eficazes, é possível incentivar a autonomia do residente e estimular sua capacidade de reflexão crítica, ferramentas indispensáveis para a prática médica (Botti; Rego, 2010).

Avaliar competências de forma integrada – Outro papel importante da avaliação é a possibilidade de integrar diferentes dimensões do aprendizado: conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes. Dessa forma, é possível assegurar que a formação contemple tanto os aspectos técnicos quanto os comportamentais, promovendo uma prática profissional que combine ciência e humanidade (Pereira Júnior; Fortes de Sá, 2022).

Garantir qualidade no ensino – A avaliação é também uma ferramenta de garantia de qualidade no ensino, uma vez que possibilita oferecer feedback constante aos residentes, orientando-os para o alcance dos objetivos educacionais propostos. O uso de instrumentos bem estruturados garante que o processo avaliativo seja justo, consistente e orientado para o desenvolvimento profissional, formando médicos preparados para lidar com situações clínicas complexas e éticas (Zeferino e Passeri, 2007).

3.2 Modos de Avaliação

Avaliação Formativa – Ocorre de forma ao longo do processo de ensino-aprendizagem. Seu principal objetivo é contribuir para o aprimoramento contínuo do residente, fornecendo informações úteis para ajustar e melhorar

seu desempenho. Entre os instrumentos utilizados destacam-se o feedback, a observação direta e as discussões orientadas. Esse modelo permite identificar áreas de melhoria em tempo hábil, promovendo o aprendizado progressivo (Botti; Rego, 2010).

Avaliação Somativa – É realizada ao final de um ciclo ou módulo, sendo uma ferramenta essencial para verificar se os resultados esperados foram atingidos. Esse tipo de avaliação normalmente envolve instrumentos como provas teóricas e práticas, além de avaliações finais que permitem mensurar o aprendizado acumulado. É especialmente útil para decisões sobre progressão ou conclusão de etapas no programa de residência (Zeferino; Passeri, 2007).

Autoavaliação – Abordagem complementar, que estimula a autonomia e a capacidade reflexiva do estudante. Esse método permite que o residente participe ativamente do processo avaliativo, identificando suas próprias limitações e pontos fortes, e contribuindo para a construção de um aprendizado mais significativo e autônomo (Cate, 2019).

4. Métodos de Avaliação e Competências na Residência Médica

A avaliação das competências dos residentes em programas de formação médica é um elemento essencial para garantir a qualidade e a segurança na prática profissional. Para tanto, é importante relacionar os métodos de avaliação com as competências a serem avaliadas, com base nos níveis da pirâmide de Miller (1990), que classifica as competências em quatro níveis: **saber** (conhecimento teórico), **saber como** (habilidade de aplicar o conhecimento), **mostrar como** (demonstração em ambiente simulado) e **fazer** (desempenho em situações reais).

A seguir, serão descritos métodos de avaliação frequentemente utilizados na preceptoria de Medicina de Família e Comunidade, contextualizando-os na estrutura da Pirâmide de Miller e discutindo sua aplicabilidade prática.

4.1 Observação Direta

A observação direta consiste na avaliação do desempenho do residente em situações reais de prática médica, permitindo que o preceptor analise tanto habilidades técnicas quanto comportamentais, como comunicação, empatia e profissionalismo. Esse método está situado no nível superior

da Pirâmide de Miller, o **fazer**, pois avalia o desempenho do residente no cuidado direto ao paciente.

Segundo Troncon (2016), a observação direta é essencial para verificar se o residente é capaz de aplicar conhecimentos e habilidades no contexto real, sendo, portanto, indispensável para a avaliação de competências práticas e relacionais. Além disso, permite um feedback imediato, favorecendo o aprendizado contínuo.

4.2 Discussão de Casos Clínicos

A discussão de casos clínicos é um método que possibilita avaliar o raciocínio clínico, a capacidade de análise de situações complexas e a tomada de decisão do residente. Este método está alinhado ao nível **saber como** da pirâmide de Miller, pois exige do residente a aplicação de conhecimentos teóricos em contextos específicos.

De acordo com Zeferino e Passeri (2007), as discussões de casos promovem a integração entre o conhecimento teórico e a prática clínica, sendo uma ferramenta valiosa para a formação de competências cognitivas e atitudinais. Além disso, ao discutir casos com o preceptor e colegas, o residente desenvolve habilidades de comunicação e argumentação.

4.3 Exames Práticos

Os exames práticos, como o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), são ferramentas padronizadas para avaliar competências específicas em cenários simulados. Esse método está localizado no nível **mostrar como**, pois exige que o residente demonstre habilidades em uma situação controlada, que simula a prática clínica.

Pereira Júnior e Guedes (2022) destacam que o OSCE é eficaz para avaliar habilidades técnicas, como procedimentos médicos, além de competências interpessoais, como a relação médico-paciente. A estrutura padronizada permite uma avaliação objetiva e comparável entre os residentes, sendo amplamente utilizada em programas de residência médica.

4.4 Autoavaliação e Reflexão

A autoavaliação é um método que incentiva o residente a refletir sobre seu próprio desempenho, identificando pontos fortes e áreas a serem aprimoradas. Esse método se relaciona ao nível **saber**, pois promove uma

análise crítica do próprio conhecimento teórico, mas também permeia outros níveis da pirâmide à medida que os residentes refletem sobre suas ações práticas. Lawall *et al.* (2023) destacam que a autoavaliação estimula o desenvolvimento da autonomia e da aprendizagem autorregulada, competências essenciais para a prática médica. Quando combinada com feedback do preceptor, esta estratégia pode potencializar o aprendizado e a melhoria contínua.

5. Planejamento do Processo Avaliativo

5.1. Definição de Objetivos de Aprendizagem

- Identifique claramente as competências a serem desenvolvidas (conhecimentos, habilidades e atitudes).
- Certifique-se de que os objetivos estão alinhados ao currículo e à prática profissional.

Exemplo: na residência médica, defina como objetivo a capacidade de realizar diagnóstico diferencial (conhecimento), executar procedimentos clínicos com precisão (habilidade) e demonstrar empatia no atendimento (atitude).

5.2. Planejamento da Avaliação

- Determine os critérios de avaliação, deixando-os claros e acessíveis aos estudantes.
- Escolha métodos avaliativos adequados para medir os diferentes aspectos do aprendizado.
- Estabeleça a frequência e o momento das avaliações (formativas ao longo do processo, somativas ao final).

Exemplo: planeje avaliações contínuas com observações práticas, complementadas por discussões de casos e exames simulados.

5.3. Aplicação de Métodos Diversificados

Utilize uma combinação de métodos para abranger diferentes dimensões do aprendizado:

- *Observação direta*: avaliar habilidades técnicas e atitudes em situações reais.
- *Discussão de casos clínicos*: verificar raciocínio clínico e tomada de decisão.
- *Exames práticos (OSCE)*: testar competências em cenários simulados.
- *Provas escritas e orais*: medir conhecimentos teóricos.
- *Autoavaliação e reflexão*: incentivar o estudante a reconhecer suas áreas de força e fraqueza.

Exemplo: Realize um exame prático onde o estudante simula o atendimento a um paciente, sendo avaliado em técnica, comunicação e decisão clínica.

5.4. Acompanhamento Contínuo e Feedback

- Forneça feedback regular, específico e construtivo.
- Utilize a avaliação formativa para corrigir trajetórias e reforçar aprendizados.

Exemplo: após uma prática observada, discuta com o estudante pontos fortes e oportunidades de melhoria, sugerindo estratégias de aperfeiçoamento.

5.5. Avaliação Final e Reflexão

- Realize uma avaliação somativa para medir se os objetivos educacionais foram atingidos.

- Inclua uma reflexão conjunta (avaliador e estudante) sobre o progresso ao longo do período de aprendizado.

Exemplo: Um exame final que combina avaliação prática (habilidades) e teórica (conhecimentos), acompanhado de uma discussão sobre o desenvolvimento global do estudante.

Referências

1. BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. *Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020*. Dispõe sobre os requisitos mínimos e a organização dos programas de residência médica no Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2020. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=168061-matriz-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=2020&Itemid=30192. Acesso em: 10 nov. 2024.
3. BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. *Resolução CNRM nº 4, de 1 de novembro de 2023*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 20, 3 nov. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023DOU/RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023ImprensaNacional.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2024.
4. CATE, O. ten. An Updated Primer on Entrustable Professional Activities (EPAs). *Revista Brasileira de Educação Médica* [online], v. 43, n. 1, p. 712-720, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190238>.
5. LAWALL, P. Z. M.; PEREIRA, A. M. M.; OLIVEIRA, J. M. de; GASQUE, K. C. da S. A preceptoría médica em medicina de família e comunidade: uma proposta dialógica com a andragogia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 47, n. 1, e015, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20220058>.
6. MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, v. 65, n. 9, supl., p. S63-S67, 1990. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>.
7. PEREIRA JÚNIOR, G. A.; FORTES DE SÁ, C. R. A evolução do conceito de competências para marcos de competências e “Entrustable Professional Activities” (EPAs). In: PEREIRA JÚNIOR, G. A.; GUEDES, H. T. V. (org.). *Simulação*

clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2022. p. 57-76.

8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). *Currículo Baseado em Competências*. Brasília: SBMFC, 2015. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 10 nov. 2024.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação do manual para preceptores na avaliação de competências dos residentes em Medicina de Família e Comunidade tem implicações significativas no âmbito individual e institucional, com impactos em diferentes prazos.

No curto prazo, o manual servirá como uma ferramenta prática para os preceptores, padronizando os critérios de avaliação e promovendo maior clareza no processo formativo. A aplicação de métodos como a observação direta, discussões de casos clínicos e exames práticos proporciona feedback imediato aos residentes, permitindo que identifiquem áreas de melhoria e ajustem seu desempenho. Além disso, a integração das Atividades Profissionais Confiáveis (APCs) estimula uma abordagem mais estruturada para a supervisão progressiva, o que aumenta a confiança dos residentes e promove a segurança no cuidado ao paciente.

O manual contribuirá a médio prazo para o fortalecimento da formação pedagógica dos preceptores, capacitando-os a desempenharem seu papel de avaliadores com maior precisão e consistência. Institucionalmente, espera-se uma melhoria nos indicadores de qualidade do programa de residência e a elevação da satisfação dos residentes com o processo avaliativo. Essa padronização também promoverá maior alinhamento com as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), reforçando a credibilidade do programa junto a instituições reguladoras.

A longo prazo, a utilização contínua do manual terá o potencial de transformar a cultura avaliativa do programa de residência, consolidando uma prática pedagógica pautada na Educação Médica Baseada em Competências. Essa abordagem não apenas eleva o padrão formativo dos residentes, mas também assegura que os egressos estejam mais preparados para enfrentar

os desafios da prática clínica. No âmbito institucional, a adoção do manual pode servir como modelo para outros programas de residência, promovendo sua disseminação e contribuindo para a formação de profissionais de saúde mais qualificados e comprometidos com a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de construção desse manual reforçou a importância de métodos avaliativos justos e consistentes para o aprendizado efetivo. Institucionalmente, o manual representa uma contribuição valiosa para a estruturação e fortalecimento do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, promovendo maior integração entre preceptores, residentes e diretrizes formativas.

Com a implementação desse manual, espera-se que a prática avaliativa nos programas de residência transcenda a mera verificação de conhecimentos, promovendo um desenvolvimento integral que abarque competências técnicas, éticas e relacionais, alinhadas às demandas do contexto atual da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Troncon LE de A. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de medicina. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 [acesso 16 nov 2024];40(1):30–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01392015>
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045. PMID: 2400509.
3. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cad ABEM. 2007;3:39-43.
4. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Milestones 2.0: assessment for residents and fellows. Chicago: ACGME; 2020.
5. Ten Cate O. An updated primer on entrustable professional activities (EPAs). Rev Bras Educ Med [Internet]. 2019;43(1):712-20. doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190238.
6. Oakland University William Beaumont School of Medicine. Implementing a formatively focused assessment system in UME. Acad Med. 2020.
7. Ten Cate O, Scheele F. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between theory and clinical practice? Acad Med [Internet].

2007 Jun [acesso 10 nov 2024];82(6):542-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17525536>

8. Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RF, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma matriz curricular para residência em Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2018;13(40):1-11. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/35628>

9. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. Rev Bras Educ Med. 2010;34(1):132-40.

10. Pereira Júnior GA, Fortes de Sá CR. A evolução do conceito de competências para marcos de competências e “Entrustable Professional Activities” (EPAs). In: Pereira Júnior GA, Guedes HTV, organizadores. Simulação clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica; 2022. p. 57-76.

11. Association of American Medical Colleges. Core entrustable professional activities for entering residency: curriculum developers' guide. Washington: AAMC; 2014.

12. World Federation for Medical Education. Postgraduate medical education: WFME global standards for quality improvement (the 2015 revision) [Internet]. Copenhagen: WFME; 2015 [acesso 10 nov 2024]. Disponível em: <http://wfme.org/standards/pgme/>

13. WONCA. WONCA global standards on postgraduate family medicine education [Internet]. 2013 Jun [acesso 10 nov 2024]. 17 p. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf

14. University of Washington Graduate Medical Education. Resident & fellow evaluation: 360-degree feedback. Seattle: UW GME; 2020.

15. Hospital Regional de Presidente Prudente. Residência médica [Internet]. Presidente Prudente (SP): Hospital Regional de Presidente Prudente; c2023 [acesso 15 dez 2024]. Disponível em: <https://www.hrpresidenteprudente.org.br/pagina.aspx?id=125>

16. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Currículo baseado em competências [Internet]. Brasília: SBMFC; 2015 [acesso 2024 Nov 10]. Disponível em: [https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

17. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Dispõe sobre os

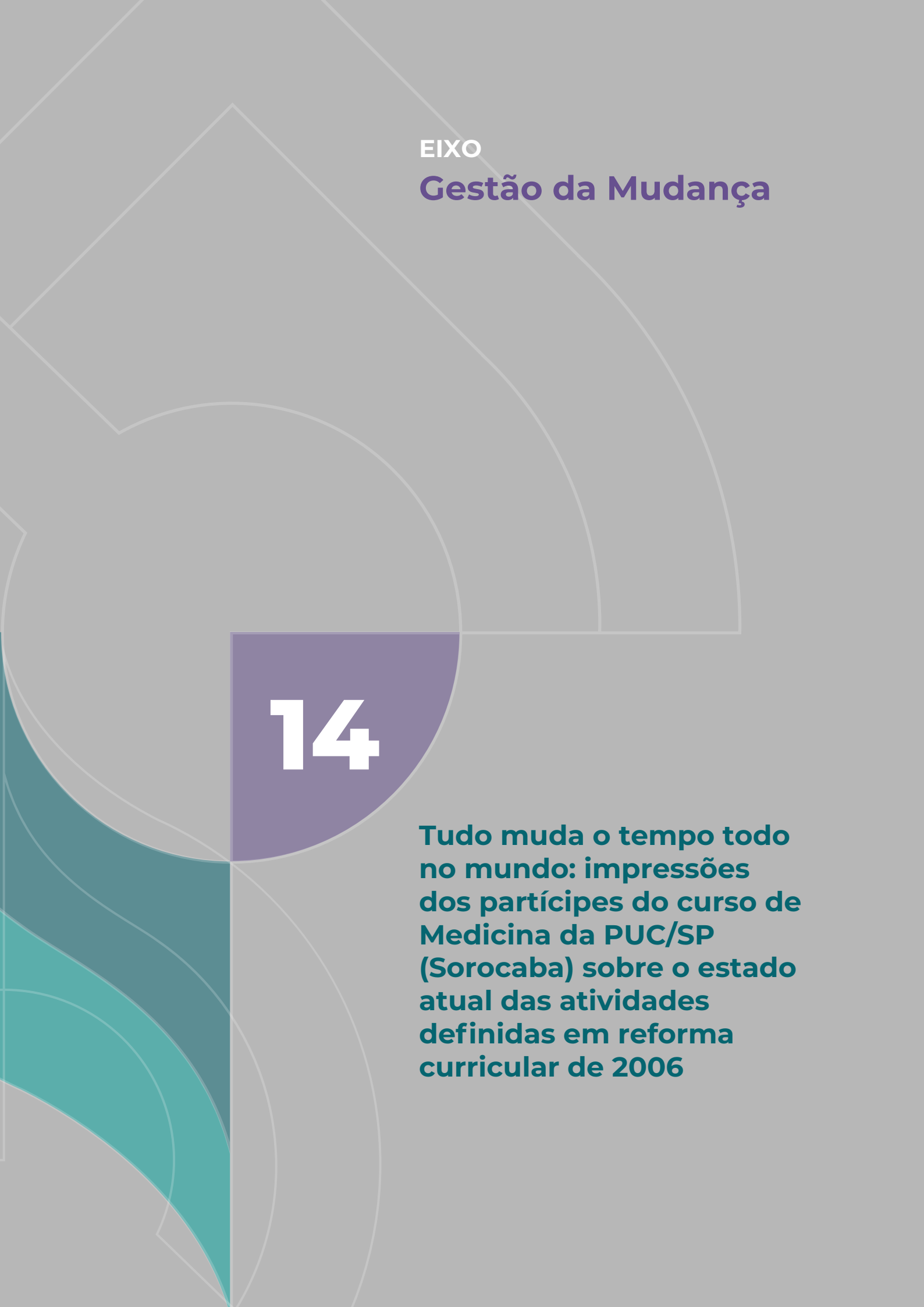
requisitos mínimos e a organização dos programas de residência médica no Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2020 dez 30 [acesso 10 nov 2024]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=168061-matriz-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=2020&Itemid=30192

18. Hospital Regional de Presidente Prudente. Residência médica [Internet]. Presidente Prudente (SP): Hospital Regional de Presidente Prudente; c2023 [acesso 15 dez 2024]. Disponível em: <https://www.hrpresidenteprudente.org.br/pagina.aspx?id=125>

19. Sousa EGR. Manual para elaboração de projetos de intervenção como trabalho de conclusão de curso. Rio de Janeiro: Fiocruz/Farmanguinhos; 2021.

20. Oliveira CMCS, Oliveira MA. Projeto de intervenção associado à árvore de problemas: metodologia para elaboração do projeto de intervenção [Internet]. São Paulo: Unifesp; 2015. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br>

21. BVS Saúde. Educação médica baseada em competências e sua aplicação em programas de residência. Rev Bras Educ Med. 2019;43(Supl 1):712-20.



EIXO

Gestão da Mudança

14

**Tudo muda o tempo todo
no mundo: impressões
dos partícipes do curso de
Medicina da PUC/SP
(Sorocaba) sobre o estado
atual das atividades
definidas em reforma
curricular de 2006**

Tudo muda o tempo todo no mundo: impressões dos partícipes do curso de Medicina da PUC/SP (Sorocaba) sobre o estado atual das atividades definidas em reforma curricular de 2006

**Luiz Ferraz de Sampaio Neto¹/ Victor Simezo¹/ Valdes Roberto Bollela²
(orientador)**

lfsampaio@pucsp.br/ vsimezo@yahoo.com.br/ vbollela@fmrp.usp.br

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Curricular das Faculdades de Medicina; Mentoria; Estudos de Avaliação como Assunto; Avaliação Educacional; Feedback Formativo.

RESUMO

A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FMS) de Sorocaba pertencente à PUC/SP é curso tradicional, criado na década de 1950 com currículo Flexneriano, o modelo clássico vigente na ocasião. Com os avanços da prática médica, do modo de ensinar medicina e da evolução nos conceitos pedagógicos foi introduzido novo currículo em 2006. Ao longo dos anos, houve a necessidade de algumas modificações formalmente inseridas por sucessivos ajustes no currículo, contudo observamos hoje muitas mudanças que surgiram espontaneamente e que modificaram o curso. Procuramos investigar como estão atualmente algumas de suas propostas originais a partir de questionários, elaborados na Plataforma Google Forms®, específicos para docentes e funcionários técnico-administrativos. Tivemos a participação de 50% dos docentes e 73,3% dos funcionários administrativos. Constatamos que os docentes, em sua maioria, expressaram considerar que as práticas de ensino da FMS respeitam o PPC e que são usadas de modo satisfatório; a mentoria é atividade que suscita críticas por alguns docentes, sobretudo porque há discordância da gestão dessa prática pedagógica e há ausência de roteiro programático comum a cada um dos anos em que acontece. Porém, para aqueles docentes que dela participam, os objetivos

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

da atividade são atingidos. A atividade das Práticas em Atenção à Saúde (PAS) encontra seus maiores desafios no uso dos espaços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na relação com a equipe multiprofissional das unidades de saúde. O feedback avaliativo é prática bastante utilizada pelos docentes, sendo que 47,62% receberam capacitação para essa realizar essa função. A maior demanda de docentes e funcionários administrativos é por treinamento prévio, anterior ao início das atividades, e capacitação continuada. Esses achados são valiosos e servirão de base para guiar as propostas de desenvolvimento docente da FMS.

INTRODUÇÃO

No início e no final do Século XX aconteceram dois pontos antípodas que foram revolucionários na educação médica. Em 1910 Abraham Flexner publicou seu famoso relatório *Medical Education in the United States and Canada*, com imediata repercussão nas escolas médicas da América do Norte e impacto igualmente revolucionário no resto do mundo para os anos subsequentes. Sua proposta indicava critérios que se prestavam a ser seguidos para a adequada formação de médicos e serviu de modelo, repetido universalmente para inúmeros cursos de medicina¹.

Em 2001, no Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina foram publicadas como o produto de longo trajeto iniciado algumas décadas antes, em que se discutia a obsolescência do modelo Flexneriano². Essas discussões receberam visibilidade e oficialização em 1991, quando a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e outras instituições relacionadas com a atividade profissional médica se reuniram para formar a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), cujo objetivo fundamental era avaliar a educação médica e estimular maneiras mais modernas de preparar profissionais médicos do Século XXI para integrar o sistema de saúde³.

O curso da Faculdade de Medicina de Sorocaba (FMS) é muito antigo para os padrões brasileiros, foi o primeiro a se estabelecer fora de uma capital, inaugurado em 1950, cronologicamente o terceiro curso médico criado no estado de São Paulo⁴. O currículo do novo curso inaugurado na FMS seguiu rigorosamente o que se praticava na Faculdade de Medicina de São Paulo da Universidade de São Paulo (USP), que inclusive colaborou cedendo parte de seu corpo docente para assumir as cátedras da FMS. A Faculdade de Medicina de São Paulo, fundada em 1913, recebeu enorme influência dos conceitos descritos no Relatório Flexner, impulsionada pela Fundação Rockefeller⁵.

Entre as décadas de 1950 e 1990, ocorreram mudanças muito pontuais e pouco significativas no curso médico da FMS, que sempre gozou de bom nome, por conta de seu corpo docente e por conta de seus egressos^{4,6}. A partir de 1980, a crise no ensino médico ficou evidente em todo o Brasil com modificações induzidas pelo descontrole na abertura de novos cursos de medicina e pelas novas necessidades advindas do avanço científico da medicina e das mudanças nas práticas de assistência à saúde⁷.

O maior exemplo dessas novas necessidades ficou caracterizado na Constituição de 1988, na qual a saúde ficou consignada explicitamente como direito do cidadão e dever do Estado no Art. 6º e no Art. 196 que reafirma que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁸

Nessa direção, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 19/9/1990, pela Lei nº. 8.080, que indica entre as condições para dar suporte às atividades necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde as Instituições de Ensino Superior (IES), que também estariam na organização e no funcionamento dos serviços e teria o próprio SUS como o cenário próprio para a formação das forças de trabalho das áreas da saúde, portanto a parceria com IES sempre foi fundamental para o SUS⁸. Ou seja, a criação da FMS se inseriu exatamente na metade dos pontos cruciais para a prática de ensino/aprendizagem em medicina do Brasil: a incorporação dos conceitos de Flexner e as novas necessidades curriculares do final do Século XX.

Em 1999, a FMS recebeu visita de especialistas no ensino médico *in loco*, enviados pelo Ministério da Educação (MEC), que enviaram um documento com as suas impressões sobre as condições de ensino na FMS, propiciando reflexões entre gestores, discentes e docentes⁶. Tendo em vista as mudanças no ambiente externo, no mercado de trabalho, das novas necessidades decorrentes da redemocratização e da criação do SUS, e sob o impacto das informações contidas no relato dos experts do Ministério da Saúde (MS), a gestão da FMS instituiu comissão de professores, estudantes e funcionários técnico-administrativos para elaborar projeto de novo currículo, que deveria surgir, a partir da discussão coletiva e da necessária capacitação docente, e que seria implementado paulatinamente^{9,10}.

Segundo consta no próprio Projeto Pedagógico Curricular (PPC) do curso de Medicina da FMS, produto desse processo, os pontos basilares da proposta eram a extensão do internato para dois anos, a incorporação de metodologias ativas de aprendizagem, a ampliação de cenários de prática na atenção primária, a inserção precoce do estudante no contato com o

paciente e a inserção das disciplinas clínicas logo nos primeiros períodos do curso¹¹.

Houve o pontapé inicial da gestão local do curso, em seguida tivemos a aprovação e o apoio da Reitoria da PUC/SP e da mantenedora (FUNDASP), buscou-se a aprovação dessa proposta pelos gestores municipais e estaduais de saúde, que eram alguns dos cenários nos quais nosso curso acontecia e conseguimos também o apoio financeiro e reconhecimento externo com a aprovação do projeto como um dos 20 melhores submetidos ao Programa de Incentivo às Reformas Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED), do MEC¹².

Isso tudo convergiu para que em 2006 já tivesse tramitado e sido aprovado internamente o novo currículo para a turma ingressante naquele ano. Concomitantemente, foram implementadas importantes adaptações para os anos que ainda seguiam o currículo anterior⁸. O currículo foi finalizado e enviado para as instâncias, mas quais deveria ser aprovado e registrado. Sabiamente, o documento original já previa reavaliações periódicas, com vistas a corrigir o que não se mostrasse eficiente, ou o que fosse considerado ultrapassado com o passar dos anos, ou que não tivesse se mostrado viável, prevendo a incorporação de novas práticas que se mostrassem benéficas em outros locais ou na literatura¹².

Como todo currículo, estava claro que ele era um “instrumento vivo”, com evoluções constantes. Isso fez com que na implementação da nova versão das DCN, fosse possível em 2014 nova reforma curricular, propondo-se a implantação do internato de dois para três anos, diminuindo o período do ciclo básico do curso (de quatro para três anos). Além disso, foi proposto um reagrupamento dos módulos, permitindo um período efetivo de recuperação para os alunos com aproveitamento insatisfatório e um módulo eletivo para os alunos com aproveitamento satisfatório^{11,12}.

Além dessas revisões periódicas, em parte esperadas, formais e previstas, sempre existem outras circunstâncias que levam a modificações daquilo que está escrito nos documentos oficiais e que serão implementadas pelas práticas cotidianas e pela simplificação de etapas, incorporadas ao longo dos anos pelos verdadeiros usuários do currículo, que são os atores do processo, ou seja, os docentes e os discentes. Ademais, o corpo docente de uma faculdade pode ser comparado a um equilíbrio dinâmico, cujo coletivo se renova constantemente, pressupondo saídas por aposentadoria ou morte e entradas de outros professores. Esses novos professores não terão a memória do que era o curso antes e, muitas vezes não receberam o necessário treinamento para dar início às suas atividades nas práticas pedagógicas que participarão e que foram previstas no PPC.

A responsabilização pelas práticas desenvolvidas na FMS fora definida de maneira cartorial pelos Estatuto e Regimento Geral da PUC/SP, pelo Regimento Interno do Curso, documentos que devem ser respeitados por todos e supervisionados pela Diretoria e pela Coordenação Acadêmica, subsidiados pelas várias comissões que se responsabilizam pelo assunto.

A despeito de esforços institucionais pelo zelo das atribuições individuais e do cumprimento das obrigações acadêmicas, torna-se impossível analisar e acompanhar o que acontece na intimidade do processo de ensino-aprendizagem ao longo do ano letivo em todas as séries do curso. Isso propicia que as mudanças, os atalhos nos processos, os desrespeitos às técnicas de ensinagem e aos programas das atividades, inserindo alguns assuntos, subtraindo outros, possam ocorrer com maior ou menor intensidade, geralmente contando com a cumplicidade entre professores e alunos.

Informalmente, percebe-se que algumas práticas recebem avaliações melhores ou piores por parte de docentes e discentes. Há algumas atividades para as quais observa-se não fidelização por parte de docentes, fazendo com que exista renovação constante naqueles que se propõe em participar delas. A mentoria, por exemplo, sofre com essa situação. No presente ano não conseguimos o número necessário de docentes para assumir essa atividade, sendo necessário adaptar os grupos de estudantes, aglutinando-os em número maior do que o previsto no PPC, justamente porque não tivemos professores interessados.

Outra prática que é fruto de críticas frequentes são aquelas práticas de avaliação que impliquem em devolutiva (feedback) analítico. São inúmeras as críticas ouvidas nos corredores e, na prática, os conceitos atribuídos pelos professores que fazem o feedback são habitualmente iguais para todos os estudantes avaliados, o que sugere fragilidade no processo.

Há outras práticas que implicam em técnicas consagradas, como o próprio feedback, por exemplo, a metodologia de Problematização e o Aprendizado Baseado em Problemas (ABP), para as quais os docentes envolvidos obviamente necessitam de capacitação. Porém, por conta de problemas internos, por conta da dinâmica das contratações, entre outras coisas, a FMS não oferece capacitação regular de docentes para essas finalidades, e o professor recém-contratado é liberado para executar a técnica pedagógica que fará, após acompanhar como observador algumas (poucas) sessões de tutoria. Tampouco há programação de educação continuada institucional para os docentes que já estão em atividade.

Decorridos 18 anos, interessou-nos conhecer como estariam se desenvolvendo algumas das práticas propostas no PPC vigente em 2024.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Casuística

Foram convidados a participar através de links, encaminhados pelo WhatsApp, todo o corpo docente e funcionários técnico-administrativos da FMS que desempenham atividades profissionais relacionadas às práticas pedagógicas e administrativas. Estimamos em 190 docentes ativos que participam no curso de Medicina e 30 funcionários técnico-administrativos o universo atual da FMS. A expectativa era conseguir 30% de respondentes em cada categoria, portanto, seriam 57 docentes e 10 funcionários técnico-administrativos respondentes aos questionários.

Após o convite e a divulgação dos links, que ficou aberto coletando respostas de 04 a 11 de novembro de 2024, conseguimos a participação de 95 docentes (50%) e 12 funcionários técnico-administrativos (40%).

Metodologia

Pré-teste – Foram desenvolvidos questionários dirigidos para cada um dos grupos participantes, adaptando as questões para o *Google Forms*® e considerando que seria importante a análise externa sobre o uso desses instrumentos de pesquisa. Portanto, foram convidados cinco professores e cinco funcionários técnico-administrativos para responderem os seus respectivos questionários, solicitando expressamente sugestões para aprimorar o processo. Assim, de 27 de outubro a 3 de novembro de 2024, surgiram algumas propostas que foram compiladas e incorporadas aos questionários.

Aplicação dos questionários – Os questionários específicos para cada um dos segmentos analisados (corpo docente e funcionários técnico-administrativos) foram enviados junto com a explicação da proposta e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por WhatsApp para os participantes da pesquisa. Consideramos concordes em participar aqueles que prosseguiram às respostas após assinalarem isso na página do TCLE. A pesquisa somente iniciou a fase de coleta de material após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua reunião ordinária que aconteceu em 22 de outubro de 2024, com CAAE nº 83451124.0.0000.5373.

Os links enviados aos participantes, contendo a explicação sobre a proposta, o direcionamento para os questionários, o TCLE e o questionário ainda estão disponíveis, mas fechados para o recebimento de novos participantes. É possível acessar o conteúdo para docentes em: <https://forms.gle/Mjtr3MjkBYQs6UQt8>; e para funcionários técnico-administrativos em: <https://forms.gle/Q1pUKrY9C2QZ5CfS6>. Os resultados obtidos no Google

Forms® foram reunidos em planilhas do próprio aplicativo e oferecidas no formato de gráficos e tabelas.

Docentes

Características do grupo docente – Tivemos 95 docentes participantes. Desses 53 (55,79%) ingressaram na FMS após a reforma curricular de 2006. Com relação à formação profissional dos docentes participantes, são 5 biólogos, 2 enfermeiras, 1 nutricionista, 1 biomédico, 1 psicóloga, e 1 dentista. O demais, 84 profissionais (88,42%), são médicos de diferentes especialidades.

Os docentes podem ter atividades em mais de uma das séries, assim, eles se distribuíram com 24 que atualmente participam do 1º Ano; 10 atuando no 2º Ano; 29 no 3º Ano; 46 no 4º Ano; 52 no 5º Ano; e 42 no 6º Ano. Ou seja, todas as séries do curso de Medicina tiveram docentes que atuantes representando cada uma delas.

Atividades curriculares que os docentes participam – para melhor compreensão das atividades pedagógicas oferecidas no curso de Medicina da FMS, descrevemos brevemente a que corresponde cada uma daquelas citadas:

- *Sustentações Teóricas* – aulas teóricas convencionais, ministradas às turmas completas, geralmente em grandes anfiteatros, propiciam completar conhecimentos discutidos ao longo da semana nos problemas, que já tiveram seu fechamento. Atividades restritas aos 1º, 2º e 3º anos.
- *Sustentações Aplicadas* – correspondem às aulas práticas, em 4 subturmas de $\frac{1}{4}$ da classe com atividades de laboratório de microscopia, fisiologia, biologia celular etc. Atividades restritas aos 1º, 2º e 3º anos.
- *Habilidades* – atividades específicas de anamnese, propedêutica e raciocínio clínico. Desenvolvidas ao longo dos primeiros três anos, permitem abordagem de complexidade progressiva, iniciando no 1º ano com comunicação médico-paciente com vistas a obter a anamnese, juntamente do reconhecimento da normalidade no exame físico; no 2º ano, com o foco maior é semiologia; e no 3º ano, a ênfase é no raciocínio clínico. Os grupos têm entre 10 a 12 alunos assistidos por um professor fixo ao longo do ano.
- *Tutoria* – atividades que se baseiam na técnica de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou na terminologia original, *Problem Based Learning*, PBL). São grupos de 10 a 12 alunos com um tutor, com rodízio nos dois semestres, atividade restrita aos primeiros 4 anos do curso.

- Estudos Orientados (mentoria) – grupos de 10 a 12 alunos se reúnem em conjunto com um professor que deve acompanhá-los do primeiro ao terceiro ano, com os objetivos de suporte para aprendizagem com as metodologias do PPC, apoio psicológico para as vicissitudes que traz a vida universitária, morar fora de casa e a complexidade do curso médico, bem como discutir técnicas de autoestudo, organização para elaborar seus currículos pessoais e resolução de conflitos que surgirem. Restrita aos primeiros três anos do curso.
- Práticas de Atenção à Saúde (PAS) – atividades centralizadas basicamente nas Unidades Básicas de Saúde, ocorrendo desde o primeiro ano do curso e que continuam no internato com o estágio curricular de Saúde Coletiva. As turmas são divididas em grupos de 10 a 12 alunos e tem o suporte de um professor com experiência em Atenção Primária e que acompanhará o seu grupo por um ano. Usa a estratégia pedagógica da Problemáticação e tem como instrumento avaliativo o portfólio.
- Atividades Clínicas/Cirúrgicas do Internato – estágios rotativos em rodízio das cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetrícia) que acontecem nos três anos do Internato.
- Outras atividades – não ficou muito claro a que se referem essas atividades, mas suponho que os professores que a assinalaram pretendam citar atividades incluídas em seus contratos e que aconteçam exclusivamente na Residência Médica e/ou nos Programas de Pós-graduação senso estrito.

Entre as atividades pedagógicas praticadas pelos professores participantes na pesquisa tivemos 79 professores que tem inserção no Internato, nas diversas atividades clínicas/cirúrgicas nos cenários de prática, sendo que 23 deles atuam exclusivamente no internato atualmente. Há ainda 37 professores que atuam nas Sustentações Teóricas, 21 que estão participando das Sustentações Aplicadas, 20 professores que estão participando das atividades de Mentoria, 17 professores que atuam em Tutoria, 16 atuam em Habilidades, 7 atuam nas Práticas em Atenção à Saúde (PAS), há ainda 18 professores que exercem outras atividades que não se incluem nas anteriormente citadas.

Atividades pedagógicas que implicam em treinamento prévio – focamos em investigar, principalmente, as práticas pedagógicas que necessitam de treinamento prévio, como a Problemáticação, ABP e a prática

do feedback avaliativo. O PPC do curso de Medicina da FMS preconiza que essas práticas pedagógicas sejam utilizadas, respectivamente nas Práticas de Atenção à Saúde (Problematização), Tutoria (ABP) e feedback avaliativo (nas avaliações somativas em que se usa o portfólio, Mini-CEX, discussões de casos clínicos e relatos de caso).

Considerando-se, portanto, as atividades de tutoria, mentoria e PAS como práticas peculiares que implicam em treinamento para o desempenho adequado. Sabemos que há 54,74% dos docentes participantes dessa pesquisa que se integraram ao corpo de professores da FMS após a aprovação do novo PPC, portanto não participaram do processo de treinamento oferecido no momento da reforma curricular original, de 2006.

Verificamos que, entre os 20 professores que atuam em ABP (tutoria), 6 foram admitidos após 2006, sendo que desses, 5 receberam algum tipo de capacitação ou treinamento para exercer as atividades em ABP. A docente que não recebeu capacitação manifesta seu descontentamento com essa situação, ela foi contratada no presente ano e afirma textualmente que:

Não recebi nenhum treinamento para a realização do trabalho de tutoria. Entendo que esta ausência, certamente, comprometeu meu desempenho junto aos alunos. Apesar de minha experiência prévia na docência, isso não aconteceu no modelo PBL. Desta forma, suas peculiaridades e, sobretudo, objetivos não foram compartilhados. Acredito ser uma falha grave por se tratar da formação de nossos alunos. (Docente 1, contratada em 2024)

Com relação à atividade denominada Estudos Orientados (mentoria), temos 20 professores de nossa casuística que a exercem presentemente. Desses, seis foram contratados após a implantação da reforma curricular e três afirmaram ter recebido treinamento para a atividade. Entre os que não receberam treinamento destacamos a manifestação de um deles, contratado em 2020: *“(não ter recebido o treinamento para a mentoria me provoca) Sensação de insegurança mediante o não preparo prévio”*. Por outro lado, um professor que recebeu esse treinamento e afirmou que

Foi muito importante ter participado do treinamento da Mentoria. Acredito que foi relevante para poder atuar da melhor forma possível! Foram momentos agradáveis de muita troca e aprendizado. (Docente 2, contratado em 2018)

Para prática do PAS, tivemos sete professores que atualmente a exercem, sendo que todos nessa amostragem foram integrados às atividades na FMS após 2006. Há apenas um deles que relata ter sido treinado para atuar no PAS, os demais não receberam nenhuma forma de treinamento. Alguns dos comentários sobre não ter recebido treinamento foram:

A falta de treinamento pode afetar a qualidade no ensino devido à falta de um padrão ou metas a serem atingidas. (Docente 3, contratado em 2016)

Não receber o treinamento dificultou a minha trajetória inicial e trouxe insegurança. (Docente 4, contratado em 2020)

Apliquei o que já sabia da matéria por ser ex-aluna da PUC. (Docente 5, contratado em 2023)

Quando iniciei fiquei bastante perdida sobre o que e como fazer. Quando entrei logo veio a pandemia, assim me senti mais perdida, uma vez que nunca tinha tido experiência como professora. (Docente 6, contratada em 2020)

Em contraposição, o docente que teve treinamento para o PAS afirmou que: “Foi importante para adaptação à disciplina” (Docente 7, contratado em 2018).

Descontinuação de práticas pedagógicas – Há 46 professores que interromperam alguma atividade que faziam anteriormente. Desses, 15 participaram das atividades de Habilidades e presentemente não mais participam delas. Houve 7 deles que se transferiram para atividades de suas respectivas áreas de atuação no internato ou em outro cenário; 1 dos docentes parou de participar das habilidades porque assumiu atividades administrativas; e outros 2 porque tinham contrato por tempo determinado para essa prática. Os demais alegaram que a mudança do horário e dia da semana em que acontecem as atividades de Habilidades os impediu de continuar, ou houve o desejo de mais tempo livre. Nenhum justificou por conta de problemas próprios do tipo de atividade.

Tivemos 13 docentes que participaram da mentoria e não o fazem mais presentemente, entre os motivos apresentados, dois afirmaram que foi porque sua carga horária contratual estava sendo excedida; dois outros porque o dia e horário em que acontece a mentoria (sextas-feiras, das 13h30 às 15h30 não são adequadas para eles); e dois justificaram porque preferiram se dedicar ao internato. Para os demais sete professores a interrupção das

atividades de mentoria se deveu a problemas intrínsecos dessa atividade, como, por exemplo:

Dificuldade de abordagem com os alunos. (Docente 8, contratado em 2018)

Falta de uma programação definida. (Docente 9, contratado em 1999)

As coisas foram mudando... (Docente 10, contratada em 1993)

... não concordância com o desenvolvimento de Estudos Orientados (mentoria). (Docente 11, contratado em 1985)

Com relação ao PAS, 12 professores participaram em algum momento dessas atividades e atualmente não mais o fazem. Sendo que 3 deles informaram que direcionaram sua carga horária contratual para as práticas de suas respectivas especialidades no internato. Houve 3 que reduziram sua carga horária por interesse pessoal ou porque o horário do PAS era incompatível com sua agenda pessoal. Entretanto, 7 dos docentes responderam com críticas ao modo como se processa o PAS, por exemplo:

Falta de estrutura adequada para receber os alunos nesses cenários! (Docente 12, contratado em 2008)

Porque resolveram dividir a carga horária do PAS com IPT (*), o que é um disparate inaceitável considerando a má formação dos alunos em atenção básica. (Docente 13, contratado em 2007)

Não tinha afinidade com o pensamento dos docentes que coordenavam essas atividades. (Docente 14, contratado em 2007)

Distância do *Campus*, falta de preparo para a atividade, desorganização. (Docente 15, contratado em 1997)

Tivemos 9 professores que atuavam em Tutoria e interromperam essas atividades atualmente. Como justificativas apresentadas, 2 afirmaram que preferem atuar em suas respectivas áreas de expertise, 5 relacionaram sua interrupção nessa atividade porque direcionaram alguma outra atividade dentro do próprio curso ou externa à FMS.

Foram 3 professores que atuaram nas atividades clínico/cirúrgicas do

internato e que não a exercem mais atualmente, todos os 3 justificam essa interrupção por motivos pessoais de redução de carga horária contratual.

Dificuldades apontadas para desenvolver as Práticas em Atenção à Saúde (PAS) – Investigando-se as dificuldades que os professores possam ter enfrentado para atuar em algumas das atividades, questionamos especificamente sobre o que dificultou a atividade docente nas Práticas em Atenção à Saúde (PAS). Foram 20 os docentes que responderam essa questão, sendo que 2 professores afirmaram que não tiveram nenhuma dificuldade, e ambos continuam nessa atividade.

Os demais professores apresentaram alguns motivos que determinaram dificuldades no desenvolvimento de suas tarefas docentes no PAS. Alguns deles apresentaram mais de uma justificativa, dessa forma para os 18 professores com dificuldades no PAS, foi possível aglutinar suas respostas segundo a semelhança da situação em 5 itens, que pode ser observado no Quadro 1.

(*) IPT = atividade obrigatória nos cursos da PUC/SP relacionada à inserção de princípios de teologia intrínsecas à formação profissional daquele curso.

Quadro 1 – Dificuldades relatadas pelos professores que já participaram da atividade pedagógica PAS, classificadas segundo a semelhança da situação

TIPO DE DIFICULDADE	N
Má aceitação pela equipe multiprofissional de saúde da UBS/Interferência dos estudantes na dinâmica da UBS	8
Problemas com o grupo de docentes do PAS/Problemas com a gestão do PAS	8
Espaço físico das UBS inadequado para receber os estudantes e professor	5
Falta de interesse/motivação dos alunos pela atividade do PAS	4
Assincronia entre a teoria e a prática/desrespeito ao projeto original do PAS no PPC	3
TOTAL	28

Fonte: elaboração própria.

Dificuldades apontadas para desenvolver as Estudos Orientados (mentoria) – Também solicitamos para aqueles professores que participam ou participaram dos Estudos Orientados (mentoria) que apontassem os pontos positivos dessa prática acadêmica, quais as fragilidades e quais sugestões apresentam para aprimorar tal prática. Como resultado, 32 professores responderam ter participado, desses, 19 ainda permanecem nessa atividade e outros 13 deixaram de fazê-la.

Com relação aos pontos positivos dos Estudos Orientados (mentoria), 32 professores responderam, alguns citando mais de um ponto positivo. Dessa forma, as respostas aglutinadas em temas semelhantes tiveram a distribuição que pode ser verificada no Quadro 2.

Quadro 2 – Pontos positivos na atividade curricular de Estudos Orientados (Mentoria) segundo os professores que dela já participaram

PONTO POSITIVOS	N
Envolvimento do Mentor com o aluno/Propiciar a transformação do aluno	12
Apoio ao aluno em questões emocionais/redução do estresse do aluno	10
Orientação personalizada ao aluno	10
Apoio ao aluno em questões acadêmicas/curriculares	8
Orientação profissional/profissionalismo médico	6
Ambiente seguro para o aluno/fidelização do professor ao grupo de alunos	2
TOTAL	48

Fonte: elaboração própria.

Para a análise das maiores fragilidades dessa atividade tivemos várias observações reunidas por semelhança e incluídas no Quadro 3. Houve 3 professores que consideraram que não há fragilidades.

Quadro 3 – Fragilidades da atividade curricular de Estudos Orientados (mentoria) segundo os professores que dela já participaram

FRAGILIDADES	N
Falta de capacitação prévia e continuada	19
Falta de definição pela coordenação de programa comum a todos os mentores	8
Horário (sexta-feira de tarde) inadequado	4
Pouco envolvimento do tutor/ incapacidade do tutor em resolver problemas	4
Mentoria somente até 3º ano	3
Imaturidade dos alunos	3
Dificuldades para se medir os resultados	3
Impossibilidade de aluno escolher seu tutor	2
Grupos muito grandes são desestimulantes	2
Uso da mentoria como ouvidoria	1
TOTAL	49

Fonte: elaboração própria.

Por fim, solicitamos aos professores que relatassem sugestões para aprimorar as atividades de Estudos Orientados (mentoria). Dois professores aproveitaram o espaço para tecer elogios à atividade e um professor afirmou não ter nenhuma sugestão. As demais sugestões foram organizadas em itens por semelhança e estão relacionadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Fragilidades da atividade curricular de Estudos Orientados (mentoria) segundo os professores que dela já participaram

SUGESTÕES	N
Capacitação inicial e permanente para os professores mentores	14
Definição de programa comum a todos os mentores/definição dos objetivos da mentoria para cada série (1ª, 2ª e 3ª séries)	8
Modificar o horário em que ela acontece atualmente	4
Criar instrumento de avaliação	3
Mentoria até 6º ano	1
Não “engessar” a atividade de mentoria, obedecer às demandas específicas de cada grupo	1
Incorporação de diferentes métodos de mentoria	1
Permitir que o aluno escolha seu tutor	1
Deixar que a atividade voluntária para o aluno	1
Incluir a participação de profissionais da saúde mental	1
Não quebrar a continuidade das reuniões dos grupos com palestras para a classe toda	1
Criar ambiente seguro e confidencial	1
Aumentar o número de professores mentores	1
Valorizar a hora-aula para essa atividade	1
TOTAL	39

Fonte: elaboração própria.

Dificuldades apontadas para desenvolver as atividades de feedback
– Entre os 95 participantes, tivemos 84 professores que usam estratégias de feedbacks formativos em suas práticas pedagógicas. Foram 40 os professores que relataram ter recebido treinamento prévio para o uso de técnicas de devolutivas. Há 10 professores que não gostariam de receber treinamento, sendo que desses, 2 não receberam o treinamento prévio.

Questionados os professores que executam as atividades de feedback avaliativo sobre quais eram as dificuldades para essa prática, tivemos 12 que disseram não ver dificuldades e 2 que não sabiam apontar quais seriam as dificuldades. Os demais fizeram vários comentários classificados segundo o tema e estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Dificuldades que os professores relataram para proceder o feedback avaliativo aos estudantes

DIFICULDADES PARA PROCEDER AO FEEDBACK AVALIATIVO	N
Tempo restrito	15
Falta de capacitação inicial e permanente para os professores mentores	12
Dificuldade do aluno em aceitar críticas	9
Ausência de espaço protegido para devolutivas individuais	7
Falta de educação continuada/aprimoramento para quem já faz o feedback avaliativo	7
Instrumento de avaliação inadequado/não condiz com o projeto de ensino	6
Não conhecer adequadamente os alunos antes do feedback	4
Falta de clareza/objetividade ao proceder o feedback	4
Dificuldade em apontar as fragilidades	3
Não ter a certeza de que o aluno vai seguir as recomendações	3
Fazer o feedback sem julgamento	2
Maior transparência nos critérios de avaliação	1
Impossibilidade do contraditório	1
Número excessivo de alunos para as devolutivas	1
Necessidade de padronização	1
Desinteresse dos alunos para receber o feedback	1
TOTAL	77

Fonte: elaboração própria.

Por fim, no espaço aberto em que convidamos os professores para fazer algum comentário, crítica ou sugestão para o PPC do Curso de Medicina da FMS, obtivemos várias sugestões. Tivemos 8 professores participantes da pesquisa que preferiram não fazer nenhum comentário. As observações foram aglutinadas entre comentários com elogios (Quadro 6A), críticas (Quadro 6B) e sugestões (Quadro 6C).

Quadro 6A – Elogios ao PPC do Curso de Medicina da FMS e à proposta da pesquisa

ELOGIOS AO PPC OU À INICIATIVA DESTA PESQUISA	N
Metodologia proposta no PPC é adequada	6
Parabéns pela iniciativa desta pesquisa	5
As atividades práticas são importantes/cumprem seu papel	3
Considero minhas atividades satisfatórias	2
O curso oferece diversidade de cenários de prática	2
TOTAL	18

Fonte: elaboração própria.

Quadro 6B – Críticas ao PPC do Curso de Medicina da FMS

CRÍTICAS AO PPC OU À INICIATIVA DESTA PESQUISA	N
Avaliação não adequada	21
Falta de uniformidade na atuação docente	5
Bloqueio à ascensão na carreira docente	4
Baixa remuneração docente	3
Dificuldades de atuação nos cenários de prática (espaço físico inadequado/ os docentes não prestam a assistência médica)	3
Faltam aulas teóricas	2

Desinteresse dos docentes	1
Há uma tendência (inadequada) de retomada das aulas teóricas	2
Deficiência de conhecimento teórico em áreas básicas (Anatomia, Fisiologia, etc.)	1
Falta de infraestrutura (laboratórios) adequada	1
Ausência de recursos tecnológicos	1
Conflito com a gestão superior da universidade	1
É um equívoco estimular o autoaprendizado do estudante	1
TOTAL	46

Fonte: elaboração própria.

Quadro 6C – Sugestões ao PPC do Curso de Medicina da FMS

SUGESTÕES AO PPC OU À INICIATIVA DESTA PESQUISA	N
Oferecer capacitação docente continuada/prévia ao início das atividades docentes	29
Encontros da Coordenação/Gestores locais com a comunidade docente	7
Fomentar as práticas interprofissionais/multiespecialidades	5
Criar programas de apoio psicológico para os estudantes	2
Integração dos conteúdos das diferentes atividades dos módulos	1
Inserir as práticas de extensão em todas as séries do curso	1
Reformular o internato da área cirúrgica	1
Estímulo aos soft skills (habilidades de comunicação/empatia/trabalho em equipe)	1
Retomar o uso das notas 'numéricas' e não os conceitos	1
Criação de um checklist de habilidades necessárias para o Internato	1
Revisão do PPC atual	1

Tempo protegido para capacitação docente	1
Fazer mais uso de atividades interativas/lúdica	1
Equilíbrio entre prática médica e teoria	1
Criação de protocolos assistenciais	1
Inserção de 'disciplinas' que necessitam de pré-requisitos das áreas básicas (Anatomia, histologia) no 6º Ano	1
TOTAL	55

Fonte: elaboração própria.

Funcionários técnico-administrativos

Os links para participação foram enviados para todos os funcionários técnicos e administrativos da FMS, contudo, somente responderam aos questionários parte dos funcionários que efetivamente exercem suas atividades profissionais com interface direta nas práticas docentes. Isso fica claro quando constatamos que entre os 12 funcionários participantes tivemos 3 que estão lotados na Diretoria, 2 nos Departamentos, 2 no Expediente Acadêmico, 2 na Secretaria Acadêmica, 1 nos Programas de Pós-Graduação estrito senso, 1 no Atendimento Comunitário e 1 nos Laboratórios.

Portanto, os funcionários técnico-administrativos que responderam foram praticamente apenas aqueles que tem vínculo direto com as atividades cuja interface é direta com as funções burocráticas/pedagógicas do curso e se sentiram confortáveis em participar da pesquisa. Se assim o considerarmos, houve maciça participação de funcionários, pois foram 11 em um universo de 15 que estão diretamente envolvidos com essas práticas (73,34%). Perguntados aos funcionários se os professores costumam seguir as determinações da Coordenação de Cursos com relação às tarefas administrativas habituais, houve disparidade nas respostas, como observado no Quadro 7.

Quadro 7 – Opinião dos funcionários técnico-administrativos se os professores seguem as orientações da Coordenação de Curso em relação às questões administrativas na gestão das atividades pedagógicas (elaboração de lista de presença, envio das listas de presença para inserir no Portal, correção de provas, zelo pela harmonia em sala de aula etc.)

OPINIÃO DOS FUNCIONÁRIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS SOBRE OS DOCENTES SEGUIREM OU NÃO AS DETERMINAÇÕES ADMINISTRATIVAS	N
A maior parte não segue	3
Alguns seguem	2
A metade segue	1
Muitos seguem	4
Quase todos seguem	2
TOTAL	12

Fonte: elaboração própria.

Perguntou-se em quais atividades pedagógicas os professores costumam expressar maior insatisfação em participar. Apresentamos as atividades que foram relatadas pelos docentes anteriormente e a opinião dos funcionários sobre o que costumam ouvir de reclamações dos docentes está relacionada no Quadro 8.

Quadro 8 – Opinião dos funcionários técnico-administrativos sobre quais atividades os professores costumam comentar que estão insatisfeitos

OPINIÃO DOS FUNCIONÁRIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS SOBRE OS QUAIS ATIVIDADES OS DOCENTES COSTUMAM RECLAMAR	N
Habilidades	5
PAS	3
Tutoria	5
Estudos Orientados (mentoria)	10

Sustentações Aplicadas	3
Sustentações Teóricas	2
Atividades Clínicas/Cirúrgicas do Internato	0
TOTAL	28

Fonte: elaboração própria.

Perguntou-se sobre a prontidão em responder às demandas para algumas atividades administrativas, como por exemplo a correção de provas. As opiniões dos funcionários técnico-administrativos estão relacionadas no Quadro 9.

Quadro 9 – Opinião dos funcionários técnico-administrativos sobre se os professores respondem prontamente às necessidades administrativas, por exemplo, na correção das provas

OPINIÃO DOS FUNCIONÁRIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS SOBRE A PRONTIDÃO DE RESPOSTA DOS DOCENTES NA CORREÇÃO DE PROVAS	N
Nenhum atende	0
A maior parte não atende	3
Alguns atendem	2
Muitos atendem	6
Todos atendem	1
TOTAL	12

Fonte: elaboração própria.

Inquiridos sobre de quem é a atribuição de inserir as avaliações (inserir no portal) os conceitos dos alunos, os funcionários se dividiram entre 7 deles que afirmaram ser atribuição do Coordenador do Eixo e 5 afirmando ser responsabilidade do professor responsável pela atividade.

Foi perguntado se os funcionários já receberam, ou participaram de alguma atividade de capacitação ou treinamento sobre as práticas pedagógicas aplicadas no curso de Medicina, com o objetivo de entender melhor como ela se processa. Tivemos uma participante que afirmou ter feito treinamento para a tutoria, e era funcionária da diretoria. Houve uma resposta que referiu ter participado de capacitação para a atividade de Estudos Orientados (mentoria) e que exerce suas atividades profissionais no setor de Atendimento Comunitário, responsável pelo suporte psicológico aos estudantes. Houve 10 dos 12 funcionários que nunca receberam treinamento ou capacitação para conhecer como se processam as atividades docentes.

Por fim, foi aberta a oportunidade de que os funcionários se expressassem a respeito das práticas pedagógicas do Curso de Medicina da FMS. Houve 4 participantes que sugeriram a capacitação e treinamento continuado dos funcionários, sobre como se processam as atividades pedagógicas do curso de Medicina e qual é o papel esperado para os funcionários nessas atividades. Houve ainda diferentes críticas relativas àquilo que os funcionários observam do curso de Medicina da FMS. Essas críticas estão relacionadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Críticas dos funcionários técnico-administrativos sobre as atividades pedagógicas do curso de medicina da FMS

CRÍTICAS DOS FUNCIONÁRIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS SOBRE AS ATIVIDADES PEDAGÓGICAS DO CURSO DE MEDICINA DA FMS	N
Necessidade de capacitação docente e de funcionários	2
Incrementar o uso dos laboratórios para aulas práticas	1
Atualização dos protocolos de aulas práticas nos laboratórios	1
Muitas atividades específicas de docentes são executadas pelos funcionários administrativos	1
Dificuldades na aplicação/correção de provas	1
Desorganização de alguns professores leva a perda de tempo de funcionários e dos alunos	1
Pouco uso de tecnologia para os trabalhos dos docentes e funcionários	1
TOTAL	8

Fonte: elaboração própria.

Foi interessante observar que a análise dos funcionários, sobre a obediência dos docentes para as determinações administrativas que fazem parte das atribuições da docência, se distribuíram de maneira equilibrada para todas as diferentes possibilidades, igualmente sobre a observação dos prazos para a correção de provas. Solicitados a apresentar suas impressões sobre as práticas pedagógicas do curso de medicina da FMS, houve ênfase na necessidade de treinamento prévio/ educação continuada para as suas atribuições e a solicitação de que houvesse, de alguma forma, maior clareza do que se espera deles nas suas atividades profissionais.

Também apontaram que é importante mais treinamento para os próprios docentes. Por outro lado, questionados sobre quem é o responsável por inserir as notas e conceitos dos alunos no Portal, ficou claro que a atribuição é obedecida na forma que está designada nos instrumentos formais da FMS, ou seja, esse procedimento é de incumbência do professor que efetuou a avaliação ou do coordenador do eixo, a depender da série em que ocorre a avaliação.

Podemos considerar que a amostra de professores respondentes foi bastante satisfatória (participaram 95 dos 190 docentes que estão ativos e participam do curso de medicina da FMS, ou seja, 50% do universo de docentes) e representativa para nossa análise, pois há docentes que atuam em todos os 6 anos do curso de Medicina. Igualmente há número relevante de professores participantes de todas as modalidades pedagógicas do curso. Isso nos permite inferir que os resultados devem expressar a realidade da situação do curso.

O curso de medicina da FMS tinha se modificado muito pouco entre seus primeiros anos de funcionamento, na década de 1950, e o final dos anos 1990. No início do século XXI, as premissas que determinaram reavaliar o processo que se oferecia para a formação do médico egresso desse curso surgiram a partir das mudanças do cenário de atenção à saúde, do grande número de novos cursos de medicina, da rápida obsolescência do conhecimento médico e da sensação comum aos professores que a qualidade do curso, de alguma forma, se distanciava da excelência que já tinha oferecido. Essas foram algumas das causas da implantação de reforma curricular, colocada em prática a partir de 2001 e que ficou oficializada em 2006.

Essas premissas não eram exclusividade do curso de medicina da FMS, Machado, Caldas & Bortoncello⁹, da Faculdade de Medicina de Botucatu, afirmavam que no final dos anos 1990 havia a necessidade de mudanças nos cursos de medicina para que os "...modelos (de cursos de medicina) em que os processos de memorização e transferência unidirecional e fragmentada

de informações e habilidades sejam substituídos pelo autoaprendizado e pela educação permanente”⁹.

A reforma curricular que trouxe um novo PPC para a FMS incorporava algumas importantes mudanças nas práticas de educação médica, incluindo metodologias ativas de aprendizagem, o que enfatiza o autoaprendizado. Alguns dos professores que constavam na relação de professores antes de 2006 e que não estão mais hoje no corpo docente, solicitaram para sair por conta de não concordarem ou acreditarem nessas novas propostas.

Pavan, Senger & Marques⁶ procederam a análise de como foi a apropriação e a avaliação que os docentes do Curso de Medicina da FCMS-PUC/SP faziam após a implementação da reforma curricular em 2006. Os autores concluíram que, de maneira geral, os docentes tinham uma visão positiva sobre as mudanças desencadeadas pela reforma, com ênfase no papel ativo do aluno no processo de ensino-aprendizagem e no crescimento proporcionado ao professor, gerado pelo modelo pedagógico escolhido. Também consideraram que houve melhora na qualidade do curso e do médico formado. Embora bem avaliada, a mudança para um modelo interdisciplinar e as deficiências da estrutura física e dos equipamentos disponibilizados dificultavam o trabalho do professor. A dificuldade na avaliação do aluno e a falta de um plano de capacitação permanente do docente apareceram como os principais problemas a serem enfrentados na busca do aperfeiçoamento do curso. Isso foi verificado decorridos poucos anos da reforma.

Nesse hiato de quase 20 anos desde a implantação do novo PPC muitas coisas mudaram. Uma das mudanças que teve grande peso nas perspectivas do curso atual foram decorrentes da renovação do corpo docente. Comparando-se a relação de docentes de 2005 e a atual, observamos que em 2005 a FMS tinha 213 docentes que atuavam nos cursos então vigentes (Medicina, Biologia e Enfermagem), com 6 docentes afastados na ocasião, ou seja, eram 207 docentes ativos. Hoje são 208 docentes (sendo que desses, temos 7 docentes afastados por diferentes motivos) para os cursos de Medicina, Enfermagem e Programas de Pós-Graduação *senso estrito*, pois o curso de Biologia foi encerrado, ou seja, há 190 docentes ativos no curso de medicina. Se numericamente a diferença é pequena, a renovação foi bastante importante, pois 107 desses 190 (o que equivale a 56,32%) não faziam parte do corpo docente antes da reforma curricular. Entre os atuais 107 docentes que foram admitidos ao curso desde 2006, há 46 que foram admitidos entre 2007 e 2015, e 61 desde 2016.

Segundo Sobral¹³, a avaliação do processo ensino/aprendizagem é um fenômeno complexo porque envolve múltiplos e diferentes personagens

(estudantes, egressos, professores e gestores) e abrange múltiplos objetos. Isso repercute nas análises que se pretendem fazer dos cursos *persi*. O Projeto Pedagógico de um curso, para além de suas atribuições formais, carrega consigo a função que Pinto & Rangel¹⁴ denominaram *integradora* que une fundamentos e práticas, e a função *estruturante*, que articula e consolida a constituição e as perspectivas acadêmicas do curso, mas também tem a função *atualizadora*, que se propõe a reavaliações constantes de seus fundamentos e práticas. Dessa forma, qualquer análise de um curso deverá ser considerada sob a perspectiva dos diferentes personagens, ademais contemplar a aplicação dos instrumentos formais e à busca da condição dos egressos.

Entre as diferentes possibilidades que o PPC do Curso de FMS trouxe estão a metodologia ABP, a problematização (praticada na atividade denominada Prática em Atenção à Saúde) e a mentoria. Igualmente os instrumentos de avaliação somativa e formativa necessitaram ser adaptados^{15,16,17}. Da mesma forma, em algumas das práticas de ensino há implícita a prática do feedback para o aluno, que propicia analisar o real aprendizado com os acertos e erros dos estudantes¹⁸, porém a capacitação inicial em práticas de feedback ficou distante das práticas diárias docentes. Novos docentes nem sempre receberam a necessária capacitação nas práticas de feedback, de mentoria, do PBL e de outras peculiaridades do curso antes de iniciarem a praticá-las. Um currículo (ou o PPC) é processo dinâmico que necessita dar resposta às suas circunstâncias: as mudanças na sociedade, na prática médica e aos novos conceitos e novas propostas pedagógicas que se sucedem¹⁹.

Trabalhar com educação médica exercendo sua prática profissional para a qual você teve sua formação específica parece simples. Pois é comum a crença de que: “...*quem sabe fazer, sabe ensinar... deu sustentação à lógica do recrutamento dos docentes*”^{19, 20}. Porém é consenso que a profissionalização do professor de medicina é considerada como uma das estratégias para repensar a dinâmica da formação em saúde e que permite a ampliação de vínculo institucional dos professores, estimulando maior tempo de dedicação à escola¹⁹. Assim, nem sempre excelentes médicos serão excelentes professores de medicina.

Por outro lado, um médico especialista, que domina sua área de atuação habitualmente se sente confortável em acompanhar (ou ser acompanhado por) estudantes de medicina e residentes em sua prática profissional. Podemos constatar isso nesta pesquisa, quando percebemos que praticamente em nenhum momento houve críticas, sugestões ou demandas para as práticas desenvolvidas por professores que atuam no internato, em suas áreas de conhecimento. Porém, outras práticas pedagógicas necessitam

de capacitação e treinamento específicos para que sejam desenvolvidas com qualidade e com segurança pelos professores, esses são pressupostos para obter o ganho máximo dessas técnicas. Podemos constatar isso nas estratégias pedagógicas de ABP, Problemáticação, Mentoria e quando se utiliza de feedbacks avaliativos.

Não houve ciclos de capacitação para os novos docentes, tampouco houve atividades sistematizadas de educação continuada para os docentes mais antigos. Naturalmente que sempre existiram algumas capacitações pontuais, geralmente acontecendo por conta da iniciativa de diferentes gestões do Núcleo Docente-Estruturante e esses momentos de capacitação sempre contaram com o apoio Institucional. Contudo, superado o processo da reforma curricular, não havia verbas disponíveis para a educação continuada e a vinda de professores experts em temas de educação aconteceram exclusivamente pela generosidade desses colegas que gentilmente atendiam aos pedidos de professores da FMS. Essas atividades, não sistemáticas e, em parte improvisadas, sempre foram oferecidas a todos os docentes, mas tiveram participação pouco significativa, uma vez que não eram de participação obrigatória e tampouco tinham regularidade.

Defato, essa necessidade de capacitação para os professores que iniciam alguma prática pedagógica para a qual eles não foram especificamente preparados é algo que preocupa especialmente os diretamente envolvidos com o processo de ensino-aprendizagem. Para adiante disso, aqueles professores que receberam em algum momento o treinamento igualmente expressam sua insatisfação em não ter uma supervisão ou um local onde possam compartilhar suas dificuldades, e assim não tenham a prática qualificadora de educação continuada.

Fica evidente essa necessidade quando os professores são solicitados a opinar sobre as consequências de receber atribuição de uma prática pedagógica sem a necessária capacitação prévia. Em nossa amostra, entre os 20 professores que atuam com ABP, houve apenas um deles que não foi treinado para tanto, e ele afirma textualmente que considera “*uma falha grave*” não ter recebido essa orientação prévia.

O uso de ABP como estratégia pedagógica vai na direção do que preconizam as DCN, que definem a formação médica usando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento^{13,16}. Essa estratégia pedagógica não costuma ser familiar para professores do curso de medicina, assim, grande parte daqueles que participaram do estudo afirmaram ter recebido treinamento antes do início dessas atividades (19 em 20 foram treinados). Contudo, há ainda vários outros professores que atuam em ABP (pois são 10 a 12 docentes do 1º ao 3º

anos e ainda mais 4 no 4º ano, o que soma 36 a 40 tutores), muitos desses que não participaram respondendo a pesquisa, possivelmente teríamos um número maior de docentes que não foram satisfatoriamente treinados na metodologia se tivéssemos a oportunidade de ouvi-los, o que pode ser bastante preocupante.

A capacitação como uma demanda surge mais uma vez quando 29 (59,73%) das 55 sugestões incluem a capacitação docente como prática necessária. Essa demanda não é novidade, pois no estudo de Pavan, Senger & Marques⁶, que incluiu entrevistas com docentes da FMS poucos anos após a implementação do novo PPC, houve o registro de que a ausência de um plano de capacitação permanente aos docentes foi considerada como uma das principais falhas do curso¹². Mais interessante ainda é o fato de que os funcionários administrativos que participaram nesse estudo percebem essa situação e afirmaram ser uma medida necessária a capacitação dos docentes para algumas das práticas pedagógicas. Portanto fica claro que essa demanda por educação continuada é real e deve ser encarada para poder avançar na consolidação dos objetivos de aprendizagem relatados no PPC.

Outro ponto investigado foi a desistência em continuar atuando em alguma modalidade pedagógica. Ter participado de uma atividade e desistir de continuar pode ser um sinal de que ela apresenta problemas, assim solicitamos que nos indicassem os motivos que fizeram os professores interromperem essas atividades. Habilidades, Estudos Orientados (mentoria) e Práticas de Atenção à Saúde (PAS) foram as atividades que tiveram maior número de docentes que desistiram de atuar nelas.

Para as habilidades foram 15 os professores, entre os 95 respondentes, que deixaram essa prática. Todos eles justificaram a cessação de participar porque direcionaram essa carga horária para atividades do internato (em suas áreas de especialização), para horas administrativas, ou solicitaram redução de carga horária contratual por motivos pessoais. Nenhum deles justificou a interrupção de atuar nas habilidades por problemas intrínsecos dessa prática pedagógica. As habilidades, conforme descrito anteriormente, remetem às práticas de propedêutica, da semiotécnica do exame físico e do desenvolvimento de raciocínio clínico. São todas atividades que são relativamente familiares aos médicos, independentemente de sua especialidade. No planejamento pedagógico da FMS há um grande contingente de professores que atuam nessas atividades, pois são 10 a 12 professores nos primeiros 3 anos.

Aparentemente o grande número de vagas, aliado à baixa fidelização de professores nessas atividades acaba por oferecer espaço para novas

contratações. Para alguns, participar dessa atividade pode ser a porta de entrada na carreira docente, e o médico especialista que se integrou à FMS através das Habilidades, assim que surja uma oportunidade de vaga em sua área de formação em sua especialidade médica, ele pede a transferência para a especialidade, desligando-se das Habilidades.

Por outro lado, nos Estudos Orientados (mentoria) em nossa casuística tivemos 13 professores que interromperam essa atividade. Desses, 9 indicaram problemas específicos da mentoria, quer seja porque o dia e horário em que ela ocorre (sexta-feira, das 13h30h às 15h30h) são considerados por eles como 'inadequados', ou por queixas relativas à falta de programação previamente definida, discordância como a atividade é conduzida pelos coordenadores, ou pelo desinteresse dos alunos. Na apresentação de fragilidades da mentoria, mais uma vez surge a falta de treinamento prévio e falta de treinamento continuado para os mentores. Além dessa situação há queixas de ausência de programa comum a todos os tutores de um determinado ano, dificuldades para se medir os resultados e incapacidade do tutor em resolver problemas. Alguns desses problemas são detectados pelos funcionários técnico-administrativos, pois segundo foi respondido por eles, a mentoria é a atividade que os docentes mais reclamam de exercer.

Mas tivemos também destacados os pontos positivos da mentoria, sobretudo o efeito benéfico no envolvimento pessoal do Mentor com os seus alunos, contribuindo para a transformação pessoal, reduzindo o estresse de um curso de medicina e permitindo a orientação personalizada do aluno.

Surgiram também algumas sugestões que (de novo) implicam em estabelecer capacitação prévia e estabelecer educação continuada para os professores-tutores. Também foram reafirmadas as possibilidades de definir programa comum para cada série, mas sem 'engessar' o tema, permitindo que o próprio coletivo de cada grupo acompanhado pelo seu respectivo mentor conduza os temas.

A mentoria tem diferentes definições segundo onde é praticada. Uma definição amplamente aceita descreve a mentoria como o processo de fornecer a indivíduos mais jovens e menos experientes apoio, conselho, amizade e exemplo construtivo para que tenham sucesso em suas carreiras e na vida²¹. Mas o modelo desenvolvido em cada instituição tem as suas peculiaridades, por exemplo, na Faculdade de Medicina da UFMG ela se iniciou como um apoio para as situações de estresse e angústia que costumam surgir nos estudantes de medicina quando iniciam o ciclo clínico. Por fim constituiu-se como um espaço de reflexão que permitisse o crescimento pessoal e a discussão sobre temas pertinentes à formação médica¹⁵.

Na Faculdade de Medicina da USP-RP, a mentoria também se originou da preocupação com a saúde mental dos estudantes e evoluiu para um programa oficial denominado ‘Mentoring’ que se propôs a contribuir para a construção da identidade profissional, facilitar a adaptação à universidade, identificar, acolher e prevenir eventuais dificuldades emocionais, e potencializar o desenvolvimento das relações entre os estudantes e entre as categorias discente e docente dentro da unidade²².

NO PPC da FMS a definição de mentoria corresponde à estratégia utilizada por um professor médico para oferecer suporte pessoal e estimular o desenvolvimento profissional ao futuro médico, auxiliando-o no enfrentamento de problemas e escolhas dos diferentes desafios encontrados ao longo do caminho de seu desenvolvimento, além disso trata de prevenir e remediar desempenhos acadêmicos considerados insatisfatórios por meio da elaboração e desenvolvimento de um plano de estudos e de metas a serem conquistadas¹¹. Objetivos muito amplos e que seguramente necessitam de programação e direcionamento das ações, mas que não pode seguir roteiros rígidos previamente estabelecidos, porque dependerá das demandas de cada ocasião e de cada grupo.

Muitos dos relatos de outras experiências com práticas de mentoria para o curso de medicina descrevem as dificuldades em se estabelecer essas atividades, geralmente porque não há um reconhecimento e valorização da mentoria como uma atividade relevante na formação médica¹⁵. Mas, percebe-se nos relatos de pontos positivos da mentoria, que aqueles que dela participam reconhecem os ganhos que essa atuação proporciona. Seria muito interessante confrontar esses achados com a opinião dos discentes.

Outra atividade desenvolvida no curso de medicina da FMS é a denominada de PAS (Práticas de Atenção à Saúde), entre os participantes da pesquisa tivemos 13 professores que já participaram dela e desistiram de continuar. Desses, houve 6 que direcionaram sua carga horária contratual para o internato (em suas respectivas especialidades). Tivemos 7 professores que não continuaram no PAS por discordar do que se faz nessa atividade. Essas críticas ficam mais consistentes quando são relatados os tipos de dificuldades observadas pelos professores. O cenário de prática do PAS são as Unidades Básicas de Saúde e constatam-se situações de má aceitação pela equipe multiprofissional de saúde da UBS e espaço físico inadequado para as atividades de ensino. Há também vários relatos de má gestão da atividade, despreparo dos professores e mudança dos propósitos do PAS.

Entendemos as queixas relativas às dificuldades de recepção pela equipe multiprofissional da UBS e do espaço físico, contudo, um dos objetivos dessa atividade é justamente proporcionar ao estudante de medicina a visão

da realidade que ele vai vivenciar em sua prática profissional. A relação entre equipe da UBS e professor/estudantes parece algo a ser conquistado e se deve muito mais às características pessoais das pessoas envolvidas. Igualmente, a opinião dos estudantes será algo a ser investigado, pois, a sensação que se tem ao conversar com eles é de que eles costumam apreciar a atividade, especialmente as atividades práticas que desenvolvem na UBS coordenadas pelo professor.

A avaliação formativa se faz, entre outras maneiras com a estratégia de feedback, que poderá acontecer em diferentes situações no curso médico. Teremos feedbacks dentro do ABP, nas provas de estações, e nos portfolios (que são os instrumentos que se avaliam o PAS). Contudo, será no internato que essa prática adquire maior consistência. Em todas as áreas dos estágios rotativos há a aplicação de Mini-CEX, visitas às enfermarias, com discussões de casos, atendimento em ambulatório. Por se tratar de uma técnica avaliativa existe metodologia apropriada para se atingir os objetivos desejados, e para isso serão necessários o aprendizado e o treinamento²³.

Do total de 95 professores participantes, 84 procedem o feedback aos alunos em algum momento de sua prática docente. Foi identificado que 40 (47,62%) receberam treinamento prévio para aplicação das devolutivas; 2 (2,38%) afirmaram não ter recebido treinamento e gostariam de receber; e 10 (11,90%) que não receberam treinamento e não querem receber. Talvez esses 10 professores efetivamente desconheçam a técnica de aplicação de feedback, e sejam os mais indicados para frequentar um treinamento.

Entre as dificuldades apresentadas pelos docentes a falta de tempo suficiente, a falta de um espaço protegido para efetuar o feedback e a falta de treinamento prévio/ educação continuada foram as maiores dificuldades para aplicar o feedback. Solicitamos aos professores que apresentassem pontos positivos do PPC, críticas e sugestões. Obtivemos 118 tópicos! Os elogios se direcionaram ao PPC, ao curso e à iniciativa desta pesquisa e refletem o engajamento dos docentes no curso de medicina da FMS. As críticas vão na direção dos métodos de avaliação usados no curso, ora alguns achando que são muito frágeis, ora considerando-os injustos (pois não são notas, mas conceitos); mas há críticas também com a política de remuneração docente e da progressão na carreira.

Como sugestões surgiram muitas propostas interessantes, mas a mais frequentemente citada foi justamente a necessidade de se oferecer capacitação docente prévia à inserção do novo docente nas suas práticas pedagógicas e igualmente um programa de educação continuada para aqueles que já estão na ativa. Inclusive muitos propuseram que se estabeleça uma rotina de encontros da coordenação de curso e dos diretores da FMS

com os docentes. Foram apontadas outras sugestões que, de fato, fazem parte do que se considera fundamental no atual ensino de graduação em medicina, como fomento às práticas interprofissionais, integração entre as especialidades médicas, oferecer maior apoio para a saúde mental do estudante e uso de novas tecnologias no ensino.

De fato, George Thibault²⁴ da Universidade Harvard apresentou as seis tendências ou desafios para o futuro da educação médica, que foram: 1. A educação interprofissional para melhor preparação dos profissionais de saúde para futuras práticas colaborativas; 2. Educação clínica integrada longitudinal que é mais orientada para o paciente, para a comunidade e para doenças crônicas; 3. Educação nos determinantes sociais da saúde e nas missões sociais e humanísticas das profissões da saúde; 4. Maior ênfase na continuidade das profissões de saúde com educação para a aprendizagem ao longo da vida, priorizando o bem-estar a longo prazo dos profissionais de saúde; 5. Uma mudança para profissionais de saúde baseados em competências e variáveis no tempo para educação profissional que possa melhor cumprir o nosso contrato social e produzir os profissionais mais competentes, de maneira mais eficiente e, por fim, 6. A integração da inteligência artificial e das novas tecnologias educacionais e de informação no *continuum* da educação e prática das profissões de saúde²⁴. Ou seja, entre as sugestões apresentadas pelos docentes, há pelo menos 4 (educação multiprofissional, educação continuada, autoaprendizagem ao longo da vida e uso de novas tecnologias) que foram coincidentes com as do Prof. Thibault.

Um dos pontos altos desse estudo foi a possibilidade de ouvir a opinião daqueles que são efetivamente os maiores interessados no êxito do PPC de um curso, que são os docentes e os funcionários administrativos. Pode-se observar isso com a elevada participação de docentes e dos funcionários que desejaram manifestar sua opinião, além do número de participantes, foi muito importante a pertinência das respostas, que revela maturidade e engajamento do corpo docente e dos funcionários.

O ponto fraco mais evidente em um estudo conduzido com essa metodologia é que, justamente aqueles que serão mais críticos não costumam se manifestar. Talvez aqueles que mais necessitam de capacitação e atualização de suas práticas pedagógicas não se dão ao trabalho de contribuir. Outro ponto fraco foi não termos escutado a versão daqueles que são o real motivo do processo, os discentes. Na realidade a consulta aos discentes foi realizada conjuntamente com a dos professores e funcionários, contudo tivemos menor participação (proporcionalmente ao número de estudantes do curso), talvez porque a coleta das respostas coincidiu com as semanas de provas e a formatura do sexto ano; dessa forma, optamos por

não incluir esses resultados no presente estudo, mas ele será utilizado em breve para outro projeto.

Acreditamos que as críticas, elogios e sugestões colhidas e compiladas a partir das manifestações dos docentes e funcionários administrativos deverão ser encaminhadas para as instâncias decisórias como o Núcleo Docente-Estruturante, a Coordenação de Curso de Medicina e a Diretoria da FMS para que sejam debatidas e implementadas com os objetivos de atender à demanda explícita e aperfeiçoar o processo do curso, na conformidade do PPC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas ao longo deste trabalho possibilitaram reunir aspectos significativos sobre o desenvolvimento das práticas de ensino na FMS. A seguir, destacam-se os principais pontos observados, organizados em tópicos, a fim de sintetizar contribuições e indicar elementos que podem orientar ações de aprimoramento institucional:

(1) Os docentes, em sua maioria, expressaram considerar que as práticas de ensino da FMS respeitam o PPC e que são usadas de modo satisfatório.

(2) A percepção de funcionários técnico-administrativos sobre a execução/adesão dos docentes para as atividades administrativas docentes, o respeito aos prazos e a observação das determinações administrativas foi variável, expressando uma realidade de vários cursos de medicina.

(3) A mentoria é atividade que suscita críticas por alguns docentes, sobretudo porque há discordância da gestão desta prática pedagógica e ausência de roteiro programático comum a cada um dos anos em que acontece. Porém, para aqueles docentes que dela participam, os objetivos da atividade são atingidos.

(4) A atividade do PAS encontra seus maiores desafios no uso dos espaços das UBS e na relação com a equipe multiprofissional das unidades de saúde.

(5) Uma parcela dos docentes especialistas prefere trabalhar no internato, em suas áreas de origem, a manter-se em atividades estruturantes e multidisciplinares do início do currículo médico.

(6) O feedback avaliativo é prática bastante utilizada pelos docentes, sendo que 47,62% daqueles que a praticam receberam treinamento, mas existe demanda para novos treinamentos e capacitação continuada da prática.

(7) Segundo os funcionários administrativos, a inserção dos conceitos e notas é adequadamente executado pelos professores responsáveis pela atividade ou pelo coordenador do eixo.

(8) As sugestões apresentadas pelos docentes se enquadram com as necessidades do ensino de medicina contemporâneo e incluem: educação multiprofissional, educação continuada, autoaprendizagem ao longo da vida e uso de novas tecnologias.

(9) A maior queixa/demanda dos docentes foi da ausência de capacitação pedagógica para aqueles que iniciam suas práticas docentes e para os que já se encontram na ativa.

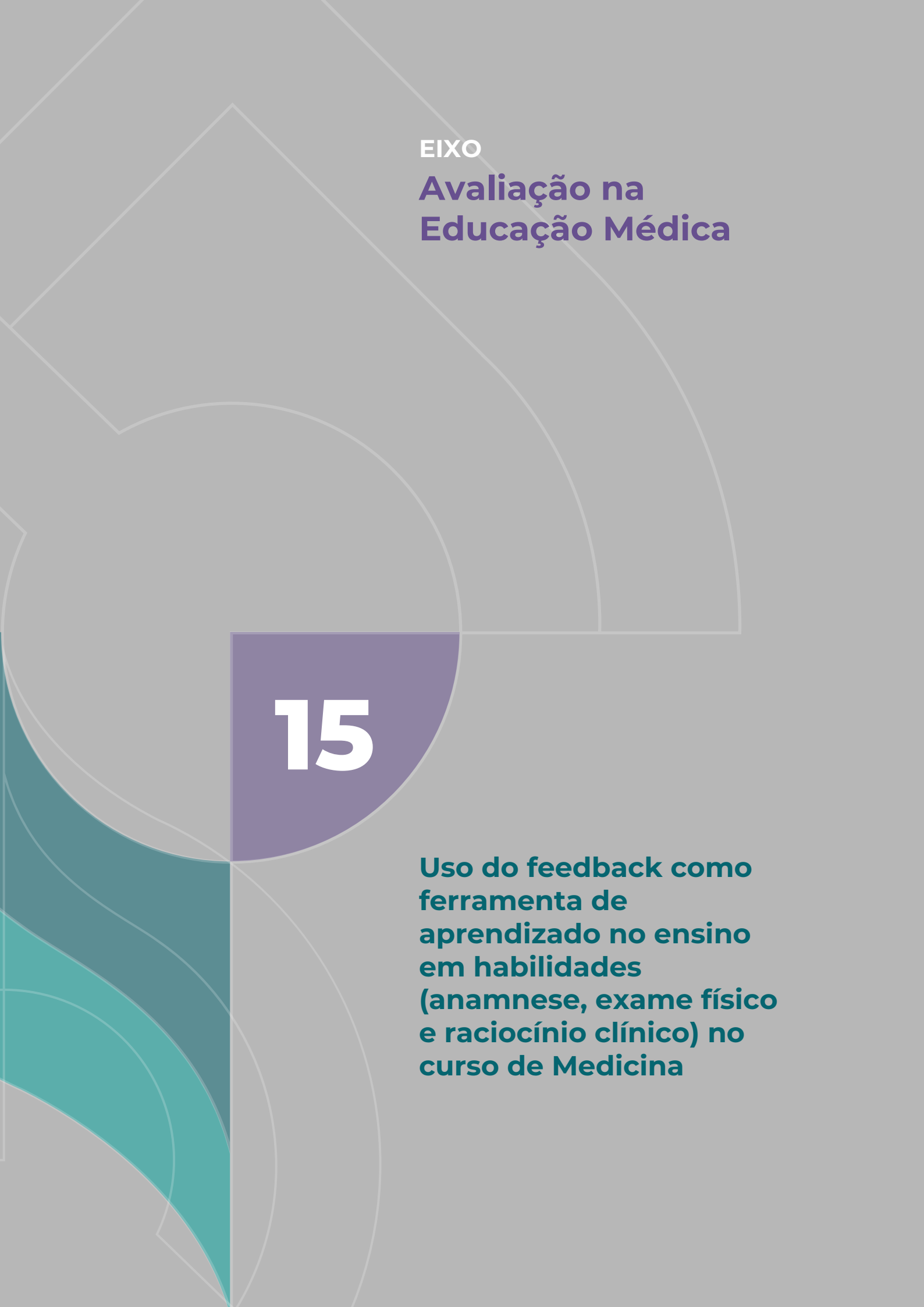
Esses achados são valiosos e servirão de base para guiar as propostas de desenvolvimento docente da FMS.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Cad Saude Publica. 2010;26(12):2234-49.
2. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina [Internet]. Brasília: MEC; 2001 [citado 8 set 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br>
3. Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2004.
4. Tannos D, et al. Faculdade de Medicina de Sorocaba. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. 2012;14(2):79-80.
5. Santos PS. Cinquentenário da Faculdade de Saúde Pública da USP [Internet]. São Paulo: FSP-USP; [citado 2024 set 8]. Disponível em: <https://scielosp.org>
6. Pavan MV, Senger MH, Marques W. Determinantes externos e internos da reforma curricular do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rev Fac Cienc Med Sorocaba [Internet]. 2017 nov 13 [citado 2024 set 8];19(3):127-32. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/32016>

7. Bueno RRL, Pieruccini MC. Abertura de escolas de medicina no Brasil: relatório de um cenário sombrio. 2ª ed. São Paulo: AMB/CFM; 2005.
8. Brasil. Lei nº 8080 – 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [citado 2024 nov 15]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-sus>
9. Machado JLM, et al. UNI: a new initiative in the training of health professionals. *Interface (Botucatu)*. 1997;1(1).
10. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2014 jun [citado 2024 set 8];38(3):299-307. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712014000300003
11. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Projeto pedagógico do curso de Medicina. São Paulo: PUC/SP; 2018.
12. Pavan MV, Senger MH, Marques W. Avaliação da reforma curricular de um curso de Medicina na perspectiva dos docentes. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(Supl 1):146-56.
13. Sobral DT. Desafios da avaliação do aprendizado: dificuldades e oportunidades. *Rev Bras Educ Med*. 1996;20(2/3).
14. Pinto LAM, Rangel M. Projeto político-pedagógico da Escola Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2004;28(3).
15. Fidelis GTA, et al. Vinte anos de experiência de mentoria na Faculdade de Medicina da UFMG: desafios enfrentados e soluções propostas. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(Supl 1):e112.
16. Wagner KJP, Martins-Filho LJ. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: uso, dificuldades e capacitação entre docentes de curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2022;46(1):e028. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210356J>
17. Margery HD, Ronald MH. Planning and implementing an undergraduate medical curriculum: the lessons learned. *Med Teach*. 2003;25(6):596-608. doi:10.1080/0142159032000144383
18. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Vanstone M, Lingard L. Beyond individualism: professional culture and its influence on feedback. *Med Educ*. 2013;47(6):585-94.
19. Canuto AM, Batista SH. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(4):624-32.

20. Ferreira CC, Souza AML. Formação e prática do professor de Medicina: um estudo realizado na Universidade Federal de Rondônia. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2016 Oct;40(4):635-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712915v40n4e01012015J>
21. Kosoko-Lasaki O, Sonnino R, Voytko ML. Mentoring for women and underrepresented minority faculty and students: experience at two institutions of higher education. J Natl Med Assoc. 2006;98(9).
22. Barros GC, Ferraz VEF, Panúncio-Pinto MP. Implementação de um programa de mentoring para estudantes de graduação em saúde: a experiência da FMRP-USP. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2021;45:e115. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.supl.1-20210135>
23. Brasil. Ministério da Educação. SINAES. Instrumento de avaliação do curso de Medicina. Brasília: MEC; 2010.
24. Thibault GE. The future of health professions education: emerging trends in the United States. FASEB Bioadv. 2020;2:685-94. doi:10.1096/fba.2020-00061
25. Amadei JRP, Ferraz VCT. Guia para elaboração de trabalhos acadêmicos (dissertações/teses – formato convencional). Bauru: Universidade de São Paulo, Campus Bauru; 2011.



EIXO

Avaliação na Educação Médica

15

**Uso do feedback como
ferramenta de
aprendizado no ensino
em habilidades
(anamnese, exame físico
e raciocínio clínico) no
curso de Medicina**

Uso do feedback como ferramenta de aprendizado no ensino em habilidades (anamnese, exame físico e raciocínio clínico) no curso de Medicina

Ricardo Augusto de Miranda Cadaval¹/ Maria Clara Périgo Perez¹ / Maria Helena Senger¹ (orientadora)

rcadaval@pucsp.br/ mariacpperez1@gmail.com / mhsenger@pucsp.br

Palavras-chave: Feedback; Educação médica; Anamnese; Exame físico; Raciocínio clínico; Pesquisa qualitativa.

RESUMO

Introdução: Na educação médica, o feedback, também denominado devolutiva, é uma informação específica fornecida pelo docente com o objetivo de aprimorar as habilidades dos estudantes. Esse processo regula o ensino-aprendizagem, oferecendo informações contínuas para que o estudante possa avaliar o seu progresso em relação aos objetivos de aprendizagem. O feedback possibilita ajustes durante a trajetória de aprendizado, conduzindo tanto o estudante, para atingir seus objetivos de conhecimento, quanto o docente, para alcançar os seus objetivos pedagógicos. **Objetivo:** Conhecer as percepções e experiências dos estudantes de medicina sobre a realização do feedback no processo de aprendizagem e consolidação do seu conhecimento em habilidades. **Método:** Realizou-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo, utilizando a técnica de grupo focal. A pesquisa adotou a análise de conteúdo com abordagem temática para tratamento de dados. Os participantes foram estudantes de medicina do terceiro ano, matriculados no módulo de habilidades clínicas da FCMS-PUC/SP. O curso de medicina dessa instituição adota uma metodologia ativa e oferece o módulo de habilidades nos três primeiros anos do curso. **Resultados:** A partir da codificação das falas dos estudantes, emergiram as seguintes categorias: 1) Experiência com feedback; 2) Importância do feedback na aprendizagem no módulo de habilidades; e 3) Frequência e qualidade do feedback. Os estudantes demonstraram compreensão parcial do conceito de feedback e reconheceram seu impacto no processo

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

de ensino-aprendizagem, principalmente nas áreas de clínica, ginecologia/obstetrícia e pediatria. A maioria se mostrou receptiva ao feedback eficaz, destacando que a experiência do docente enriquece a devolutiva, ao agregar a vivência prática do professor no campo de atuação. No entanto, embora reconhecessem a importância do feedback, relataram que a frequência e a qualidade deste foram aquém das expectativas. Preferem feedback individualizado e sua realização depende da disponibilidade do docente.

Conclusão: Os estudantes do módulo de habilidades demonstraram ser receptivos ao feedback e reconheceram sua relevância para a consolidação de competências, como anamnese, exame físico e raciocínio clínico. No entanto, indicaram que a frequência e a qualidade do feedback poderiam ser aprimoradas, com impactos positivos no aprendizado. A análise dos dados foi amparada pelas teorias da Aprendizagem Experiencial de Kolb, do Feedback Eficaz de Hattie e Timperley, além da Prática Reflexiva de Schön. A variação na qualidade dos feedbacks observada sugere a necessidade de maior capacitação dos docentes para fornecer devolutivas mais estruturadas e eficazes. Assim, é essencial investir na formação de alunos e professores para a entrega e recepção de feedbacks estruturados, alinhados a padrões claros de desempenho.

INTRODUÇÃO

O volume de conhecimento médico tem crescido em ritmo acelerado. Estima-se que, em 1950, o tempo necessário para duplicar o que se sabia na área era de cerca de 50 anos; em 1980, esse intervalo caiu para 7 anos; em 2010, para aproximadamente 3,5 anos; e, por volta de 2020–2023, projeções indicam que o conhecimento médico passou a dobrar a cada 73 dias. Essa velocidade impõe desafios crescentes à formação médica, pressionando estudantes, professores e instituições a repensarem suas estratégias pedagógicas^{1,2}.

Esse avanço exponencial do conhecimento, particularmente nas últimas décadas, tem comprometido a capacidade dos estudantes de medicina de organizar, reter e aplicar criticamente as informações adquiridas. Diante da multiplicidade de fontes, métodos de ensino e exigências curriculares, muitos se veem perdidos entre “acumular saberes” e “avançar na formação clínica com propósito”. A insegurança sobre o que priorizar leva a uma fragmentação do estudo, muitas vezes desvinculada da prática clínica ou do raciocínio médico integrado.

Nos cursos de graduação em medicina, especialmente nos três primeiros anos, o desafio é ainda mais evidente. Muitos currículos têm se

transformado com a adoção de metodologias ativas e de uma abordagem centrada no estudante. Embora essas estratégias ampliem o protagonismo discente e favoreçam a aprendizagem significativa, também impõem maior autonomia e responsabilidade, o que pode gerar desorientação diante do excesso de conteúdos, avaliações frequentes e múltiplas competências a serem desenvolvidas.

Muitos estudantes, pressionados pelo volume de informações e pela ansiedade frente ao desempenho acadêmico, perdem o foco de seus estudos. Não sabem se estudam para aprender ou para serem bem avaliados. Essa confusão compromete a aprendizagem profunda e a construção de competências clínicas duradouras. Por isso, torna-se essencial que o professor exerça seu papel de mediador ativo do processo de aprendizagem, realinhando continuamente os objetivos de ensino e aprendizagem. Ao oferecer feedback de forma consistente e estruturada, o docente fornece ao estudante informações valiosas sobre o quão distante ou próximo ele está de atingir seus objetivos de desempenho, permitindo que ajustes sejam feitos em tempo real. Esse processo não apenas favorece o progresso individual do estudante, como também permite que o professor atinja com maior precisão suas metas educacionais.

Nesse cenário, o feedback dado pelo docente assume um papel pedagógico fundamental. Mais do que corrigir erros ou indicar acertos, o feedback atua como uma bússola formativa, oferecendo direção, significado e prioridades claras para o processo de aprendizagem. Ele ajuda o estudante a entender o que realmente importa saber, integrar e aplicar promovendo foco, autopercepção e regulação do próprio percurso formativo³.

Ressalta-se que isso é o cerne da avaliação formativa, que integra o feedback. A palavra *feedback* é de origem inglesa e vem da junção das palavras *feed* (alimentar) e *back* (de volta). A tradução literal da palavra *feedback*, em português, significa "retroalimentar". O termo surgiu no século XVIII, durante a Revolução Industrial, e era usado para designar o movimento dos sinais de saída que retornavam ao ponto de partida em um sistema mecânico^{4,5}.

Mais recentemente, o conceito de feedback foi atualizado pelos engenheiros de foguetes nos anos 1940 e expandido por Norbert Weiner, que descreveu o *feedback* como um processo capaz de ajustar métodos e padrões de desempenho. Atualmente, feedback é uma ferramenta de comunicação muito utilizada em empresas e nas relações humanas⁶.

Na educação, o feedback, também conhecido como devolutiva, é uma informação específica feita pelo docente que regula o processo de ensino-

aprendizagem, com o objetivo de melhorar o desempenho dos estudantes⁷. Com o uso das metodologias ativas, não há espaço para a transmissão passiva de dados e informações, já que o aluno é responsável pela sua aprendizagem e são privilegiadas as discussões e reflexões. Sem o feedback, o estudante não tem clara percepção sobre seus erros e acertos, o que gera insegurança ao não saber sobre o que se deve consolidar e/ou corrigir⁸.

Nos ambientes clínicos, o feedback pode reduzir a ansiedade dos estudantes, ajudando-os a se sentirem mais seguros e abertos ao aprendizado nas habilidades práticas desenvolvidas⁹. Assim, o feedback adequadamente aplicado tem importante papel no aprendizado do estudante, orientando-o no seu processo diário de aprendizagem e ensino pelos docentes¹⁰. O feedback efetivo ocorre quando o professor observa o desempenho do estudante em um atendimento ou procedimento e compartilha suas impressões de maneira construtiva e útil para o aprimoramento das habilidades do aluno^{6,11}.

Uma competência clínica é mais facilmente demonstrada na prática do que descrita. Por isso a realização do feedback pelo professor ao estudante no momento da realização de anamnese, exame físico e raciocínio clínico é crucial no ensino médico, pois facilita o desenvolvimento de habilidades práticas e aquisição de competências clínicas. É um dos principais fatores na melhoria do desempenho dos alunos, principalmente em ambientes de aprendizado clínico, em que a aplicação prática é essencial¹².

Vários estudos demonstraram que o feedback é efetivo na melhoria do aprendizado do estudante. Iverson¹³ e Scheerens¹⁴ demonstraram que estudantes preferem ser avaliados com maior frequência e que o feedback sobre seus desempenhos melhora o aprendizado final. Professores/preceptores e estudantes necessitam estar bem-preparados para dar e receber feedback. Se realizado de forma incorreta, pode acarretar inibição dos estudantes para dar ou recebê-lo.

Pricinote *et al.*¹⁵ identificaram que alunos de Medicina tiveram dificuldade em conceituar o feedback. Eles o compreenderam parcialmente, mas faltou a concepção do feedback interno (comparação entre o progresso individual, os objetivos próprios e o padrão definido). Conseguiram reconhecer a importância do feedback para seu processo de aprendizagem e se mostraram receptivos ao feedback efetivo. Entretanto, ressentiram-se da baixa frequência de feedback e da falta de regulamentação do uso dessa ferramenta. Na percepção dos alunos, o feedback ocorreu de maneira irregular e dependente do professor ou da disciplina, independentemente de a instituição ser pública ou privada e do modelo de currículo vigente.

Há assim, a necessidade de capacitar estudantes e professores/

preceptores para que possam conhecer, compreender plenamente o feedback e realizá-lo de forma efetiva e sistemática.

Considerando que o feedback é uma estratégia importante no processo de ensino e aprendizagem, capaz de o influenciar consideravelmente e que, apesar da sua importância, diversos estudos afirmam que isso ocorre raramente ou de forma ineficaz, este estudo teve por finalidade captar a percepção e experiência dos estudantes do módulo de Habilidades (na área de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia) do terceiro ano da graduação em Medicina da FCMS da PUC/SP sobre a importância da sua realização no processo de consolidação da aprendizagem.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Conhecer, descrever e analisar as experiências, percepções e compreensões do estudante de medicina sobre a realização do feedback e suas contribuições no processo de ensino-aprendizagem em habilidades clínicas na área de clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria.

Presume-se que os estudantes, de uma forma geral, conhecem minimamente o feedback e sua importância no processo de redirecionamento do aprendizado e que ele é irregularmente realizado pelos professores e preceptores, perdendo-se uma ótima oportunidade de ensino e aprendizagem no módulo de Habilidades.

Realizamos uma pesquisa qualitativa exploratório-descritiva que possibilita o levantamento das diferentes percepções, atitudes e opiniões de diferentes grupos, frente a valores culturais e representações sobre temas específicos. Para coleta de dados, utilizamos a técnica de grupo focal^{16,17}.

População

A pesquisa foi realizada com estudantes de medicina da FCMS da PUC/SP que estavam cursando o terceiro ano no módulo de habilidades em Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. O referido curso emprega metodologias ativas desde 2006. O módulo de habilidades clínicas é ministrado nos três primeiros anos do curso de medicina: habilidades I (clínica - 160h/ano), habilidades II (clínica - 160h/ano) e habilidades III (clínica/pediatria/ginecologia e obstetrícia - 320h/ano). Os objetivos de aprendizagem nas habilidades clínicas são: capacitar o aluno a fazer uma observação clínica completa (anamnese e exame físico), desenvolver raciocínio clínico e realizar diagnóstico sindrômico, anatômico e etiológico.

Nos três anos de habilidades, há um professor para cada grupo de 10 alunos. Nas habilidades clínicas I e II são realizadas atividades com bonecos, atores e pacientes internados nas enfermarias. Na habilidade III, além da clínica, também são desenvolvidas atividades nas áreas de pediatria (abordagem adequada da criança e do adolescente) e Ginecologia/Obstetrícia (reconhecer achados de um exame físico ginecológico normal; saber conduzir a orientação para estabelecer o diagnóstico para as doenças ginecológicas prevalentes; saber executar o exame físico no acompanhamento pré-natal normal). E na habilidade clínica III, as atividades são totalmente realizadas com pacientes internados nas enfermarias de clínica, cirurgia, neurologia, pediatria, ginecologia/obstetrícia, maternidade e pronto socorro.

O processo de avaliação é critério-referenciada, com aplicação de conceitos pelos desempenhos alcançados (exemplar, satisfatório ou insatisfatório) através de avaliação somativa (prova em estações, prova escrita, prova de progresso e salto triplo) e formativa (avaliação do professor, portfólio, mini-exame clínico).

Os estudantes selecionados estavam entre os 110 matriculados no terceiro ano em 2024, que se distribuem em 78 (71%) do sexo feminino e 32 (29%) do sexo masculino. A escolha dos alunos para participar do estudo foi realizada por conveniência pela pesquisadora colaboradora Maria Clara Périco Perez, através da seleção de grupos de mentoria (do módulo de Estudos Orientados), que são diferentes daqueles do módulo de Habilidades. A atividade de mentoria é feita por professores mentores que acompanham grupos de 10 alunos, por duas horas semanais do 1º ao 3º ano do curso. Os grupos são constituídos pela secretaria do curso de Medicina, de forma aleatória, já no primeiro ano. A mentoria mantém a mesma composição de alunos ao longo dos três anos, acompanhados pelo mesmo mentor. Como o encontro entre os mentores e seus mentorados ocorre no mesmo prédio, o convite para participação nesta pesquisa e a realização dos grupos focais nos horários da mentoria, após pactuação com os respectivos mentores, mostrou-se mais viável.

Os alunos do terceiro ano frequentam duas vezes ao ano, uma a cada semestre, no módulo de Habilidades, em rodízio com professores das áreas de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia. No período de outubro a novembro 2024, todos os estudantes já tinham finalizado suas atividades práticas e teóricas no módulo de habilidades.

A coleta de dados, via grupo focal, ocorreu antes da quarta avaliação somativa (prova escrita e prática à beira do leito). Para minimizar viés de autoridade, os discursos só foram acessados pelo pesquisador principal (e professor no módulo) após sua transcrição, sem que houvesse acesso as

gravações. Somente a aluna pesquisadora esteve presente e conduziu as entrevistas nos grupos focais. Os participantes foram de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que estavam finalizando o módulo de Habilidades do terceiro ano. O anonimato dos estudantes foi preservado por meio de código composto por letras e números ordinais.

Métodos

A análise de dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo temática, fundamentada em Minayo e Bardin^{16,17,18}.

As informações foram obtidas nos meses de outubro-dezembro de 2024, por meio da técnica do Grupo Focal, o qual permitiu a coleta de informações a partir de discussão grupal em torno de um tema específico. Foi realizado um encontro com cada um dos quatro grupos focais com duração aproximada de 60 a 90 minutos cada, em salas apropriadas, nas dependências do prédio da FCMS. As datas e os horários dos encontros foram previamente acordados com os participantes, compatíveis com a disponibilidade dos estudantes.

Cada encontro foi iniciado com esclarecimentos dos objetivos e procedimentos da pesquisa, além dos aspectos éticos. Apenas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os procedimentos foram iniciados, cumprindo-se o exigido pela Resolução CNS nº 196 n.201, 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Os alunos responderam ao questionário com os dados demográficos (sexo e idade).

Os encontros foram mediados por um moderador (aluna coautora do estudo), que estimulou a reflexão do grupo a partir de questões norteadoras focadas nas percepções e compreensões dos estudantes de medicina sobre a realização do feedback no seu processo de aprendizagem em habilidades (propedêutica). A moderadora foi previamente capacitada para conduzir a entrevista e registrar os encontros com áudio.

Cada participante foi identificado pela letra “E” (estudante) e dois números: o primeiro numeral foi o número do estudante e segundo numeral para identificar a pergunta norteadora. Exemplo: E12, estudante 1 e questão 2; E25: estudante 2 e questão 5.

Foram realizadas as mesmas perguntas norteadoras para cada um dos quatro grupos focais e as respostas individuais foram registradas com o auxílio de um gravador de voz, sem a identificação do estudante. Os discursos dos estudantes foram finalizados quando houve saturação do objetivo da

pergunta respectiva, com repetições sucessivas de respostas, sem acréscimo de novas ideias.

As perguntas norteadoras submetidas aos grupos focais foram elaboradas pelos pesquisadores, considerando as recomendações de Minayo¹⁶ de que devem fazer parte do delineamento do estudo ao permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não a cercear. Com isso, contribuem para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e relações que compõem o objeto do estudo, do ponto de vista dos interlocutores.

O roteiro do encontro foi estruturado com base na literatura sobre *feedback* no ensino de medicina e nos objetivos da investigação sobre a realização de *feedback* durante as atividades do módulo de Habilidades. As seguintes perguntas foram aplicadas:

1. Como foi sua experiência sobre *feedback* no seu aprendizado e desempenho nos três anos de graduação em medicina na FCMS?

Objetivo: captar a experiência do estudante sobre receber *feedback* no ensino de graduação em medicina nos três primeiros anos.

2. Qual seu entendimento sobre *feedback* no processo de ensino-aprendizado na graduação em medicina?

Objetivo: avaliar a percepção do estudante sobre receber *feedback* no ensino de graduação em medicina nos dois primeiros anos.

3. Qual sua compreensão sobre receber *feedback* no processo de ensino-aprendizado em habilidades?

Objetivo: avaliar a compreensão do estudante sobre receber *feedback* no ensino de habilidades no terceiro ano.

4. Como o *feedback* contribuiu no seu desempenho em habilidades para consolidar seu aprendizado?

Objetivo: avaliar se o *feedback* foi importante no seu aprendizado em habilidades no terceiro ano.

As informações dos grupos focais foram coletadas em áudio, gravadas na íntegra, com anuência dos participantes, e transcritas pelo aplicativo *Transkriptor*®. A análise do conjunto das entrevistas ocorreu com auxílio do software *Atlas.ti*® que separa falas semelhantes, facilitando a organização e o gerenciamento dos dados. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática por interpretação. O percurso de análise das informações obtidas na entrevista seguiu três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento (codificação e categorização) e interpretação dos discursos^{18,19}.

No tratamento, o processo de codificação dos diálogos se faz com a escolha de unidades de registro, destacando uma unidade a ser codificada, podendo ser uma frase ou uma palavra. Na etapa seguinte, categorização, ocorre a escolha de categorias (classificação e agregação) das unidades de registro obtidas no processo de codificação. A categoria é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, agrupando determinados elementos, reunindo características comuns. Uma atenção especial foi aplicada quanto às características fundamentais das categorias, tais como serem pertinentes, válidas, exaustivas, objetivas, consistentes ou fidedignas¹⁸.

O estudo contou com 36 alunos do curso de medicina do terceiro ano, na faixa etária de 20 a 24 anos, sendo 11 homens e 25 mulheres. A seguir, estão apresentados os resultados após codificação e categorização obtidas a partir da análise das falas dos participantes nos grupos focais. As seguintes categorias emergiram:

- Experiência com feedback
- Importância do feedback na aprendizagem no módulo de Habilidades
- Frequência e qualidade do feedback

Experiência com feedback

A maioria dos estudantes avaliou a experiência com feedback como positiva, reconhecendo sua importância para o aprendizado e desempenho acadêmico. Muitos relataram que os feedbacks ajudaram a identificar erros, revisar conteúdos e melhorar suas habilidades clínicas.

Eu gostei do esquema de feedback apresentado durante minha graduação de medicina, porque eu acho que a medicina é um grande aprender e rever as matérias, e quando a gente precisa rever, é muito bom o feedback, quando é apontado que não está sabendo exatamente o que deve ser, o que deveria ter sido estudado e tudo mais, e o feedback ajuda a apontar os pontos que precisam ser revistos. (GF2 - E1.1)

Eu acho que o feedback tem sido muito importante até aqui na minha graduação, porque ele permite com que eu revise alguns tópicos que no momento a gente não percebe, mas depois vê que tem uma fragilidade, que ainda não tem o conhecimento necessário para poder exercer de maneira correta o que a gente está tentando. (GF 2 – E3.1)

Feedback quando rola é legal, mas de vez em quando não tem. Muitas vezes, acho que eu não tive nenhuma vez esse ano para ser honesta, nenhum feedback. Ano passado, nos primeiros dois anos tinha, aí era bom que você podia ver o que você tinha que melhorar, o que você tinha de ruim e o que tinha de bom na sua performance e assim, mas esse ano não teve, então não tenho experiência esse ano, então não posso falar. Os primeiros dois anos foram bons, foram bem valiosas as dicas que vieram e as informações dos professores. (GF1 – E3.1)

O estudo de Oliveira e Sá²⁰ corrobora essa visão, ao demonstrar que o feedback, quando usado como estratégia de avaliação formativa, pode aumentar a motivação dos estudantes e, conseqüentemente, melhorar seu desempenho. O feedback fornece pontos de referência importantes para orientar os alunos, especialmente em contextos de ensino com metodologias ativas, que frequentemente exigem um conhecimento mais fluído e não tão estruturado. Nesse sentido, o feedback interativo e construtivo é essencial para o desenvolvimento do pensamento crítico, autorregulação e motivação dos estudantes, como ressaltado pelos autores.

No contexto de metodologias ativas, como o PBL, o feedback é visto como indispensável para guiar o estudante em um modelo de ensino centrado na autonomia. Ele ajuda a evitar desvios de rota, garantindo que os objetivos estabelecidos sejam alcançados e que o aprendizado seja eficiente e direcionado.

Eu também concordo que o feedback depende muito dos professores que você caiu, porque nos primeiros anos eu

também tinha mais feedback, agora nesse ano na tutoria eu estou tendo bastante por causa do meu tutor que é o ..., mas o resto das matérias não tem muito e eu acho que é muito importante para guiar a gente, ainda mais nesse método ativo que a gente é mais independente, sem o feedback fica difícil saber se está acertando ou não. (GF1 – E7.1)

Eu acho que é essencial para gente ver, reavaliar principalmente nossa postura em aula e reavaliar mudanças que a gente tem que fazer em relação aos nossos estudos, por ser uma metodologia ativa, né, uma coisa que depende muito da gente, o feedback acaba sendo muito essencial, mas ele não é aplicado como deveria ser. (GF1 – E12.1)

É crucial no modelo de ensino que a gente tem muita liberdade e autonomia, porque nós também não podemos cometer desvios de rota. Então, eu acho que principalmente para um método como o PBL, ele é crucial para que nós possamos concluir todos os objetivos estabelecidos pela instituição. A medicina eu acho que é também muito importante, assim como em outras áreas, mas isso também deve partir dos professores médicos, que eu vejo que não são tão acostumados a dar esse tipo de devolutiva. (GF1 – E6.2)

Muitos estudantes valorizam o feedback dado por professores experientes, pois ele agrega conhecimento prático que complementa os conteúdos teóricos. A troca de experiências permite que o aluno se aproprie de conhecimentos que não estão disponíveis em livros, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática médica mais qualificada²¹.

Como já dito, o ensino dentro da sala de aula é importante para direcionar o estudo do aluno. Só que em habilidades, tanto clínica, ginecologia/obstetrícia ou pediatria, o ensino à beira-leito é muito mais sobre transmissão da experiência do professor para o aluno do que, propriamente dita, a má revisão do conteúdo. Então, se o professor não tem abertura para corrigir o aluno e apontar os defeitos dele, é impossível que ele passe a experiência que ele já tem para a pessoa que está aprendendo. (GF3 – E1.3)

Eu acho que o feedback nesse quesito de habilidades clínicas, ginecologia/obstetrícia e pediatria, ele é muito importante, principalmente em relação à parte prática na beira do leito,

porque o professor com a sua experiência, que é bem maior que a nossa no momento, ele consegue passar e analisar bem o que a gente está fazendo e corrigir não só o aspecto do conteúdo, mas também o aspecto de se portar na frente do paciente. Então acaba ajudando tanto no que você tem que estudar mais, mas também como se comportar. (GF3 – E3.3)

Eu acho muito importante a habilidade de ginecologia/obstetrícia e pediatria, porque você recebe esse feedback de um professor que já tem uma grande experiência na área, tanto a experiência em convivência quanto do conteúdo. Então você ter essa orientação de alguém que tem um conhecimento mais empírico sobre esse assunto permite que você tenha uma nova orientação, e que esse processo de aprendizagem dessa área, ele acaba sendo, ele é naturalmente marcado por erros. Então isso mostra que tem uma importância muito grande, porque mostra que o aluno pode errar em alguns pontos que são naturais do processo de aprendizagem, mas que também mostra de uma forma muito melhor e mais direcionada para uma pessoa experiente no assunto, onde ele vai melhorar e como ele pode melhorar como médico. Em habilidades é muito importante porque é nas habilidades que se treinam na matéria de habilidades e os conteúdos são muito relacionados à prática clínica do dia a dia. É uma matéria em que você tem contato com os pacientes. Então isso é fundamental não só o conteúdo teórico, mas a convivência e a interação médico-paciente. (GF3 – E1.3)

O professor experiente passa para os alunos suas experiências profissionais como parte do feedback, atua no papel do professor como um facilitador e faz a conexão entre a teoria e a prática³. Além disso, há uma robusta evidência na literatura de que o feedback melhora significativamente o desempenho dos estudantes em habilidades clínicas, como o exame físico e o raciocínio clínico²². Scheerens¹⁴ também reforça a ideia de que o feedback é uma das práticas mais eficazes para o aprendizado, sendo considerado, por estudantes de medicina e residentes, uma das habilidades docentes mais importantes, apenas superada pela capacidade do docente de estar aberto a perguntas²³.

Importância do feedback na aprendizagem no módulo de Habilidades

A importância do feedback para a aquisição de competências decorre da própria natureza do processo de formação dos médicos, que é baseado na prática profissional. A competência clínica, entendida como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, é mais facilmente demonstrada do que descrita. Na prática clínica, pode-se dizer que o feedback efetivo ocorre quando o professor observa o aluno realizando um atendimento/procedimento e depois transmite suas impressões de uma maneira que seja útil para o desempenho futuro do profissional²⁴.

O feedback, especialmente em habilidades, é bem importante, porque habilidades é o momento, são as aulas que a gente tem em práticas. Então, se eu não recebo o feedback na aula prática, eu não vou receber em nenhum outro lugar, porque o que eu estou aprendendo em habilidades, a parte prática, eu não consigo fazer sozinha, além de um livro, por exemplo. Então o feedback é muito importante para o professor pontuar exatamente como deve ser feito. (GF1 – E2.3)

Em habilidades, o feedback contribui principalmente para a gente aprender a técnica, da parte técnica mesmo da medicina. Então acho que, pensando em habilidades, contribui mais para isso. E, além disso, o feedback para o professor também foi uma coisa em habilidades que foi interessante. Além do feedback para a gente, alguns professores deixaram a gente, abriram espaço, pelo menos no meu grupo, para a gente dar o feedback para eles. E é importante também para a gente entender o que a gente errou e falar para o professor como que a gente quer que ele melhore, também para a gente poder evoluir juntos, como um grupo. (GF1 – E2.4)

É, eu acho que o feedback acabou sendo importante, principalmente na parte de clínica sim, nesse meu aprendizado, principalmente na forma de desenvolver uma anamnese de uma maneira eficaz, fazer o exame físico, também na parte de semiologia, os professores demonstrando como é que faz a manobra correta e corrigindo. Eu acho que foi mais em clínica mesmo, em GO e Pediatria acabou tendo um feedback um pouco menor, até por ter menos idas ao hospital. (GF3 – E3.4)

Conforme Jack Ende⁶ aponta, o feedback desempenha um papel crucial na aquisição de competências clínicas, uma vez que a competência clínica é mais facilmente demonstrada na prática do que descrita ou testada em avaliações escritas. O feedback efetivo, portanto, ocorre quando o professor observa o desempenho do estudante em um atendimento ou procedimento e transmite suas impressões de maneira construtiva e útil para o aprimoramento das habilidades do aluno. Este processo é vital não apenas na graduação, mas também em estágios de formação mais avançados, como a residência médica. Além disso, a referência sobre dar feedback para o professor avança a aprendizagem para uma nova habilidade, considerada como importante, como uma evolução.

Frequência e qualidade do feedback

Uma fala comum foi sobre a variação no feedback recebido, tanto em frequência quanto em qualidade. Estudantes apontaram que nos primeiros anos (1º e 2º) houve mais feedbacks, especialmente em tutoria, enquanto no 3º ano foi menos frequente e, por vezes, generalizado ou ausente.

Eu também acho que faltou um pouco de feedback na parte de habilidades, tanto em clínica quanto de pediatria, mas eu acho que na parte prática eu tive mais feedbacks pontuais, principalmente em clínica. Mas também acho que depende do professor, eu prefiro quando é um feedback mais pontual, por exemplo, se eu estou fazendo a manobra errada. Tipo, eu prefiro que fale o que eu estou fazendo errado exatamente do que só falar que não está bom o suficiente. Então eu acho que nessas situações acaba ajudando mais. (GF2 – E7.4)

Eu também concordo, eu tive a sorte de no meu primeiro ano ter uma boa professora de habilidades, então eu acredito que eu recebi muitos feedbacks e isso foi muito importante para eu corrigir as coisas e chegar melhor nos outros anos. Coisas que eu não recebi um feedback, eu acho que eu carreguei errado e só fui corrigindo no terceiro ano, então reforça, né, a importância do feedback. Em pediatria eu também não recebi, eu nunca recebi nenhuma anamnese, por exemplo, corrigida de pediatria. Então tiveram duas atividades que a gente apresentou para a professora a anamnese, mas todas as outras que eu fiz ao longo do módulo eu não recebi corrigida. Então acho que talvez tenha faltado um pouco isso. E em clínica, na primeira parte de clínica

eu recebia muito mais feedbacks também do que na segunda parte. (GF4 – E2.4)

Esse fenômeno é corroborado por Pricinote *et al.*¹⁵, que identificaram a dependência do feedback da disciplina e do professor, independentemente do tipo de instituição ou do modelo curricular adotado. Essa variabilidade na oferta de feedback pode gerar um ambiente de aprendizado inconsistente, impactando negativamente a qualidade da formação dos estudantes.

A falta de padronização na aplicação do feedback, uma outra crítica recorrente, é com diferentes professores apresentando abordagens diversas, muitas vezes contraditórias. Isso dificulta o aprendizado, gerando confusão e frustração nos estudantes. Alguns professores forneciam feedbacks claros e direcionados, enquanto outros optavam por abordagens superficiais ou não realizavam devolutivas.

Eu acho que é importante o feedback ser padronizado, que nem todos os outros falaram mesmo, porque para mim, eu não recebi feedback de GO no primeiro módulo e de pediatria também não. Só recebi feedback em habilidades e foi só de um professor também, dos outros eu não recebi. E eu acho que seria importante receber com maior frequência, não só ao final da prova, mas sim ao final ou de uma semana, ou ao final de duas semanas, para gente ir melhorando ao longo do tempo, não só depois que finaliza o ciclo. Porque daí a gente consegue ter um resultado melhor. (GF1 – E12.3)

Bom, na teoria o feedback é muito importante para todos os alunos, eu acho, só que não é o que ocorre na prática. Como as pessoas já disseram que cada docente faz um feedback diferente e copia e cola dos outros alunos e não é individualizado isso que ocorre. (GF1-12.1)

Para mim, a experiência com o feedback variou bastante conforme o professor que eu estava, conforme a aula. Então, basicamente, no primeiro ano eu recebia mais feedback de PAS, módulo de Prática em Atenção à Saúde, e tutoria. No segundo ano eu fiquei com os tutores que não me davam feedback ou davam feedback de forma generalizada. Até a tutoria em si tem a parte de feedback na formativa, mas muitos tutores acabam usando só de uma forma geral. Eu acho que isso prejudica bastante o nosso aprendizado. E no terceiro ano, eu recebi feedbacks em relação ao PAS, mas o PAS de novo foi só da forma

como eu escrevia, não no meu comportamento durante a UBS, a aula. E em habilidades eu recebi somente de alguns professores, eu acho que ajudaria bastante receber de todos. (GF 1- 12.1)

Os estudantes enfatizam a necessidade de maior frequência no feedback, com devolutivas ao longo do processo, ao invés de serem oferecidas apenas no final de ciclos ou atividades, para permitir ajustes contínuos. Diferenças de abordagem entre professores (como contradições ou inexistência do feedback) sinaliza ausência de padrões claros ou metodologia uniforme para dar feedback, necessitando que os professores sejam capacitados para dar e receber feedback¹⁵.

A qualidade do feedback também se mostrou um ponto crítico neste estudo. A literatura aponta que o feedback de baixa qualidade pode ser prejudicial, gerando desinteresse, comportamentos defensivos e até comprometendo o desenvolvimento do estudante. Para que o feedback seja eficaz, ele deve ser estruturado de maneira clara e objetiva, focando não apenas nas competências técnicas, mas também nas atitudes e nas dimensões do profissionalismo^{25,26}. Essa qualidade está diretamente relacionada à preparação dos docentes, que devem ser capacitados para criar um ambiente de aprendizado seguro, respeitoso e propício à troca construtiva.

Os estudantes reconhecem a eficácia de diferentes modalidades de feedback, mas enfatizam a importância de que ele individualizado e propicie reflexão. Eles relatam que feedbacks genéricos ou superficiais não são tão úteis quanto aqueles que abordam especificamente suas necessidades e desempenhos.

Feedback em habilidades é importante, porque muita prática acontecendo lá, muita palpação, muita falação com o paciente, então eu acho super válido ter, mas assim, nunca tive. Nunca tive, tipo, feedback personalizado nunca. Sempre teve uma coisa meio geral, assim. O geral é importante, mas o personalizado também é importante, assim. E sinto uma falta aí. Mas, é só isso que eu tenho que falar sobre o assunto. (GF 1 – E3.3)

Eu acho que a gente tinha bastante feedback no primeiro e no segundo ano. Isso era bastante importante para ir guiando o nosso processo de aprendizagem e de autoconhecimento também, que é um princípio do nosso método que é o mais ativo. Mas isso foi se perdendo a ponto de ser feedback generalista agora,

tanto em tutoria, que a gente é meio obrigatório, o tutor, é papel do tutor fazer um feedback e a minha tutora, por exemplo, falou que ia avaliar todo mundo igual porque era todo mundo mais ou menos igual. Então é uma coisa que acabou se perdendo e até se banalizando, e é um pouco, é ruim porque a gente não sabe realmente o que é válido, o que não é e acaba dificultando um pouco o nosso processo de aprendizagem. Então eu concordo que é algo muito importante, mas é algo que a gente não tem mais no terceiro ano e que faz a diferença nos primeiros anos de graduação. (GF1 – 9.1)

A preferência dos estudantes por feedback individualizado é outro ponto relevante. Ende⁶ também destaca que o feedback individualizado é mais eficaz, pois permite um processo dinâmico de interação, no qual o preceptor pode fornecer uma avaliação mais detalhada e personalizada, ajustada às necessidades e ao ritmo de aprendizado de cada aluno. Esse tipo de feedback é essencial para promover o desenvolvimento de habilidades específicas e garantir que o estudante possa aplicar os conhecimentos de forma mais eficaz no contexto clínico.

Embora os alunos deste estudo reconheçam a importância do feedback para a consolidação de competências em habilidades clínicas, no desenvolvimento do raciocínio clínico e no impacto positivo no processo de ensino-aprendizagem, particularmente nas áreas de clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, ficou evidente que o feedback oferecido pelos docentes teve frequência baixa, irregular e com uma qualidade variada.

As ideias e categorias emanadas pelos alunos condizem e dialogam com referenciais conhecidos que embasaram a presente análise, como as teorias da Aprendizagem Experiencial de Kolb²⁷, a do Feedback Eficaz de Hattie e Timperley²⁸, além da Prática Reflexiva de Schön²⁹. A Teoria da Aprendizagem Experiencial de Kolb²⁷ conecta a temática da aprendizagem, integração pedagógica e o papel do feedback no desenvolvimento de competências. Identifica o aprendizado como um processo cíclico que inclui a experiência concreta, a reflexão, a conceptualização abstrata e a experimentação ativa. O feedback recebido pelos alunos nas habilidades clínicas pode ser entendido como um elemento que promove a reflexão sobre suas ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento e a aprendizagem a partir da experiência prática.

Hattie e Timperley²⁸ em sua Teoria do Feedback Eficaz o reconhecem como uma estrutura essencial para o entendimento de seu papel no aprendizado, incluindo na educação médica. Desenvolvida inicialmente

em um contexto educacional geral, essa teoria é especialmente relevante para cursos como o de Medicina, em que o aprendizado prático e o desenvolvimento de habilidades clínicas são elementos fundamentais para a formação do profissionalismo. Essa teoria destaca três perguntas centrais que o feedback eficaz deve responder, as quais ajudam a guiar o aprendizado e melhorar o desempenho do estudante:

- **Para onde estou indo? (Feed-up):** essa pergunta refere-se à clarificação dos objetivos de aprendizado. O feedback deve ser direcionado para garantir que o aluno compreenda claramente o que se espera dele, promovendo metas específicas, mensuráveis e alcançáveis.
- **Como estou indo? (Feedback):** envolve a avaliação do desempenho atual do aluno em relação aos objetivos estabelecidos. Esse feedback deve ser objetivo, detalhado e baseado em evidências, oferecendo insights sobre os pontos fortes e áreas de melhoria.
- **Para onde devo ir agora? (Feed-forward):** trata de orientar os próximos passos do aluno, indicando estratégias ou abordagens que ele pode adotar para melhorar seu desempenho e alcançar os objetivos de aprendizado.

Nos primeiros anos da graduação, especialmente em metodologias ativas, é essencial que os alunos tenham clareza sobre seus objetivos de aprendizagem. Um feedback estruturado, baseado na Teoria de Hattie e Timperley, não apenas corrige desvios no percurso, mas também se torna um instrumento valioso para guiar o aprendizado e impulsionar a evolução acadêmica do estudante.

Hattie e Timperley também identificam quatro níveis de feedback, cada um com impacto variável no aprendizado:

- **Nível da Tarefa:** focado na precisão e na correção do trabalho realizado pelo aluno. Por exemplo, apontar erros em um diagnóstico ou em uma técnica específica.
- **Nível do Processo:** relacionado às estratégias usadas pelo aluno para realizar a tarefa, incentivando a reflexão e a melhoria contínua.

- **Nível de Autorregulação:** direcionado ao desenvolvimento da capacidade do aluno de monitorar e avaliar seu próprio aprendizado. É particularmente importante em áreas como a Medicina, nas quais a prática independente é fundamental.
- **Nível do Eu:** refere-se a comentários sobre o desempenho geral ou a características pessoais do aluno. Esse nível é menos eficaz, pois não fornece informações específicas sobre o aprendizado.

A Teoria do Feedback Eficaz de Hattie e Timperley oferece uma estrutura robusta para orientar o uso do feedback como uma ferramenta de aprendizado na educação médica. Quando implementado de forma eficaz, ele não apenas melhora o desempenho dos estudantes, mas também promove habilidades de autorregulação e desenvolvimento profissional, essenciais para a prática médica.

Outro referencial teórico sobre feedback e aprendizagem em habilidades clínicas que merece ser detalhado é a Prática Reflexiva de Schön²⁹. Ele é adequado por explorar como o feedback fomenta a prática reflexiva dos alunos com base nas ideias de Donald Schön no aprendizado de semiologia, ajudando-os a se desenvolver como profissionais reflexivos. No contexto de ensino das atividades práticas, o conceito de Schön ajuda a explorar como estudantes e professores podem refletir sobre suas experiências, avaliando o que foi feito e como podem melhorar com base no feedback recebido. Ele também enfatiza a importância do diálogo entre o conhecimento técnico e a prática real. Donald Schön destaca a importância de formar profissionais reflexivos que aprendam a integrar teoria e prática, especialmente em profissões baseadas em habilidades práticas, como medicina, enfermagem e ensino.

Ele introduz conceitos como a “reflexão-na-ação” e a “reflexão-sobre-a-ação”, explicando como esses processos ajudam os profissionais a desenvolverem competência ao lidar com situações complexas e incertas. O conceito de prática reflexiva, baseado nas ideias de Donald Schön, tem uma relação direta e complementar com o feedback no ensino médico, pois ambos são ferramentas fundamentais para o aprendizado em um contexto prático e dinâmico, como o das ciências da saúde. Esses conceitos se interconectam e estão aqui explicitados.

1. *Feedback como Estímulo à Reflexão na Ação e Sobre a Ação*

No ensino médico, o feedback é essencial para **orientar o estudante durante a prática clínica**. Isso reflete o que Schön chama de **reflexão**

na ação, ou seja, o processo de pensar criticamente enquanto se realiza uma atividade. Quando o feedback é fornecido de maneira estruturada e imediata, ele permite que o aluno ajuste sua abordagem ou comportamento em tempo real. Por exemplo, em uma prática de semiologia, um professor pode orientar o aluno durante a realização de um exame físico, corrigindo posturas ou técnicas inadequadas.

Após a atividade, o **feedback promove a reflexão sobre a ação**. O estudante analisa o que fez, identifica pontos fortes e áreas de melhoria e planeja ações futuras para aprimorar seu desempenho.

2. Feedback e a Construção do Conhecimento Tácito

Schön destaca a importância do **conhecimento tácito**, aquele não formalmente expresso e que é desenvolvido por meio da prática e da experiência. O feedback, ao oferecer uma perspectiva externa, ajuda o estudante a transformar práticas implícitas em conhecimento explícito, reconhecendo padrões, habilidades ou deficiências que ele pode não perceber sozinho.

3. Feedback e o Desenvolvimento do Profissional Reflexivo

A prática reflexiva de Schön tem como objetivo formar **profissionais reflexivos**, que sejam capazes de pensar criticamente e melhorar continuamente suas práticas. No ensino médico, o feedback desempenha um papel crucial nesse processo ao incentivar o estudante a assumir uma postura de **autoavaliação e aprendizado contínuo**, habilidades essenciais para lidar com os desafios e incertezas da prática clínica.

4. Feedback como Diálogo Reflexivo

Schön enfatiza a ideia de um **diálogo reflexivo** entre o aprendiz e o mentor. No ensino médico, o feedback deve ser uma troca ativa, em que o professor não apenas aponta erros ou acertos, mas também estimula o estudante a refletir sobre as razões subjacentes ao seu desempenho e a buscar soluções ou estratégias de melhoria. Por exemplo, em vez de simplesmente corrigir uma técnica de exame físico, o professor pode perguntar: "*Como você acha que essa abordagem impacta o conforto do paciente? O que poderia ser ajustado?*".

5. Feedback e Desenvolvimento de Competências Clínicas

O feedback, aliado à prática reflexiva, contribui diretamente para o desenvolvimento de competências clínicas no ensino médico, nas técnicas práticas e procedimentos médicos; no raciocínio clínico e na tomada de decisão, nas habilidades interpessoais, como a comunicação e empatia. Ele

não deve ser apenas informativo, mas também transformador, promovendo a prática reflexiva como parte integrante do aprendizado. Assim, ao associar o conceito de Donald Schön ao feedback, destaca-se a importância de um processo pedagógico contínuo, em que o estudante é encorajado a refletir, aprender e crescer como um profissional competente e autônomo.

Na educação médica, o feedback eficaz é uma ferramenta poderosa para promover o desenvolvimento de competências clínicas e profissionais. Algumas características importantes de sua aplicação incluem: base em situações reais, foco no desempenho observável, contexto reflexivo e frequência e oportunidade.

Apesar de sua eficácia comprovada, a implementação do feedback eficaz enfrenta desafios na educação médica:

- **Barreiras de tempo:** professores e preceptores frequentemente têm agendas sobrecarregadas, o que dificulta a entrega de feedback detalhado.
- **Recepção pelo estudante:** alguns alunos podem não estar preparados para receber feedback crítico, necessitando de suporte emocional ou treinamento para interpretar e utilizar o feedback.
- **Qualidade do feedback:** comentários vagos ou genéricos podem ser ineficazes, destacando a necessidade de capacitação dos instrutores em práticas de feedback.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse cenário deficitário acerca do feedback, apresentado pelos alunos e que encontra apoio e ecoa os referenciais de Kolb, Hattie e Timperley e Schön, reflete a falta de capacitação docente em fornecer e receber feedback estruturado e consistente de forma mais estruturada e padronizada. Mesmo com as limitações encontradas, as experiências dos alunos apontam as necessidades e as grandezas que foram percebidas na sua formação.

É fundamental que tanto alunos quanto professores sejam capacitados para dar e receber feedback. Isto contribuirá para a melhoria da qualidade do ensino e para desenvolvimento de competências essenciais para a prática clínica. A implementação de programas de treinamento

específicos para docentes, aliados a uma política institucional que incentive a prática de feedback regular e de alta qualidade, é um passo crucial para o aprimoramento do ensino médico³⁰.

Através das experiências dos alunos deste estudo sobre o uso do feedback no aprendizado de habilidades, captamos e compreendemos suas percepções que demonstraram conhecer o impacto positivo e essencial no ensino de habilidades nas áreas de clínica médica, ginecologia/obstetrícia e pediatria, destacando seu papel essencial no desenvolvimento do raciocínio clínico. No entanto, apesar desse reconhecimento, o feedback oferecido pelos docentes foi descrito como pouco frequente, irregular e de qualidade variável, sugerindo uma lacuna significativa na estruturação dessa prática dentro do ensino médico.

A percepção dos estudantes sugere que a oferta e a qualidade do feedback estão diretamente ligadas à disponibilidade e ao estilo do professor, tornando a experiência de aprendizado inconsistente. Além disso, os alunos enfatizam a necessidade de um feedback mais individualizado, em oposição ao formato em grupo, pois isso garantiria um acompanhamento mais preciso e adaptado às suas necessidades de aprendizagem. A falta de uma abordagem estruturada compromete a efetividade do feedback, reforçando a necessidade de padronização e capacitação docente³¹.

Esta pesquisa apresentou como limitação a utilização de amostra aleatória de um grupo específico de estudantes de medicina que expuseram seus pontos de vista sobre feedback educacional, trazendo percepções menos representativas de seu grupo social na totalidade. No entanto, a falas dos participantes de cada grupo focal revelam opiniões homogêneas sobre feedback e com riqueza de informações captadas com um grande poder transformador.

Como conclusão deste estudo e diante do cenário apresentado, fica evidente que a causa base do feedback ser ministrado de forma pouco frequente, irregular e de qualidade variável é a ausência de uma capacitação docente sobre dar e receber feedback, sugerindo uma lacuna significativa na estruturação dessa prática dentro do ensino médico. Há assim, urgência de instituir treinamento sistemático para professores, capacitando-os sobre feedback de maneira estruturada e consistente. Além disso, a implementação de políticas institucionais que incentivem o uso regular e qualificado do feedback é essencial para melhorar a qualidade do ensino e fortalecer a formação dos futuros médicos. Esse aprimoramento contribuiria para a aquisição de competências essenciais à prática clínica, tornando o ensino médico mais eficiente e alinhado às necessidades dos estudantes.

REFERÊNCIAS

1. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2011;122:48-58.
2. Bornmann L, Mutz R. Growth rates of modern science: A bibliometric analysis based on the number of publications and cited references. *Humanit Soc Sci Commun.* 2021;8(1):1-10.
3. Nicol DJ, Macfarlane-Dick D. Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. *Stud High Educ.* 2006;31(2):199-218.
4. Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário da Língua Portuguesa.* 2a ed. Curitiba: Positivo; 2003.
5. Tavares LA. James Watt: a trajetória que levou ao desenvolvimento da máquina a vapor vista por seus biógrafos e homens de ciência [Internet]. São Paulo: PUC-SP; 2008 [cited 17 ago 2025]. Available from: <https://repositório.pucsp.br/jspui/handle/handle/13407>
6. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA.* 1983;250(6):777-81.
7. Rogers DA, Boehler ML, Schwind CJ, Meier AH, Wall JCH, Brenner MJM. Engaging medical students in the feedback process. *Am J Surg.* 2012;203(4):21-5.
8. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):176-9.
9. Delaney C, Pattison N, Darbyshire P. The role of constructive feedback in reducing anxiety in medical training. *Med Educ Rev.* 2020;54(5):924-33.
10. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e aprendizado na saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014;47(3):324-31.
11. Telio S, Ajjawi R, Regehr G. The “educational alliance” as a framework for reconceptualizing feedback in medical education. *Acad Med* [Internet]. 2015;90(5):609-14. Available from: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000560>
12. Bing-You R, Trowbridge R, Kruithoff C, Daggett J. Feedback in clinical education: options for effective delivery. *Med Educ.* 2020;54(2):111-8.
13. Iverson AM, Iverson GL, Lukin LE. Frequent, ungraded testing as an instructional strategy. *J Exp Educ.* 1994;62(2):93-101.
14. Scheerens J. Process indicators of school functioning: a selection based on the research literature on school effectiveness. *Stud Educ Eval.* 1991;17(4):371-403.

15. Pricinote SCM, Pereira ERS, Costa NMSC, Fernandes MR. O significado do feedback: um olhar de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2021;45(3):179-88.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
17. Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(2):115-21.
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2020.
19. Freise S, Soratto J, Pires D. Carrying out a computer-aided thematic content analysis with ATLAS.ti. MMG Working Paper. Berlin: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2012.
20. Sá O, Alves MP, Costa AP. A avaliação formativa no ensino superior: o contributo do feedback interativo e construtivo na aprendizagem ativa dos estudantes. *Comun Inf*. 2014;17(2):55-69.
21. Pricinote SCM, Pereira ERS. Percepção de discentes de medicina sobre feedback no ambiente de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):470-80.
22. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinic performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach*. 2006;28(2):117-28.
23. Schultz KW, Kirby J, Delva D, Godwin M, Verma S, Birtwhistle R, et al. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2004;4(1):12.
24. Gibbs G, Simpson C. Conditions under which assessment supports student's learning. *Learn Teach High Educ*. 2004;1:3-31.
25. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. 2012;34(10):787-91.
26. Dobbie A, Tysinger JW. Evidence-based strategies that help office-based teachers give effective feedback. *Fam Med*. 2005;37(9):617-9.
27. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
28. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77(1):81-112.

29. Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
30. Auto BSD, Vasconcelos MVL, Peixoto ALVA. Avaliação de habilidades clínicas e feedback na residência médica em pediatria. Rev Bras Educ Med. 2021;45(2):e098.
31. Maia IL, Kubrusly M, Oliveira MCX, Oliveira CMC, Augusto KL. Estratégia adaptada de feedback voltado para ambulatorios de graduação. Rev Bras Educ Med. 2018;42(4):29-36.



EIXO

**Tecnologia
Educativa**

16

**Validação de um
aplicativo para
avaliação de
desempenho no
internato médico**

Validação de um aplicativo para avaliação de desempenho no internato médico

Guilherme Henrique Dalaqua Grande¹ / Maria Rita Guimarães Maia¹ / Aristides Augusto Palhares Neto² / Rosiane Viana Zuza Diniz³ (orientadora) / Nilva Galli¹ / Sueli Cristina Schadeck Zago¹ / Ilza Martha de Souza¹ / Magda Luzia Neves¹

André Fellipe Freitas Rodrigues¹ / Telma Reginato Martins¹ / Fernando Antonio Mourão Valejo¹

guilhermegrande@unoeste.br / ritaisa@outlook.com.br / aristides.palhares@unesp.br / rosianevzdiniz@gmail.com / nilva@unoeste.br / sueli@unoeste.br / ilza@unoeste.br / magdaneves@unoeste.br / andrefellipe@unoeste.br / telma@unoeste.br / valejo@unoeste.br

Palavras-chave: Avaliação de desempenho; Estudantes de medicina; Educação médica; Ferramenta de avaliação; Tecnologias da Informação e Comunicação.

RESUMO

Introdução e Justificativa: A avaliação é uma etapa essencial no processo educacional, especialmente na medicina, que garante aos futuros profissionais o desenvolvimento de habilidades clínicas e interpessoais cruciais para o cuidado com os pacientes. Métodos avaliativos na área médica variam desde provas teóricas até atividades práticas, cada uma com seus desafios e especificidades. Entre essas, a avaliação do desempenho de educandos em ambientes reais ou simulados se destaca por permitir a observação direta do exercício profissional e a oportunidade de fornecer feedback e aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem. Com o avanço tecnológico, ferramentas digitais têm sido amplamente utilizadas na educação médica, promovendo interatividade, dinamismo e um acompanhamento mais ágil do desempenho estudantil. Aplicativos educacionais ajudam a identificar padrões e lacunas no ensino, além de

1 Universidade do Oeste Paulista, São Paulo, São Paulo, Brasil.

2 Universidade Estadual Paulista, São Paulo, São Paulo, Brasil.

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

padronizar a avaliação, reduzindo subjetividades. **Objetivo:** Este estudo busca compreender as percepções de educadores preceptores e educandos sobre o uso de um aplicativo de avaliação em uma faculdade de medicina no interior do estado de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório que envolverá 20 educandos de medicina e 20 educadores preceptores de um curso de medicina no interior de São Paulo, utilizando um formulário eletrônico disponibilizado via *Google Forms*. A divulgação será feita por e-mail institucional, grupos de WhatsApp e redes sociais, garantindo ampla participação. Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de responder ao questionário. A usabilidade do aplicativo será avaliada por meio do *System Usability Scale (SUS)*, um instrumento validado no Brasil, composto por dez afirmações objetivas. Além disso, a satisfação do usuário será mensurada pelo *Net Promoter Score (NPS)*, que avalia o nível de recomendação do aplicativo com base em uma escala de 0 a 10. **Análise de dados:** A análise dos dados será quantitativa, com tabulação no Microsoft Office Excel® para MacOS e posterior exportação para o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 26.0 (IBM). A análise estatística será conduzida com um nível de confiança de 95%, considerando valores de $p \leq 0,05$ como estatisticamente significativos. As frequências absolutas e os percentuais dos resultados serão apresentados e analisados pelo teste do qui-quadrado de Pearson, enquanto os dados do NPS serão reportados em frequência e porcentagem. **Resultados Esperados e Aplicações Prática na formação de médica:** O aplicativo parece ter uma boa aceitação e apresenta uma expectativa de ser bem avaliado em termos de usabilidade e aceitação, com destaque para a praticidade da *Escala Likert* e do feedback em tempo real. No entanto, desafios podem incluir dificuldades técnicas e variações na padronização da avaliação. Espera-se que o aplicativo seja percebido como uma ferramenta útil para aprimorar a avaliação do desempenho clínico, proporcionando feedbacks mais ágeis e estruturados. Apesar disso, fragilidades poderão ser apontadas, como a necessidade de ajustes na interface e capacitação dos usuários. Este estudo contribuirá para o aprimoramento da ferramenta e para o desenvolvimento de novas estratégias que integrem a tecnologia aos processos avaliativos na educação médica. A adoção de aplicativos móveis pode representar um avanço significativo na formação médica, desde que implementada de maneira estruturada e baseada nas percepções dos usuários.

INTRODUÇÃO

A avaliação essencial à formação, possivelmente, é a etapa mais relevante do processo educacional, sendo indispensável para medir o progresso dos educandos, identificar lacunas no ensino e promover melhorias pedagógicas¹. Além da verificação de conhecimentos adquiridos, é também importante para fomentar o desenvolvimento de competências necessárias para o exercício profissional². Através da avaliação, tanto os educadores quanto os educandos conseguem ter uma visão clara do desempenho e das áreas que precisam de atenção, promovendo um ciclo contínuo de aprendizagem e aprimoramento³.

No contexto da educação médica, a avaliação assume uma relevância ainda maior, pois é responsável por garantir que os futuros médicos desenvolvam competência profissional incluindo o cuidado com os pacientes⁴. Os métodos avaliativos dentro da medicina variam desde provas teóricas até de desempenho em cenários reais, onde o conhecimento, as habilidades clínicas e interpessoais e atitudes do ser médico são observados. A diversidade de abordagens avaliativas, considerando as fortalezas e fragilidades de cada método⁴⁻⁶ visa abranger o amplo espectro da competência necessária para a prática médica eficiente e segura⁷.

Dentre esses métodos, destaca-se a avaliação em cenários de prática, que envolve o desempenho dos educandos em ambientes clínicos reais ou simulados⁸. Esses cenários oferecem uma oportunidade única para que os alunos experimentem o cuidado ao paciente em contextos controlados, permitindo que se preparem para a prática clínica real. A avaliação nesses cenários permite fornecer feedback valioso tanto para os educandos, que podem identificar áreas de melhoria, quanto para os educadores, que podem ajustar seus métodos de ensino⁹.

Nos últimos anos, incluindo o período de pandemia da covid-19, a tecnologia tem se mostrado uma aliada importante para a educação, impactando diretamente a forma como os educandos aprendem e como são avaliados^{10,11}. O uso de ferramentas digitais na educação médica tem permitido uma abordagem mais interativa e dinâmica, promovendo uma maior autonomia dos alunos e facilitando o acompanhamento contínuo de seu desenvolvimento¹². Essas inovações também tornam o processo avaliativo mais ágil e preciso, permitindo que educadores e educandos tenham acesso a feedback praticamente em tempo real.

Uma das grandes vantagens do uso da tecnologia na avaliação dos cenários práticos é a facilidade na identificação de padrões e lacunas no processo de ensino-aprendizagem. Ferramentas digitais podem fornecer

perspectivas valiosas sobre o desempenho dos educandos, promovendo ajustes personalizados e intervenções pedagógicas mais eficazes. Além disso, o uso de aplicativos educacionais pode contribuir para a padronização da avaliação, reduzindo variações subjetivas e garantindo uma maior consistência nos resultados^{13,14}.

Em uma faculdade no interior do estado de São Paulo foi desenvolvido e implementado, desde 2020, um aplicativo móvel para avaliação do educando em cenários de práticas no internato médico, para tornar a avaliação mais dinâmica e permitindo o acompanhamento da progressão no curso em tempo real tanto por educadores quanto por educandos. O aplicativo parece ter tido uma boa aceitação por educadores e educandos, porém ainda não há uma reposta clara sobre as fortalezas e fragilidades desse novo recurso para avaliação.

Neste contexto, surge a necessidade de investigar as percepções de educadores preceptores e educandos sobre o uso de aplicativos para a avaliação em cenários práticos. Compreender as vantagens e desafios percebidos pelos usuários dessa tecnologia pode contribuir para o aprimoramento da ferramenta existente e a implementação de novas soluções que potencializem o processo avaliativo. A pesquisa sobre esse tema é essencial para garantir que a adoção de tecnologias na educação médica seja feita de maneira eficiente, com foco na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Tem-se como objetivo geral compreender as percepções de educadores preceptores e internos do curso de Medicina no interior paulista sobre o uso de um aplicativo para a avaliação em cenários de prática. E para o objetivo específico, identificar fragilidades e fortalezas do aplicativo para avaliação de desempenho no internato médico em uma faculdade do interior paulista.

O aplicativo Horário do Internato

O aplicativo foi desenvolvido pela área de tecnologia da informação da própria universidade, a partir de linguagem de programação para desenvolvimento *web*. Durante os últimos cinco semestres do curso de Medicina, educadores e preceptores das disciplinas/estágios utilizam um aplicativo móvel desenvolvido especificamente para a avaliação do desempenho dos educandos durante a prática clínica. A interface docente

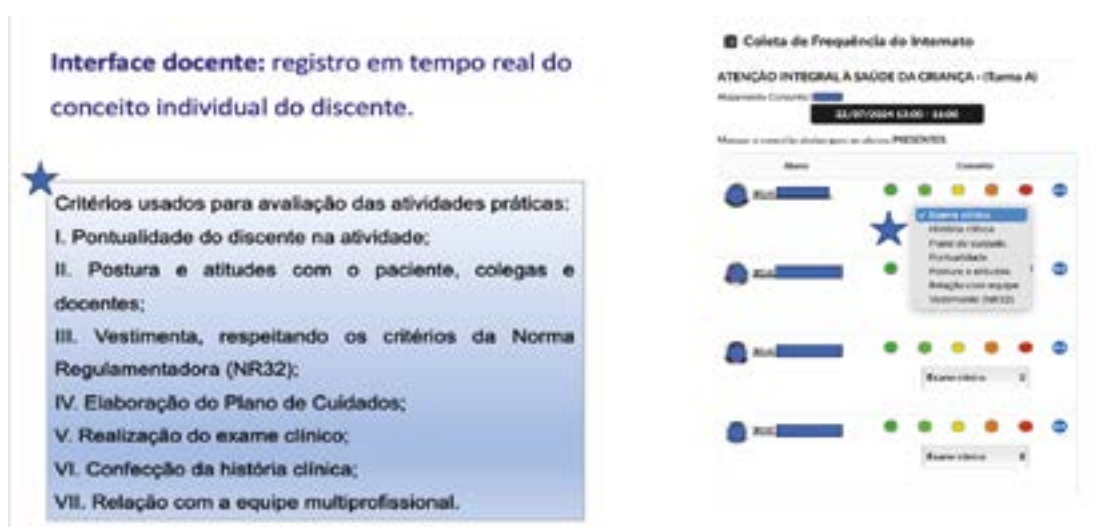
do aplicativo permite o registro em tempo real do conceito individual do educando, de acordo com uma *Escala de Likert* com cinco pontos de corte (por meio de *emotions*) para um determinado critério escolhido pelo docente e conta com espaço para observações sobre o desempenho do educando durante as consultas de saúde.

Os critérios de avaliação abrangem aspectos como habilidades de comunicação, competência clínica, raciocínio diagnóstico e ética profissional. A interface educando do aplicativo mostra o conceito e o feedback (descritivo e pela escala) simultaneamente ao lançamento realizado pelo docente.

Avaliação Prática Critério-Referenciada

A avaliação critério-referenciada é realizada durante todas as atividades do estágio e registrada de forma qualitativa pelo docente responsável, conforme demonstrado na Figura 1. A classificação qualitativa do desempenho do educando leva em consideração os seguintes critérios: (i) Pontualidade do discente na atividade; (ii) Postura e atitudes com o paciente, colegas e docentes; (iii) Vestimenta, respeitando os critérios da Norma Regulamentadora (NR32); (iv) Elaboração do Plano de Cuidados; (V) Realização do exame clínico; (VI) Confeção da história clínica; e (VII) Relação com a equipe multiprofissional.

Figura 1 – Layout do aplicativo para o preceptor e os critérios utilizados na avaliação

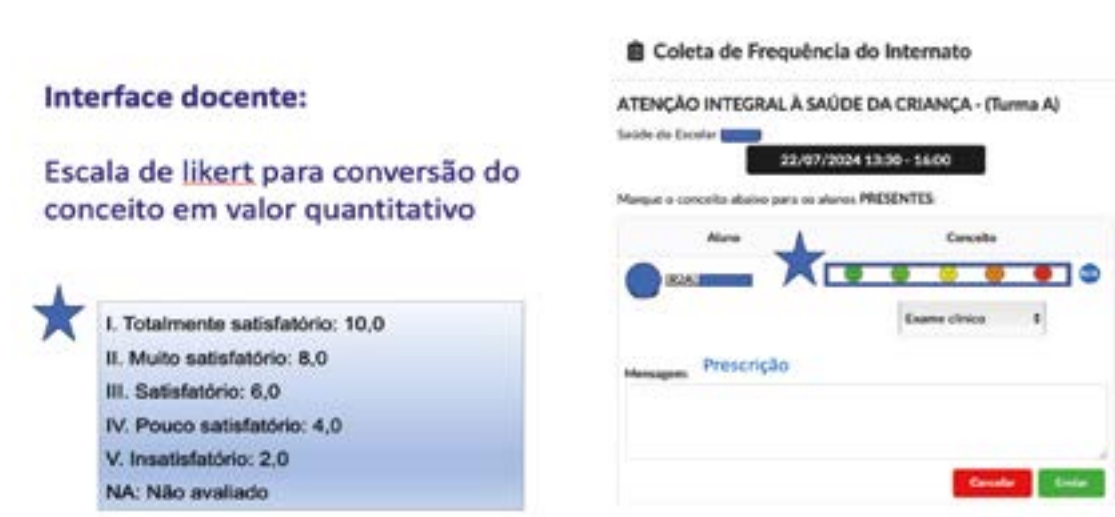


Fonte: elaboração própria.

Os critérios lançados de forma qualitativa, na Avaliação Prática Critério-Referenciada, são imediatamente e automaticamente convertidos em um valor (quantitativo) na seguinte correspondência (Figuras 2 e 3):

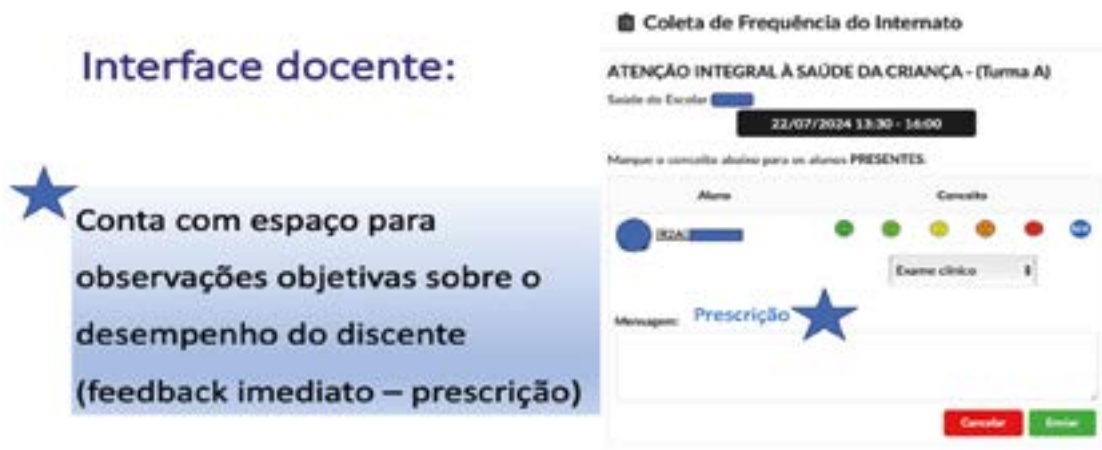
- I. Totalmente satisfatório: 10,0
- II. Muito satisfatório: 8,0
- III. Satisfatório: 6,0
- IV. Pouco satisfatório: 4,0
- V. Insatisfatório: 2,0

Figura 2 – Interface docente do aplicativo apresentando a Escala Likert para avaliação e conversão em pontuação



Fonte: elaboração própria.

Figura 3 – Interface *docente* com a Escala Likert e espaço para observação sobre o desempenho do educando



Fonte: elaboração própria.

A nota final dessa avaliação é a média aritmética simples de todos os conceitos recebidos pelo educando durante o estágio. O educando tem acesso, em tempo real, à sua média diária, através do sistema acadêmico, o que possibilita que ele reflita sobre suas fragilidades, compartilhe informações com os docentes e melhore sua nota durante o estágio. Na Figura 4, é apresentada a interface do aplicativo destinada ao uso do discente.

Figura 4 – Layout do aplicativo apresentando a interface para o educando

Interface discente:



Fonte: elaboração própria.

População

A população de interesse deste estudo é composta por educandos de medicina dos cinco últimos semestres de formação e os seus respectivos educadores preceptores de estágio em uma faculdade localizada no interior do estado de São Paulo.

Critérios de inclusão e exclusão

Serão considerados elegíveis para participar da pesquisa aqueles com idade superior ou igual a 18 anos, educandos do 8º período e internos matriculados nos dois últimos anos do curso de Medicina que estejam participando de cenários práticos durante o período de estudo, além disso, educadores preceptores com no mínimo um ano de atuação.

Educandos que não estejam matriculados regularmente no curso ou que não tenham participado ativamente dos cenários práticos por alguma razão, educadores preceptores que não tenham um ano de atuação na instituição e todos aqueles que recusarem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão excluídos do estudo.

Coleta de dados

Serão coletados dados de 20 educandos de medicina e de 20 educadores preceptores dos cenários de prática de um curso de Medicina no interior do estado de São Paulo. A coleta será realizada por meio de um formulário eletrônico, utilizando a plataforma *Google Forms*. O formulário será divulgado através do e-mail institucional, grupos de *WhatsApp* e redes sociais, garantindo ampla participação do público de interesse desta pesquisa. Todos os participantes deverão assinar o TCLE antes de responder ao questionário.

Os participantes da pesquisa responderão ao System Usability Scale (SUS), um instrumento validado e traduzido transculturalmente para o Brasil para avaliar a usabilidade de usuários em relação a softwares. O SUS é simples, composta por dez afirmações objetivas oferecendo uma visão geral do usuário por meio de *Escala Likert* de 1 (concordo totalmente) a 5 (discordo totalmente)¹⁵.

Além disso, será também analisada a satisfação do usuário por meio do *Net Promoter Score* (NPS). Trata-se de ferramenta utilizada para mensurar o nível de satisfação e lealdade dos usuários, que consiste na pergunta: “Em uma escala de 0 a 10, quanto você recomendaria o aplicativo

Horário do Internato a um amigo ou colega? A ferramenta considera três níveis de recomendação: respostas de 0 a 6 são considerados detratores, ou seja, pessoas que desqualificam ou desvalorizam o aplicativo, sendo necessário uma atenção em relação ao recurso oferecido; escores de 7 e 8 são considerados pessoas neutras ou passivas, e pontuações de 9 e 10 são pessoas que gostam ou gostaram da experiência e que promoverão e apoiarão o uso do aplicativo¹⁶.

Análise dos dados

A avaliação do conhecimento, usabilidade e satisfação será realizada de maneira quantitativa. Os dados serão tabulados no Microsoft Office Excel® para MacOS e, posteriormente, exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 26.0 (IBM), onde serão analisados considerando um nível de confiança de 95%. Valores de p inferiores a 0,05 serão considerados estatisticamente significantes. As frequências absolutas e os percentuais dos resultados serão apresentados e analisados por meio do teste do qui-quadrado de Pearson. Os dados extraídos do NPS serão reportados por meio de frequência e porcentagem.

Resultados esperados

Os resultados desta pesquisa deverão fornecer uma visão abrangente sobre a percepção de educadores preceptores e educandos (internos) de Medicina a respeito do uso do aplicativo *Horário do Internato* na avaliação do desempenho clínico em cenários práticos. A partir da aplicação dos instrumentos de avaliação de usabilidade e satisfação, espera-se identificar tanto as potencialidades quanto as limitações do uso dessa ferramenta digital no contexto do internato médico.

Usabilidade e aceitação do aplicativo

Espera-se que o *System Usability Scale (SUS)* revele um índice de usabilidade considerado bom ou excelente, refletindo a facilidade de uso do aplicativo tanto para educadores preceptores quanto para internos. A adoção da escala Likert associada ao feedback qualitativo em tempo real pode ser percebida como um facilitador para a aprendizagem e a autoavaliação dos educandos. No entanto, podem ser identificadas dificuldades técnicas, como eventuais falhas na interface, tempo de resposta do sistema ou limitações no acesso à ferramenta.

Impacto na qualidade do feedback e aprendizagem

Com base nas respostas dos participantes, espera-se que o aplicativo seja considerado um recurso útil para a melhoria do processo avaliativo, promovendo um acompanhamento mais dinâmico do progresso dos educandos. A possibilidade de feedback imediato pode ser apontada como um diferencial positivo para o aprimoramento contínuo do desempenho dos internos. Entretanto, podem surgir críticas quanto à subjetividade das avaliações qualitativas e à necessidade de capacitação dos educadores preceptores para o uso adequado da ferramenta.

Satisfação dos Usuários

Os resultados do *Net Promoter Score (NPS)* devem indicar um nível de satisfação de moderado a alto entre os usuários, refletindo a aceitação da ferramenta. A facilidade de acesso, a praticidade no registro das avaliações e a possibilidade de visualização imediata do feedback podem ser fatores que contribuem para a recomendação do aplicativo a outros colegas. No entanto, dificuldades técnicas, resistência a mudanças por parte dos educadores preceptores e limitações na personalização dos critérios avaliativos podem ser apontadas como desafios a serem superados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aplicativo já é utilizado em nossos cenários de prática no internato, porém ainda não existe a validação desse recurso por meio de nossos educandos e educadores. Portanto, é essencial a validação da ferramenta para ter clareza sobre sua aplicabilidade e satisfação dos usuários, apoiando as nossas percepções ou indicando ajustes com base em suas necessidades.

Durante o Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) foi apresentado, na modalidade oral, o trabalho intitulado *Utilização de Aplicativo Móvel para Avaliação do Desempenho dos educandos durante a Prática Clínica no Curso de Medicina*. A banca avaliadora ressaltou a importância de uma validação desse recurso, que apontaram como interessante. A ideia foi sendo consolidada com os encontros e discussões na especialização, refletindo em diversos momentos o impacto da avaliação da vida do estudante, além do respaldo dos professores e da orientadora do projeto.

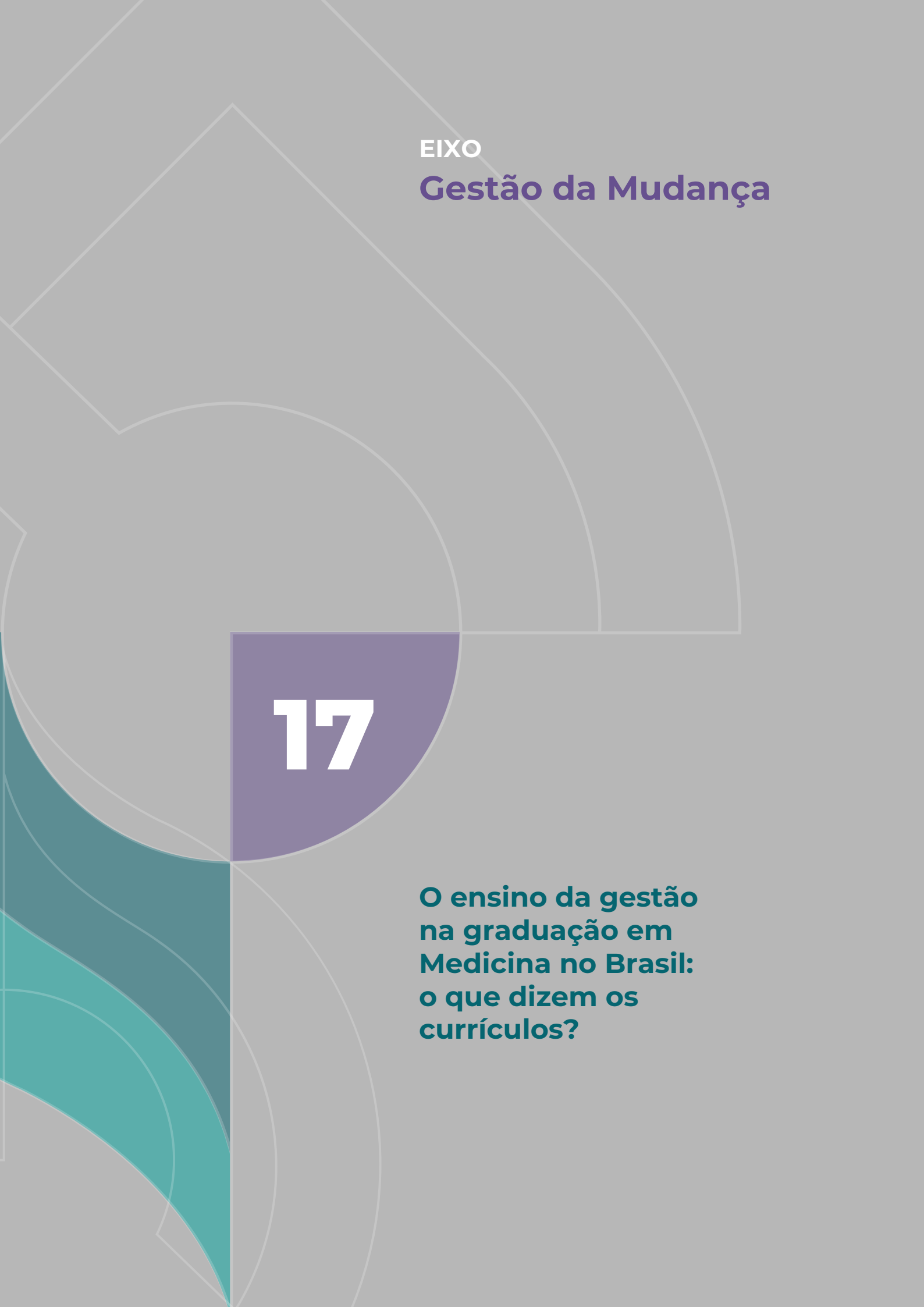
De forma geral, a implementação de aplicativos móveis pode representar um avanço significativo na promoção de um ensino mais

dinâmico e centrado no estudante, alinhado às diretrizes de formação profissional.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Troncon LE. Avaliação do estudante de medicina. Medicina (Ribeirão Preto). 1996;29(4):429-39.
2. Marinho-Araujo CM, Rabelo ML. Avaliação educacional: a abordagem por competências. Avaliação (Campinas). 2015;20(2):443-66.
3. Panúncio-Pinto MP, Almeida Troncon LE. Avaliação do estudante: aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):314-23.
4. Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach. 2003;25(6):569-84.
5. Gonçalves MB, Bellini LM. Avaliação do ensino no curso de Medicina da Universidade Estadual de Maringá: uma análise preliminar. Rev Bras Educ Med. 2002;26.
6. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007;356(4):387-96.
7. Souza MPG, Rangel M. Avaliação: um impasse na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2003;27.
8. Cassiano MS, Passeri SMRR, Lutaif NA. Realidade ou simulação? Análise do desempenho de estudantes de Medicina em avaliações práticas distintas. Rev Bras Educ Med. 2021;45:e008.
9. Franco CAGS, Franco RS, Santos VM, Uiema LA, Mendonça NB, Casanova AP, et al. OSCE para competências de comunicação clínica e profissionalismo: relato de experiência e meta-avaliação. Rev Bras Educ Med. 2015;39(3):433-41.
10. Brito TA, Portela NM, Campos Filho AS. As experiências e aplicações do ensino mediado por tecnologia digital na educação médica: uma revisão da literatura. Rev Bras Inform Educ. 2024;32:120-34.
11. Silva DSM, Sé EVG, Lima VV, Borim FSA, Oliveira MS, Padilha RQ. Metodologias ativas e tecnologias digitais na educação médica: novos desafios em tempos de pandemia. Rev Bras Educ Med. 2022;46.
12. Vieira GBC. Avaliação formativa no curso médico através de aplicativo: verificação da retenção de conteúdo após sala de aula invertida. Programa de iniciação científica. Faculdade Pernambucana (PIC/FPS). 2022.

13. Coulby C, Hennessey S, Davies N, Fuller R. The use of mobile technology for work-based assessment: the student experience. *Br J Educ Technol*. 2011;42(2):251-65.
14. Pickering JD, Swinnerton BJ. Exploring the dimensions of medical student engagement with technology-enhanced learning resources and assessing the impact on assessment outcomes. *Anat Sci Educ*. 2019;12(2):117-28.
15. Lourenço DF, Carmona EV, Lopes MHBM. Translation and cross-cultural adaptation of the System Usability Scale to Brazilian Portuguese. *Aquichan*. 2022;22.
16. Bain & Company. Measuring your Net Promoter Score [Internet]. 2022 [citado 16 Ago 2025]. Disponível em: <https://www.netpromotersystem.com/about/measuring-your-net-promoter-score/>



EIXO

Gestão da Mudança

17

**O ensino da gestão
na graduação em
Medicina no Brasil:
o que dizem os
currículos?**

O ensino da gestão na graduação em Medicina no Brasil: o que dizem os currículos?

Letícia Oliveira de Menezes¹ / Sandro Schreiber de Oliveira¹ / Roger Waters Lima dos Santos¹ / Denise Herdy Afonso² (orientadora)

menezes_leticia@yahoo.com.br / sandro.schreiber@yahoo.com.br / rogeruns@gmail.com / deniseherdy@gmail.com

Palavras-chave: Educação Médica; Educação de Graduação de Medicina; Gestão em Saúde; Avaliação Curricular das Faculdades de Medicina.

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina no Brasil, publicadas pela primeira vez em 2001 e atualizadas na versão de 2014, expressam a necessidade de formar médicos que também possuam conhecimentos em gestão da saúde. A área de gestão em saúde é compreendida como aquela capaz de conduzir sistemas e serviços de saúde, além de atuar na organização e liderança de pessoas e processos ligados à assistência à saúde, aspectos essenciais para a formação e atuação do médico. A ausência de competências em gestão pode não preparar integralmente os futuros médicos para atender às reais necessidades da população, dos serviços de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar os projetos pedagógicos de cursos (PPC) dos cursos de Medicina das universidades públicas federais do Brasil, para verificar se a área de gestão em saúde está presente nos componentes curriculares, no ano de 2024. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza documental e transversal que analisou a presença da área de gestão em saúde nos PPC de Medicina, por meio da avaliação dos componentes curriculares desses cursos. Investigaram-se os descritores relacionados à gestão em saúde, tanto no nome dos componentes curriculares obrigatórios quanto nas ementas, e os achados foram comparados com os dados de conceito de curso, conceito preliminar de curso e região do país,

¹ Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

com base nos PPC disponíveis publicamente nas páginas dos cursos das universidades, coletados entre agosto e dezembro de 2024. **Resultado:** Foram identificadas 59 universidades federais que oferecem curso de Medicina, totalizando 80 cursos, dos quais 81% publicaram PPC após as DCN de 2014. Os resultados mostraram que apenas 30 cursos (37,7%) apresentaram componentes curriculares de gestão em saúde. Aproximadamente 40% dos cursos mais recentes, sem CPC, estavam adequados, o que equivale a 41% dos cursos com CPC com as notas mais altas (4 e 5). **Conclusão:** A oferta de componentes curriculares que abordam a gestão em saúde nos cursos de Medicina ainda é muito baixa, não atendendo às DCN vigentes de 2014. A inclusão do ensino curricular obrigatório de gestão em saúde, abordando competências de liderança, organização, planejamento e gestão, é essencial para a formação integral dos médicos, capacitando-os a compreender a realidade dos serviços de saúde e, inclusive, do SUS.

INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina do Brasil foram publicadas pela primeira vez no ano de 2001, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 4, de 7 de novembro de 2001¹. Nas DCN, os conhecimentos necessários ao exercício profissional compreendiam a gestão em saúde, expressa em meio aos seis grupos de competências e habilidades gerais, que eram: 1. atenção à saúde; 2. tomada de decisões; 3. comunicação; 4. liderança; 5. administração e gerenciamento; 6. educação permanente¹. No ano de 2014, as DCN revisadas foram publicadas e vigoram até os dias atuais². Na Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, foi mantida a necessidade do conhecimento de gestão em saúde e dado como prazo até o ano de 2018 para as escolas de Medicina implantarem as mudanças necessárias. A formação, considerando a temática da gestão, foi à ocasião incorporada como área de formação, ganhando maior destaque, incluindo: 1. atenção à saúde, 2. gestão em saúde e 3. educação em saúde².

Estudos realizados buscaram analisar o alinhamento das DCN com os projetos pedagógicos de cursos (PPC) de Medicina e problematizaram a efetiva implantação destes ao analisarem o perfil do egresso e a metodologia de ensino, com o objetivo de compreender tanto o grau de implantação das DCN como a forma como elas aparecem nos currículos³⁻⁵. A gestão em saúde, por vezes, aparece em atividades pontuais desenvolvidas por meio de iniciativas de docentes, o que pode levar a uma dúvida quanto à continuidade e perenidade do ensino do conteúdo⁶. No entanto, quanto à inclusão da temática da gestão em saúde no currículo de formação médica,

ainda é escassa a literatura que vise compreender a abordagem do tema na formação médica e a possível lacuna de desenvolvimento desta^{6,7}.

A área da gestão em saúde é compreendida como aquela capaz de conduzir sistemas e serviços de saúde, mas também atuando na organização e liderança de pessoas e nos processos ligados a assistência à saúde, inerentes à formação e atuação da medicina⁸. Essa área ainda possui base documental limitada na literatura, seja pela ênfase na gestão em saúde médica, seja por aquela exercida por médicos^{7,8}. Além disso, frequentemente os médicos são convidados a assumir a coordenação de setores, serviços e até mesmo do sistema de saúde, não estando, na maioria das vezes, preparados para gerir e liderar⁹.

Fazer gestão na área da saúde significa, segundo as próprias DCN de 2014, “tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas”, ou seja, desenvolver um trabalho cujo foco seja ter a compreensão de complexos aspectos que compõem o setor saúde, fazendo escolhas baseadas em realidade viável, considerando orçamentos e sendo capaz, para tal, de avaliar resultados, além de sistematizar informações e decidir condutas². Ainda, fazer gestão corresponde a desenvolver estratégias, ações, programas, projetos e políticas de saúde nos âmbitos internos de setores e serviços, mas também externos de comunidades, municípios, estados e União, a fim de organizar planejamento, liderar equipes multidisciplinares e comunicar-se de forma hábil e assertiva⁶. Não menos importante, a gestão deve atuar em processos de acreditação de serviços de saúde e aplicar evidências e diretrizes cientificamente comprovadas para a melhoria da segurança da assistência prestada e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Sobre a área de gestão, as atuais DCN esclarecem as suas dimensões apresentando-as, resumidamente, da seguinte forma: gestão do cuidado; valorização da vida; tomada de decisões; comunicação; liderança; trabalho em equipe; construção participativa do sistema de saúde; participação social e articulada do ensino e aprendizagem na rede de saúde². Essas dimensões possibilitam a construção de PPC que contemplem o ensino nos mais variados anos de formação, de forma teórica e prática, que dialoguem com a necessidade de formação dessa área de saber para ter como egresso um profissional médico apto a compreender, gerir e desenvolver melhorias no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este possui lacunas de planejamento e avaliação da qualidade dos serviços e da gestão do cuidado^{3,10}.

Compreender o que é a gestão em saúde e sua importância para a formação de um médico integral é um dos desafios de implantação das DCN

de 2014, o que pode ocasionar baixa inserção desse tema como componente curricular ou ainda como conteúdo ministrado, levando a uma colocação de baixa visibilidade e possível não implantação perceptível documental³. Os serviços de saúde, de manejo complexo, onde a micropolítica está muito presente, enfrentam não apenas problemas de financiamento, mas também da organização de redes, com inúmeros serviços e pessoas envolvidos, além de projetos em disputa, tendo ainda a escassez de recursos físicos e humanos^{11,12}. Tais fatores reforçam a necessidade de compreender os sistemas, os serviços e o que envolve a gestão em saúde, já na formação, desenvolvendo capacidade de análise de cenários, bem como de proposição e resolução de problemas. Para tal, é importante que os colegiados de curso não somente se apropriem do proposto nas DCN, como também implantem em seus PPC mecanismos de ensino dessa área de saber^{4,13,14}.

O ensino de medicina, conforme estudos desenvolvidos para compreender a aplicação das DCN, a partir do seu *habitus*, está mais voltado à construção do saber técnico assistencial, distanciando-se muitas vezes dos problemas enfrentados tanto pela população quanto pelos serviços de saúde e até mesmo da própria realidade do SUS^{6,7}. Tal distanciamento é percebido muitas vezes em frases que remetem ao médico a posição de alguém que deve pensar apenas na “técnica que vai salvar a vida”. Contudo, pensar na utilização dos recursos, na organização e nas prioridades de acesso, e no planejamento baseado na realidade que de fato se apresenta é imprescindível também para a manutenção de vidas. É preciso formar profissionais capazes de resolver problemas sociais com base no seu saber médico, integrando equipes e atuando inter e transdisciplinar, na busca por instituições mais bem gerenciadas, e, conseqüentemente, prestando melhor assistência à saúde¹². Os médicos atuam em diversos campos, locais e cargos, nas mais variadas formas, não somente na assistência, como também na docência, pesquisa e gestão²⁰. Deve-se reforçar que até mesmo na primeira – assistência – é identificada a necessidade da competência para gestão.

No que concerne ao estudo de currículos, pesquisas feitas sobre a implantação de componentes curriculares, internatos ou atividades de extensão, mediante a análise dos PPC, têm surgido na literatura com o propósito de identificar como são trabalhadas as áreas de atuação, como atenção primária, relações étnicas, estudo de bioética e outras^{14,15}. No entanto, ainda há poucos estudos que possam auxiliar na compreensão da apresentação do eixo de gestão em saúde nos currículos de Medicina^{6,12,13,16}.

Dessa forma, compreender se o tema de gestão em saúde está presente como componente curricular nas matrizes dos cursos de Medicina pode auxiliar na reformulação e no aprimoramento de currículo e na formação

de futuros médicos mais aptos para a gestão do SUS e na aplicação de uma medicina baseada em evidências^{13,14}.

A questão que se apresenta então é:

- O eixo da gestão em saúde está presente, expresso nos PPC dos cursos de Medicina, em componentes curriculares ou nas ementas destes?

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de natureza documental, transversal, com o objetivo de compreender se está expressa a área de gestão em saúde nos PPC de Medicina e como se apresenta nesse documento. Para tal, a base de estudo foram os PPC dos cursos de Medicina disponibilizados de maneira pública nos *sites* das universidades federais, em cursos ativos, no ano de 2024. A pesquisa foi realizada entre agosto e dezembro de 2024.

A coleta se deu então pelo acesso aos arquivos de PPC, em que se obtiveram os seguintes dados: região do país, unidade da Federação, ano de criação do curso de Medicina, ano de publicação do PPC, carga horária total do curso, quantidade de vagas ofertadas para ingresso, conceito de curso (CC), nota do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), conceito preliminar de curso (CPC) e indicador de diferença entre os desempenhos observado e esperado (IDD), segundo o Ministério da Educação por meio do e-MEC.

A seleção dos descritores de busca da gestão em saúde nos PPC foi orientada conforme a seção II, artigo 6º, incisos I a VIII, contendo a explicação dessa área nas DCN de 2014. Nesse processo, adotaram-se os descritores gestão, administração, planejamento, tomada de decisões e liderança que construíram a base de busca, que foram então utilizados para avaliar se estavam associados à gestão. Analisou-se se estavam presentes como nome de componente curricular ou apareciam na descrição de suas ementas. A partir dessa identificação, verificou-se em qual período da formação isso ocorria: se em componentes teóricos ou práticos. Ademais, pesquisou-se a carga horária do componente.

Após a análise, excluíram-se os resultados referentes à assistência à saúde direta e não à gestão em saúde, como administração de medicamentos.

A organização de análise do material ocorreu em cinco etapas: 1. localização e coleta dos PPC das 59 universidades federais com curso de Medicina – obteve-se um total de 80 cursos, considerando todos os *campi*; 2. identificação dos descritores nos PPC; 3. identificação dos dados relativos à universidade e ao curso; 4. pré-análise para compreensão do material encontrado, marcação dos achados; 5. compilação de resultados e avaliação com inferência e interpretação.

Para fins de seleção e garantia de que o aluno passaria pelo componente curricular, não foram avaliadas as disciplinas optativas, uma vez que, ao não optar, o aluno não cursaria esse componente.

Resultados

Segundo o conjunto de 80 cursos analisados, oferecidos por 59 universidades federais do Brasil, observa-se que um conjunto de 21 cursos ainda não recebeu CC, por serem cursos iniciados nos últimos dez anos, e 14 ainda não receberam a nota do Enade nem do CPC. Um curso possui o CC e não tem a nota do CPC nem do Enade.

Com relação à carga horária total dos cursos de Medicina avaliados, ela variou de 7.200 horas (mínimo estabelecido pelas DCN) a 9.620 horas.

Já sobre a data de publicação dos PPC disponíveis para este estudo, 81% foram publicados após 2015, ou seja, após as DCN de 2014, e 100% foram publicados após as DCN de 2001, 32% nos últimos cinco anos. Temos então que dos 30 cursos que atenderam à área de gestão em saúde, 24 (80%) foram de cursos com PPC publicados nos últimos dez anos. Dos 50 cursos que não apresentaram componente curricular de gestão, apenas 16 (32%) tiveram seu PPC publicado nos últimos dez anos.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a região com maior número de cursos foi o Nordeste com 29, seguido de Sudeste com 20 cursos.

Tabela 1. Universidades federais com cursos de Medicina em funcionamento, por região e estado, no Brasil, segundo indicadores e conceitos do Ministério da Educação

Região	UF	Sigla	CC	CPC	Enade	IDD	Região	UF	Sigla	CC	CPC	Enade	IDD
Centro-Oeste	DF	UnB	4	4	4	4	Norte	AM	Ufam Manaus	3	3	3	3
Centro-Oeste	GO	UFG	5	3	4	2	Norte	AP	Unifap	3	3	3	3
Centro-Oeste	GO	Ufcát	.*	.*	.*	.*	Norte	PA	Ufpa Altamira	.*	.*	.*	.*
Centro-Oeste	GO	UFJ	.*	.*	.*	.*	Norte	RO	Unir	4	3	4	4
Centro-Oeste	MS	UFGD	4	3	4	3	Norte	RR	UFRR	4	3	2	3
Centro-Oeste	MS	UFMS Três Lagoas	.*	4	5	5	Norte	TO	UFT	4	4	4	4
Centro-Oeste	MT	UFR	3	4	5	5	Sudeste	MG	UFTM	4	4	4	3
Centro-Oeste	MT	UFMT Cuiabá	4	4	5	5	Sudeste	MG	UFV	4	4	5	5
Centro-Oeste	MT	UFMT Rondonópolis	4	3	4	4	Sudeste	MG	UFU	4	4	4	3
Centro-Oeste	MT	UFMS Campo Grande	4	4	3	3	Sudeste	MG	UFJF Juiz de Fora	4	4	4	3
Nordeste	AL	Ufal Maceió	4	4	5	3	Sudeste	MG	UFJF Governador Valadares	4	4	4	4
Nordeste	AL	Ufal Arapiraca	.*	.*	.*	.*	Sudeste	MG	Ufop	4	4	4	4
Nordeste	BA	UFRB	3	.*	.*	.*	Sudeste	MG	Unifal	4	4	5	5
Nordeste	BA	Ufba	4	4	4	3	Sudeste	MG	UFVJM	4	4	5	5
Nordeste	BA	Ufba Vitória da Conquista	.*	.*	.*	.*	Sudeste	MG	UFMG	5	4	5	4
Nordeste	BA	UFSB	.*	.*	.*	.*	Sudeste	MG	UFSJ Divinópolis	5	4	4	3
Nordeste	BA	Ufob	.*	3	3	4	Sudeste	MG	UFSJ Dona Lindu	5	4	5	5
Nordeste	BA	Unilab	.*	.*	.*	.*	Sudeste	MG	UFVJM Mucuri	.*	4	4	4
Nordeste	CE	UFC Fortaleza	4	4	5	4	Sudeste	MG	Ufla	.*	.*	.*	.*
Nordeste	CE	UFC Sobral	4	4	4	4	Sudeste	RJ	UFRJ RJ	4	3	3	2
Nordeste	CE	Ufca	4	4	4	4	Sudeste	RJ	UFRJ Macaé	4	4	4	4
Nordeste	MA	Ufma Imperatriz	3	3	4	3	Sudeste	RJ	UFF Niterói	.*	4	4	3
Nordeste	MA	Ufma Pinheiro	3	3	3	3	Sudeste	SP	Unifesp	5	4	5	4
Nordeste	MA	Ufma São Luís	4	4	3	3	Sudeste	SP	UFSCar	5	4	5	4
Nordeste	PB	UFPB	3	4	5	4	Sudeste	ES	Ufes	4	4	5	4
Nordeste	PB	UFCG Campina Grande	4	3	4	3	Sudeste	RJ	UNIRIO	4	3	4	3
Nordeste	PB	UFCG Cajazeiras	4	3	4	4	Sul	PR	UFPR Curitiba	4	4	5	4

Nordeste	PE	Ufpe Agreste	4	4	5	4	Sul	PR	UFPR Toledo	.*	.*	.*	.*
Nordeste	PE	Ufpe Recife	4	4	4	3	Sul	PR	Unila	.*	4	4	5
Nordeste	PE	Univasf Paulo Afonso	4	3	4	3	Sul	RS	Ufpel	3	4	4	4
Nordeste	PE	Univasf Petrolina	.*	4	4	3	Sul	RS	UFRGS	4	4	4	3
Nordeste	PI	UFDPAR	3	4	5	4	Sul	RS	UFSM	4	4	4	4
Nordeste	PI	Ufpi Parnaíba	4	4	4	4	Sul	RS	UFCSPA	4	4	4	4
Nordeste	PI	Ufpi Picos	.*	-	.*	.*	Sul	RS	Furg	4	3	3	3
Nordeste	RN	UFRN Natal	4	4	5	4	Sul	RS	UFFS Chapecó	5	3	3	3
Nordeste	RN	UFRN Caicó	.*	4	4	4	Sul	RS	UFFS Passo Fundo	.*	.*	.*	.*
Nordeste	RN	Ufersa	.*	.*	.*	.*	Sul	RS	Unipampa	.*	.*	.*	.*
Nordeste	SE	UFS Lagarto	3	4	4	4	Sul	SC	UFSC FLN	5	4	4	4
Nordeste	SE	UFS Aracaju	4	4	4	4	Sul	SC	UFSC Araranguá	.*	.*	.*	.*
Norte	AC	Ufac	3	2	1	1	Sul	PR	Ufpa Belém	4	3	3	3

Os dados de CC, CPC e Enade referem-se àqueles que estavam em vigor nesse período, variando o ano em que foram atribuídos.

* Os cursos sem nota de CC, CPC, Enade ou IDD foram criados nos últimos anos e não passaram pelo ciclo do Sinaes, não estavam em ano de Enade ou ainda não tiveram as notas finais publicadas.

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados disponibilizados pelo e-MEC em agosto de 2024.

Conforme demonstrado na Tabela 2, sobre o CC, encontram-se 21 cursos sem notas, ou seja, criados nos últimos dez anos, destacando-se a região Nordeste com nove cursos novos, seguida da Região Sul com cinco cursos. Ainda sobre o CC, dos oito cursos com nota 5 (nota máxima), a maioria está no Sudeste. Com CC nota 4, temos 40 cursos, correspondendo à metade dos cursos oferecidos por universidades federais do Brasil e prevalecendo a região Nordeste com 14 cursos, seguida da região Sudeste com 12 cursos. Observa-se que, segundo o CC, apenas 11 cursos estão com nota 3 e nenhum curso com nota 2 ou 1.

Salienta-se que o CC é a nota final do curso após avaliação do Ministério da Educação, posterior por tanto às notas do CPC, tendo para tal maior relevância.

Tabela 2. Valores de CC, CPC e Enade vigentes no ano de 2024, segundo o Ministério da Educação, para os cursos de Medicina das universidades federais do Brasil

		Frequência	Percentual
Conceito de curso	-	21	26,3
	3	11	13,8
	4	40	50,0
	5	8	10,0
	Total	80	100,0
Conceito preliminar de curso	-	15	18,8
	2	1	1,3
	3	18	22,5
	4	46	57,5
	Total	80	100,0
Enade	-	15	18,8
	1	1	1,3
	2	1	1,3
	3	10	12,5
	4	35	43,8
	5	18	22,5
	Total	80	100,0

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados disponibilizados pelo e-MEC em agosto de 2024.

Quando se analisaram os 80 PPC de Medicina das 59 universidades federais do Brasil para a presença de componentes curriculares obrigatórios cujo nome ou ementa verse sobre gestão em saúde, encontrou-se um total de 30 cursos, representando 37,5% dos cursos de Medicina do país de universidade federais com componente ou ementa. Na Tabela 3, são apresentados os nomes dos componentes dos 30 cursos identificados, observando que a maioria possuía apenas um componente curricular sobre gestão (23 cursos); os outros apresentaram a quantidade de componentes curriculares de dois (três cursos), três (dois cursos) ou sete (um curso).

Em relação ao momento em que é oferecido o componente (nos períodos), observa-se o seguinte: primeiro (cinco), segundo (oito), terceiro (dois), quarto (12 – maior oferta), ou seja, a oferta de componentes até o final do quarto semestre dos cursos totaliza 27 (62,8%). Já a partir do terceiro ano dos cursos – do quinto ao oitavo período, verifica-se o seguinte: quinto (dois), sexto (oito), sétimo (dois) e oitavo (quatro), um total de 16 componentes. Quando se considera a carga horária, a proporção estabelece-se em 66,6% até o quarto, mostrando que a maior carga horária e de presença de componentes de gestão está até o quarto período. Já com relação às características dessa carga horária, tem-se que 67,8% ocorrem de forma teórica.

Tabela 3. Nome e característica dos componentes curriculares obrigatórios encontrados nos PPC no ano de 2024, nos cursos de Medicina das universidades federais do Brasil

Nome do componente curricular	Período	CH	Característica		
			T	P	O
Docência e Organização dos Serviços de Saúde (1)	1	68	68	-	-
Estado, Políticas e Sistemas de Saúde*(1)	1	30	15	15	-
Gestão em Saúde I (1)	1	45	30	-	15
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 1(1)	1	90	30	60	-
Saúde Coletiva I	1	30	15	15	-
EDP – Gestão e Empreendedorismo	2	60	60	-	-
Gestão da Organização do Trabalho em Saúde	2	30	30	-	-
Gestão em Saúde, Antropologia e Cuidados Integrativos em Saúde (1)	2	64	32	16	16
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 2(2)	2	90	30	60	-
Prática Profissional e Trabalho em Saúde	2	90	30	60	-
Saúde e Sociedade II	2	60	60	-	-
Saúde, Qualidade de Vida e Políticas Públicas (2)	2	68	68	-	-
Sistema Único de Saúde	2	60	45	-	15
Medicina de Família e Comunidade, Vigilância e Planejamento em Saúde	3	72	72	-	-

Saúde Pública (1)	3	60	60	-	-
Atenção à Saúde IV	4	195	120	30	45
Clínica e Gestão da Atenção Primária em Saúde (2)	4	64	32	24	8
Clínica e Gestão da Atenção Primária em Saúde/ Medicina de Família e Comunidade	4	64	56	8	-
Gestão dos Serviços de Saúde	4	80	60	20	-
Gestão e Vigilância em Saúde	4	60	40	20	-
Gestão em Saúde	4	60	60	-	-
Planejamento e Gerência em Saúde I (1)	4	70	70	-	-
Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde	4	60	30	30	-
Prática de Saúde I	4	45	15	30	-
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 4(3)	4	90	30	60	-
Saúde Coletiva V	4	144	144	-	-
Gestão em Saúde (2)	4	60	60	-	-
Planejamento e Gestão do Serviço de Saúde	5	45	45	-	-
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 5(4)	5	90	30	60	-
Administração e Planejamento De Saúde	6	60	15	45	-
Administração e Planejamento em Saúde	6	60	60	-	-
Gestão em Saúde	6	72	48	24	-
Gestão em Saúde II (2)	6	30	10	-	20
Organização dos Processos de Trabalho no SUS (3)	6	68	68	-	-
Organização e Gestão da Atenção à Saúde (2)	6	30	15	15	-
Planejamento e Gerência em Saúde II (2)	6	45	45	-	-
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 6(5)	6	90	30	60	-
Gestão e Administração	7	30	30	-	-
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 7(6)	7	90	30	60	-
Gestão, Liderança e Empreendedorismo	8	20	20	-	-
Planejamento e Gerência em Saúde I (3)	8	60	60	-	-

Políticas de Saúde e Planejamento	8	75	45	30	-
Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade 8(7)	8	90	30	60	-
TOTAL – 43 componentes curriculares obrigatórios		2.864	1.943	802	119

CH = carga horária; T = teórica; P = prática; O = extensão ou laboratório

Período = semestre letivo do componente curricular. A numeração de (1), (2), (3) etc. significa que são mais componentes ministrados no mesmo curso. Essa numeração indica a ordem e a quantidade que constam no PPC.

Fonte: Elaborada pela autora.

A carga horária desses componentes curriculares de gestão, quando analisados em relação à carga horária total dos cursos, não representou mais do que 0,01%, mesmo em cursos que apresentaram mais do que um componente curricular sobre o tema. Chama a atenção que, dos 30 cursos que possuem componentes de gestão, quase a metade (40%) está na região Nordeste, ou seja, 12 cursos. Foram excluídos os cursos cujos componentes curriculares não fossem obrigatórios, seja por estarem apresentados como disciplinas optativas, seja por fazerem parte de um número variado de disciplinas componentes de um bloco de escolhas em que não houvesse a garantia de que o aluno cursaria em seu percurso de escolhas.

Quando considerados os conteúdos de gestão, por meio da análise dos conteúdos e da bibliografia da seção de ementários dos PPC, observa-se que esporadicamente surgem, com uma parte muito pequena em relação à lista dos demais conteúdos e da bibliografia, mais presente nas complementares, mas em 31 cursos não apareceu oferta do conteúdo de gestão, nem como disciplina optativa. Chama a atenção que todos os PPC expressam estar em conformidade com as DCN de 2014, trazendo muitas vezes, em seus textos de abertura, a explicação sobre os eixos a serem contemplados nos currículos: 1. atenção à saúde, 2. gestão em saúde e 3. educação em saúde.

Tabela 4. Respondendo à questão – há componente curricular de gestão, segundo os anos de criação do curso de Medicina em universidades federais do Brasil, em relação à publicação das primeiras DCN de 2001 e as DCN de 2014

		TEMPO DE EXISTÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA			
		Até 9 anos	De 10 a 22 anos	Acima de 22 anos	Total
Há componente ou ementa	NÃO	7	21	22	50
		53,8%	70,0%	59,5%	62,5%
	SIM	6	9	15	30
		46,2%	30,0%	40,5%	37,5%
Total		13	30	37	80
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora com base no tempo de existência do curso de Medicina, nos dados disponibilizados pelo e-MEC de agosto de 2024 e nos dados sobre os componentes deste estudo nos PPC dos cursos.

Segundo a Tabela 4, quando feita a análise bivariada, observa-se que, dos cursos de Medicina criados antes da publicação das primeiras DCN (2001), somente 40,5% apresentaram componentes curriculares de gestão, enquanto nos cursos mais novos, criados nos últimos nove anos, esse número foi maior, 46,2%, representando maior adequação dos cursos federais novos, do que dos cursos criados há mais tempo. Apesar dos PPC publicados nos últimos anos, os cursos mais antigos estiveram em condição pior em relação aos novos cursos. Os dados da Tabela 4 não tiveram significância estatística, ou seja, $p < 0,05$, possivelmente pelo fato de o tamanho da amostra ser pequeno.

Quando analisada a relação de presença de componentes curriculares sobre gestão em saúde e o CPC de cada curso (Tabela 5), observa-se que aqueles com notas de 1 a 3 (notas consideradas mais baixas) são cursos que apresentaram menos componentes de gestão em seus currículos. Já os cursos ainda sem CPC atribuído e aqueles com notas 4 e 5 (as mais elevadas) ficaram com resultados semelhantes, aproximadamente 40%, quando na análise de ter componente curricular de gestão em saúde. Salienta-se que o CPC é uma avaliação feita com base no desempenho do curso, ou seja, o tempo curto de existência de um curso faz com que ele ainda não tenha completado o ciclo para receber avaliação pelo desempenho comparado e

visita presencial, entre outros motivos, ficando sem a atribuição de nota ao seu CPC, que será dada depois da visita e do tempo de curso. Portanto, os cursos sem CPC são aqueles que ainda estão em fase de adaptação e desenvolvimento.

Tabela 5. Respondendo à questão – há componente curricular de gestão, segundo o CPC do curso de Medicina em universidades federais do Brasil

		CPC			
		Sem conceito	Notas de 1 a 3	Notas de 4 a 5	Total
Há componente ou ementa	NÃO	9	14	27	50
		60,0%	73,7%	58,7%	62,5%
	SIM	6	5	19	30
		40,0%	26,3%	41,3%	37,5%
Total		15	19	46	80
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação aos conteúdos ministrados, constatou-se que o mais frequente foi aquele com foco em aspectos políticos e de gestão do sistema de saúde, aparecendo poucas vezes o foco na gestão de serviços, espaços de trabalho, carreira médica e participação social. Ainda, chama a atenção o fato de esses conteúdos estarem mais presentes em eixos ou componentes ligados à atenção primária à saúde e nunca dentro de disciplinas com conteúdos de atenção de média e alta complexidades.

Discussão

Embora existam diretrizes que orientam a necessidade de contemplar, nos currículos de Medicina, o eixo da gestão em saúde, os resultados indicam que a maioria dos cursos não atende às DCN nessa área, corroborando estudos que analisaram os cursos do estado de São Paulo⁶. Mesmo representando um avanço de transformação dos currículos após as DCN de 2001 e 2014 para proporcionar uma formação médica integral e voltada às reais necessidades da população, esse avanço ainda foi menor no eixo da gestão em saúde^{7,17}.

Evidenciaram-se projetos pedagógicos cujas matrizes ainda não parecem garantir adequadamente o ensino da gestão, seja por não incluírem o conteúdo, seja por terem carga horária baixa, ou até mesmo pela falta de compreensão de que a gestão não deva ser aquela ligada apenas à atenção primária à saúde^{6,7}.

Ainda que possa haver experiências práticas de gestão ocorridas no cotidiano da assistência, presenciada ou vivida pelos alunos durante sua formação, sem a devida formalização pedagógica, elas podem não ser orientadas para o ensino da gestão^{18,19}. Quando não orientadas, podem ser aprendidas de forma incorreta ou empírica sem a compreensão de que a profissionalização deve ocorrer para que haja uma boa gestão de serviços e até do sistema de saúde. A gestão possui mecanismos, ferramentas e indicadores de resultado que devem ser ensinados teoricamente, para além de somente vivenciados^{17,20}. Faz-se necessário discutir, apropriar-se de estudos e práticas de gestão em saúde nos currículos, mas também analisar a formação do corpo docente para que ele seja apto ao assunto, propiciando formações continuadas quando necessário^{13,14,17}.

A análise revelou resultados semelhantes aos encontrados em um estudo anterior, realizado com 18 cursos que, na época, estavam entre os melhores segundo o *ranking* da *Folha de S.Paulo* de 2019⁶. Desses cursos analisados, 11 pertenciam a universidades federais, o que coincide com o estudo aqui apresentado. O resultado obtido pela autora, de 44% de presença do eixo de gestão em saúde nos currículos, foi similar aos 37,5% encontrados neste estudo, com a diferença de que, naquele estudo, consideraram-se também as disciplinas optativas⁶, o que talvez, se retiradas, resultaria em um resultado ainda mais semelhante ao deste estudo.

Em relação ao momento em que são oferecidos o componente e o total de dedicação de carga horária, observou-se que foi mais frequente nos anos iniciais, levantando não somente a hipótese de que quanto mais próximo dos anos de clínica, menos importante pode parecer a gestão para esses currículos, como do momento de formação inadequado. Os alunos, em anos iniciais, ainda buscam compreender aspectos mais ligados às estruturas de estudar os biológicos e ainda estão iniciando o entendimento sobre serviços e sistema de saúde, sendo muito mais complexo compreender as questões relativas à gestão em seus diversos contextos. Pensando então na complexidade de fazer gestão dentro de serviços, como hospitais, unidades de pronto atendimento (UPA) e até de cargos nas diretorias e secretarias de saúde, dos municípios e estados, torna-se importante trabalhar com esses conteúdos de gestão mais próximos ao período de internato. Reforça-se que os alunos nos anos iniciais ainda não têm uma visão sólida da prática médica, e fica mais difícil de compreender a gestão de questões mais amplas

e complexas. Porém, ministrar apenas no último período que antecede o internato pode tornar-se pesado de conceitos e causar estranheza, sendo talvez importante acrescentar também, alguns períodos antes, conteúdos que irão gradativamente aumentando em complexidade¹⁹.

As universidades federais cujos cursos foram criados há mais tempo, mais do que dez anos, mostraram-se possivelmente mais resistentes à inserção de conteúdos de gestão, apresentando mais conteúdo com foco na assistência à saúde, do que as criadas nos últimos nove anos; este número foi maior, 46,2% do total dos cursos criados há menos tempo. Esse resultado mostra a maior adequação dos cursos federais mais novos do que dos cursos criados há mais tempo. No Brasil, esses novos cursos federais de Medicina, desde o ano de 2014, passaram a ser acompanhados pela Comissão Assessora de Avaliação de Cursos de Medicina (Camem)²¹. Essa comissão foi criada para atuar diretamente no processo de avaliação e autorização de novos cursos de Medicina, com foco na qualidade do ensino das universidades federais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O eixo da gestão em saúde ainda não está presente como componente curricular obrigatório ou nas ementas na maioria dos cursos de Medicina das universidades federais do Brasil. A presença do ensino da gestão em saúde, quando ocorre, ainda mostra lacunas de formalização ou até mesmo de compreensão, uma vez que parece estar mais presente nos conteúdos de atenção primária à saúde, sem a garantia de formar um médico apto a lidar com a gestão no seu cotidiano de trabalho, em todos os níveis de atenção.

Repensar a composição da formação do corpo docente, para atuação de profissionais com formação para a gestão de saúde, pode ser uma alternativa para reorganizar os PPC, contemplando o tema. Na busca pelo fomento ao ensino da gestão em saúde, cabe reforçar a importância de propiciar espaços de debate e reconhecimento da gestão na atuação dos médicos, para que possa haver o aumento da compreensão sobre a gestão como ciência técnica, dotada de ferramental e de conteúdos a serem ensinados e aprendidos e que possam, para além de serem vivenciados, embasar as experiências em campo dos acadêmicos de medicina.

Deve-se reforçar ainda a necessidade de criar componente curricular específico de gestão ou trabalhar o ensino teórico com o prático nos currículos já organizados por competência. Sugere-se que esse componente pode ocorrer entre o terceiro e o quarto ano ou, se estiver presente em anos iniciais da formação, ser trabalhado em mais componentes, trazendo os conteúdos de forma progressiva em sua compreensão. Idealmente, deve

estar localizado no quarto ano, antecedendo a entrada no internato, quando as experiências dos alunos já podem trazer mais significado ao que for apresentado.

Apesar dos resultados obtidos, este estudo apresentou algumas limitações devido à sua base e ao fato de a coleta ser os PPC disponibilizados publicamente, ainda que todos tenham sido localizados. Mesmo entendendo a importância do acesso público à comunidade acadêmica, entende-se como uma limitação a possível desatualização na publicação da última versão disponível.

Acredita-se que, pela compreensão da gestão em saúde, a interface entre clínica e a gestão pode ser favorecida, uma vez que é indissociável a gestão em saúde do cuidado cotidiano, ampliando a capacidade de intervenção na clínica, nos serviços de saúde e no SUS. Por meio do eixo de gestão em saúde devidamente inserido nos cursos de Medicina do Brasil, teremos profissionais mais bem formados para que possam atuar com criticidade e atender às reais necessidades de saúde das pessoas, do sistema de saúde e do país.

Este estudo teve como foco a formação dos profissionais na medicina, visando ampliar o debate sobre que tipo de médico estamos formando e com quais competências, uma vez que o aprendizado relacionado à gestão em saúde é uma importante etapa na formação integral desse futuro profissional.

A aplicação prática dos achados deste estudo na formação dos profissionais médicos ocorre primeiro em perceber que a maioria dos cursos de Medicina de universidades federais ainda não contempla o tema de gestão em saúde em sua base de componentes curriculares obrigatórios, possibilitando um questionamento sobre o perfil do egresso que estamos formando.

Outra aplicação prática poderá se dar mediante a oportunidade de compreender melhor o tema da gestão em saúde e, posteriormente, na reconstrução de PPC, contemplá-lo mais de forma mais adequada. Além disso, suscitará a busca por formação continuada de professores desses cursos para que possam compreender a importância de ministrar gestão em saúde ou ainda o fortalecimento do colegiado docente dos cursos por meio da contratação de professores com formação na área.

Para além disso, espera-se que haja mais componentes curriculares ou currículos organizados por competências, que não somente introduzam conteúdos e práticas de planejamento, liderança, políticas do sistema de saúde, como também aprofundem essas temáticas quando diante da

realidade dos serviços de saúde, compreendendo o papel do médico, com sua experiência de gestão, como parte das soluções e dos rumos de cada estabelecimento de saúde e de cada comunidade.

Ainda, que os acadêmicos de Medicina, com os demais educandos da área da saúde, possam pensar soluções e novas formas de gestão para resolver problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidades, estando aptos até mesmo para ocupar cargos com essa responsabilidade de gestão no âmbito do SUS.

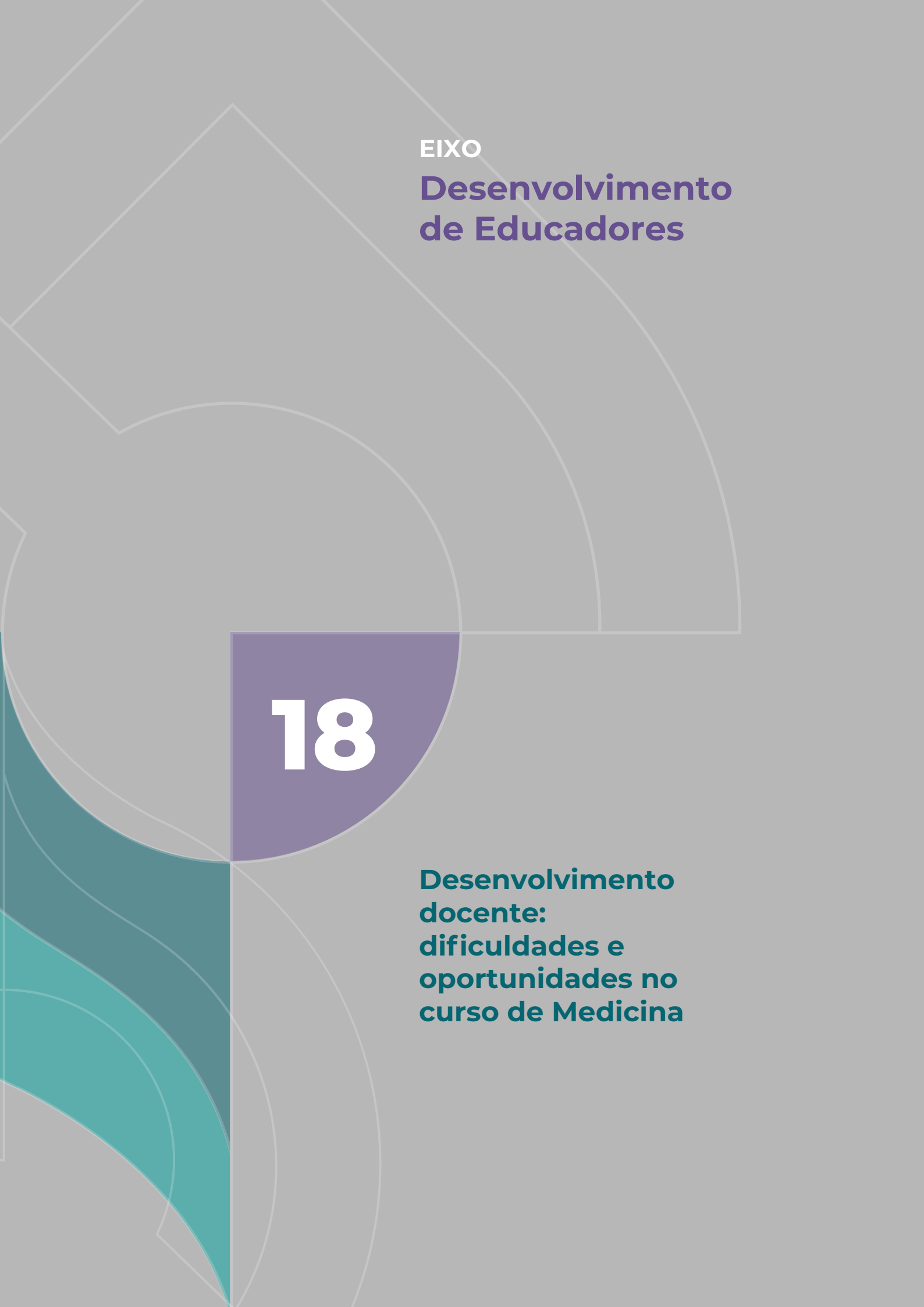
Como aplicação prática para a minha formação, foi a riqueza de estudar 80 currículos de cursos de Medicina das universidades federais do Brasil, podendo conhecer novas formas, modelos e métodos para curricularizar conteúdos e práticas de gestão em saúde, expandindo as minhas possibilidades como professora de curso de Medicina.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
2. Brasil. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
3. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. Rev Bras Educ Med. 2014;38(3):1-9.
4. Ximenes V. Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014 [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
5. Souzal PA, Zeferino AMB, Da Ros MA. Currículo Integrado: entre o discurso e a prática. Rev Bras Educ Med. 2011;35(2):201-8.
6. Pereira NCF, Lima DP, Silva GM, Almeida RM, Costa JMG. (Re)conhecendo a dimensão da gestão em saúde em um currículo médico. Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):53-60 [acesso em 18 out. 2025]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/374/37471881019/37471881019.pdf>.
7. Fitzgerald L, Steyn R, Leach J. First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. J Health Organ Manag. 2016;30(5):851-69. doi: <https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0079>.
8. Silva SR, Basso M, Oliveira F. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. Rev Bras Saúde Pública. 2018;52:70-9.

9. Brasil. Demografia médica no Brasil. 2020 [acesso em 28 out. 2025]. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf.
10. Machado C, Oliveira JM, Malvezzi E. Repercussões das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. Interface (Botucatu). 2021;25:e200358. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200358>.
11. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. Cien Saude Colet. 2017;12(4):965-71.
12. Carvalho SR, Campos GWS, Oliveira GN. Reflexões sobre o ensino de gestão em saúde no internato de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas: Unicamp. Interface (Botucatu). 2009;13(29):455-465. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000200017>.
13. Oliveira CA, Senger MH, Ezequie OS, Amaral E. Alinhamento de diferentes projetos pedagógicos de cursos de Medicina com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Rev Bras Educ Med. 2019;43(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180203>
14. Rezende VLM, Rocha BS, Naghettini AV, Pereira ERS. Análise documental do projeto pedagógico de um curso de Medicina e o ensino na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu). 2019;23(supl1):e170896. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170896>.
15. Conceição MC, Riscado JLS, Vilela RQB. Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de medicina: análise curricular. Rev Educ Méd. 2025;49(1):25-33. doi: <https://doi.org/10.18256/2447-3944.2018.v4i3.2606>.
16. Silva MC, Souza AP. Gestão em saúde e escolas médicas: estudantes de medicina como futuros gestores. RAS. 2024;48(4):120-8.
17. Higa EFR, Hafner MLB, Tonhom SFR, Taipeiro EDF, Moreira HM, Guimarães APC, et al. Indicadores de avaliação em gestão e saúde coletiva na formação médica. Rev Bras Educ Med. 2013;37(1):77-84. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000100008>.
18. Cavalcante AC, Lima DFB, Silva HJ, Souza RA, Alves SS, Pereira LHM. Gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família: revisão narrativa. Rev Cienc Saude (São Caetano do Sul). 2021;19(2):168-75 [acesso em 19 dez. 2025]. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3549/pdf.

19. Dias GN, Bagnolli RAM, Oliveira ACS, Silva ACL e, Costa CS, Couto ERC. Desafios na docência de gestão em saúde para alunos da medicina: um relato de experiência. Educ Saúd Fundam Desafios. 2022;3:136-43 [acesso em 19 dez. 2025]. Disponível em: <https://uniptan.emnuvens.com.br/educacaoesaude/article/view/597>.
20. Makdisse M, Katz M. Gestão em saúde e a medicina baseada em evidências. Einstein (São Paulo). 2013;11(3):ix-x.
21. Comissão Assessora de Avaliação de Cursos de Medicina. Portaria nº 1.276, de 18 de agosto de 2014. Brasília: Ministério da Educação; 2014.



EIXO

Desenvolvimento de Educadores

18

**Desenvolvimento
docente:
dificuldades e
oportunidades no
curso de Medicina**

Desenvolvimento docente: dificuldades e oportunidades no curso de Medicina

Raquel Hermes Rosa Oliveira¹ / Rosiane Viana Zuza Diniz²

raquelhermes1@yahoo.com.br / rosianevzdiniz@gmail.com

Palavras-chave: Docente de Medicina; Educação Médica Continuada, Capacitação de Professores.

RESUMO

Introdução: A formação do graduado em Medicina é diretamente influenciada pela atuação de docentes e preceptores. Contudo, estes, em sua maioria, não possuem preparo prévio em técnicas pedagógicas. A complexidade da atuação do educador na formação em saúde, o exercício de atividade profissional assistencial, a falta de valorização do conhecimento pedagógico, entre outros fatores, contribuem para a falta de preparo em educação na saúde. A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), por meio de seu Núcleo Institucional de Desenvolvimento Docente (Nidd), investe em ações para o desenvolvimento pessoal e profissional de docentes e preceptores. Entretanto, a participação nas atividades tem sido aquém do esperado. Nesse contexto, a pesquisa atual pretende compreender os desafios e as oportunidades para o desenvolvimento de docentes e preceptores do curso de Medicina da EBMSP. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivos apresentar o projeto de pesquisa a ser desenvolvido que visa estabelecer a proporção de docentes e preceptores que possuem formação pedagógica; analisar a percepção deles quanto à necessidade de aprimoramento pedagógico; identificar fatores motivadores e empecilhos para a participação regular em atividades de formação pedagógica; e identificar o conhecimento e uso de diferentes estratégias de ensino e avaliação. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, quantitativo e qualitativo. A população do estudo será composta pelo corpo docente e de preceptores do curso de Medicina da EBMSP por meio de um questionário virtual com perguntas para a caracterização da amostra, sobre formação pedagógica, fatores que influenciam a participação em atividades pedagógicas, conhecimento e uso de algumas estratégias de ensino e avaliação. O projeto foi aprovado pelo

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa Humana da EBMSp sob Parecer nº e CAAE nº 86132924.7.0000.5544. Os resultados permitirão conhecer a formação pedagógica atual da amostra, suas necessidades, fatores motivadores e empecilhos para participação docente em atividades de desenvolvimento pedagógico. Dessa maneira, o Nidd poderá planejar suas ações de maneira mais assertiva e sugerir benefícios que estimulem a adesão.

INTRODUÇÃO

A formação pedagógica do docente de Medicina tem sido um desafio para as instituições de ensino superior (IES). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina de 2014 apresentam três grandes áreas da formação, 1. atenção à saúde, 2. gestão em saúde e 3. educação em saúde, e estabelecem que “O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde [...]” (capítulo I, artigo 3º)¹. Para que as novas gerações de médicos alcancem essa formação, os professores devem saber conduzir o graduando de modo que ele possa adquirir competências que lhe permitam aprender a aprender. Assim, o ensinar na área da saúde assume uma amplitude que ultrapassa a aplicação de uma técnica ou um procedimento e estimula a autonomia do educando. No entanto, a maioria dos professores é contratada com base na qualidade de seu desempenho como profissional de saúde e/ou pesquisador, principalmente no ciclo clínico, sendo a prática do ensino na área médica uma atividade complementar ou secundária².

Com o aumento do número de alunos, há uma necessidade crescente de professores e preceptores. Uma vez que a prática desses docentes e preceptores impacta diretamente a formação dos futuros profissionais, as IES em saúde devem promover formação docente de maneira continuada em competências pedagógicas¹. Contudo, de acordo com Oliveira³, a responsabilidade em relação à formação docente é do próprio professor, da sua capacidade de reflexão, de relacionamento interpessoal, de inserção em grupos de estudos e aprendizagem, da participação em cursos de capacitação, entre outras atividades que possam oferecer subsídios para o seu desenvolvimento como educador.

Entretanto, o processo de formação do professor enfrenta algumas dificuldades. A atividade do professor na área da saúde tem sido cada vez mais complexa. Harden et al.⁴ citam 12 diferentes papéis desempenhados pelo professor atual. Este, além da *expertise* técnica para ministrar palestras e atuação clínica, deve desempenhar papéis como mentor e facilitador da

aprendizagem, planejador de curso e de currículos, avaliador, modelo de profissional e ainda desenvolvedor de material e guias de estudo. Essas múltiplas atuações exigem cada vez maior dedicação e empenho do professor diante de sua importância na educação médica contemporânea. Ademais, a singularidade do educador da área de saúde, a intersubjetividade da prática diária e o avanço da tecnologia educacional são barreiras a serem superadas para a formação do professor de Medicina. Portanto, deve haver um processo de desenvolvimento profissional permanente para o ensino na área da saúde que leve à reelaboração dos saberes docentes, contribuindo para adaptação às diversas demandas atuais do professor².

Outra dificuldade para o desenvolvimento docente em técnicas pedagógicas decorre do fato de a maioria dos professores de Medicina atuar na docência como atividade secundária e ocupar seu tempo prioritariamente com o exercício da profissão na saúde. As consequentes pressões decorrentes do exercício da assistência na saúde restringem o tempo para se dedicar à formação docente. Há ainda falta de comunicação e incentivo institucional⁵.

Diversos estudos têm constatado a ausência de preparo para a docência do professor de Medicina⁶⁻¹¹.

A ausência de preparo do professor de Medicina foi descrita por Costa⁶ que estudou o processo de formação docente de 53 professores do ciclo profissional do curso de Medicina de uma universidade pública federal do Brasil. Muitos dos participantes da pesquisa mencionaram dificuldades no início da carreira de professor e alguns afirmaram terem adquirido consciência sobre a falta de formação em docência após anos de trabalho na universidade. A autora encontrou 71,7% de professores com alguma formação didática após um tempo variável de experiência docente. Sobre a formação docente vivenciada previamente, os professores pesquisados citaram como principal ponto positivo a atualização em recursos didáticos do processo ensino-aprendizagem e como ponto negativo a pequena carga horária cursada, uma vez que a maioria havia realizado cursos de curta duração.

Quintanilha et al.⁷ identificaram a escassa formação e o reduzido envolvimento pedagógico de docentes da área da saúde na cidade de Salvador. Dos 180 professores incluídos no estudo, 91% afirmaram que a base do seu trabalho na docência era sua experiência profissional sem preparo prévio. Já 94% concordaram que o treinamento didático poderia contribuir para sua atividade de ensino apesar de não o realizarem. Ou seja, parece haver um ambiente favorável à implantação de atividades de desenvolvimento docente permanente, contudo não há envolvimento dos professores, o que denota ausência de iniciativas motivadoras para eles e para as instituições.

Em contraste, em um estudo realizado com 40 professores de cursos de Medicina de Rondônia, a maioria não expressou a necessidade de formação pedagógica com a justificativa de que eles já haviam aprendido na prática⁸, o que evidencia a falta de engajamento na docência, que se configura como uma atividade secundária.

Já em âmbito nacional, Quintanilha et al.⁹ analisaram a percepção da atividade docente entre 223 professores do ensino superior em saúde das diversas regiões do Brasil de instituições públicas e privadas. A grande maioria dos participantes concordou que a experiência profissional fundamenta a atuação como docente (89%) e que a capacitação na área de educação pode contribuir para a docência (95%). A pesquisa ainda evidenciou que apenas 46% dos professores se sentiam capazes de lecionar para turmas com pessoas com deficiência⁹. Esse estudo recente, além de evidenciar a percepção dos docentes sobre a necessidade de aprimoramento pedagógico, chama a atenção para a necessidade de preparo para lidar com número cada vez maior de estudantes pertencentes a grupos minorizados e pessoas com deficiências.

A necessidade de desenvolvimento docente também foi identificada por Bivanco-Lima et al.¹⁰. Dentre 47 coordenadores de disciplinas de um curso de Medicina, 93% concordaram com a importância do desenvolvimento docente e 56,5% expressaram espontaneamente a necessidade de treinamento em metodologias de ensino. Adicionalmente, 68% confirmaram o desejo de realizar formação em educação nos três meses seguintes, apontando um ambiente favorável ao desenvolvimento docente. Contudo, o estudo foi realizado com coordenadores de disciplinas, de quem se espera maior comprometimento pedagógico¹⁰.

Um interessante estudo realizado na Hungria quantificou a percepção da importância de diferentes objetivos de ensino, o quanto era de fato ofertado aos alunos e a necessidade de desenvolvimento em algumas habilidades pedagógicas entrevistando professores e estudantes de Medicina. Os autores identificaram uma diferença estatisticamente significativa entre a importância de algumas competências e a percepção do quanto era de fato trabalhado com os estudantes. Adicionalmente, os professores quantificaram como muito importante o conhecimento profissional para o ensino, enquanto os estudantes apontaram maior necessidade de conhecimento didático pelos professores¹¹. Esse resultado permite concluir que os professores, além de não possuírem o preparo para o ensino esperado pelos estudantes, também não o valorizam, acreditando ainda no modelo de transmissão vertical de conhecimento do professor para o aluno.

O desenvolvimento docente que amplia a utilização de recursos pedagógicos traz resultados positivos aos docentes e, conseqüentemente, à IES e aos estudantes. Camas et al.¹² avaliaram o impacto na formação docente de professores de uma IES de saúde submetidos a um curso de metodologias no ensino superior. Os pesquisados relataram melhorias no seu desempenho, práticas de reflexão e iniciação nas salas de aula. Portanto, um programa de desenvolvimento docente permanente leva à melhor qualidade do ensino e do conhecimento dos novos recursos didáticos.

Em uma revisão sobre os desafios para a formação do professor de Medicina, Weyn et al.¹³ concluem que esta deve ser de responsabilidade tanto do docente como da IES. Cabe ao docente buscar constante atualização em cursos e eventos que irão capacitá-lo a ensinar e melhorar sua didática de uma maneira que o discente seja capaz de entender e conhecer competentemente as próprias dificuldades. E cabe à IES incentivar os professores a buscar conhecimento e atualizações, para que o seu aluno seja um profissional melhor.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) foi fundada em 1952 como o segundo curso de Medicina na Bahia e reconhecida como entidade filantrópica pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC) em 1972. Sua mantenedora é a Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC), uma instituição de direito privado, sem fins econômicos e de caráter educacional, cultural, científico e assistencial. Tem por objetivo principal “o ensino, a pesquisa e a extensão dos conhecimentos e serviços próprios da área da saúde, das ciências em geral e da cultura para atender à comunidade”¹⁴. Posteriormente, a instituição passou a oferecer outros cursos de graduação na área da saúde. Hoje, oferece ainda pós-graduação *lato e stricto sensu*, além de cursos e atividades de extensão.

O curso de Medicina da EBMSP iniciou uma reforma curricular em 1999 que levou à implantação de um Programa Institucional de Desenvolvimento Docente (Proidd) em 2001. Com sua expansão, consolidação e uma equipe ampliada, em 2021 o Proidd transformou-se em Núcleo Institucional de Desenvolvimento Docente (Nidd)¹⁵.

O Nidd tem como função promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos docentes, a partir de uma proposta de formação continuada, comprometida com uma educação humanística, dialógica e reflexiva. Para atingir o objetivo de aprimoramento dos processos de ensinagem-aprendizagem, a EBMSP, a partir do Nidd, investe na realização de cursos, de oficinas e outras ações formativas, além de assessoria pedagógica às coordenações de curso e da edição anual do Fórum Pedagógico da Bahiana. Adicionalmente, o Nidd mantém uma biblioteca à disposição dos docentes

O infográfico indicado a seguir apresenta o resumo das atividades desenvolvidas pelo Nidd durante o ano de 2023 e foi disponibilizado para todos os docentes da instituição.

Figura 1. Infográfico contendo as atividades promovidas pelo Nidd no ano de 2023



Fonte: Núcleo Institucional de Desenvolvimento Docente da EBMSP.

Apesar das atividades crescentes do Nidd, ele não conta com a participação efetiva dos docentes e preceptores do curso de Medicina. Durante o ano de 2022, 217 professores do curso de Medicina participaram de pelo menos uma atividade do Nidd; em 2023, esse número foi de apenas 133; e, em 2024, de 164 (dados não publicados), apesar dos convites formais encaminhados pela EBMSP para estimular a participação docente.

Nesse contexto, a pesquisa atual pretende compreender os desafios e as oportunidades para o desenvolvimento de docentes e preceptores do curso de Medicina da EBMSP, respondendo às seguintes perguntas:

- Qual é a formação pedagógica atual dos docentes e preceptores de Medicina da EBMSP?
- Quais são os possíveis caminhos para aumentar a participação nas atividades de desenvolvimento docente?

Pretende-se assim estabelecer um diálogo com os docentes e preceptores acerca de suas necessidades no campo pedagógico, a fim de sobrepor as dificuldades na esperança de aumentarmos progressivamente o engajamento nas atividades de desenvolvimento docente da instituição e, conseqüentemente, qualificar o processo de ensino-aprendizagem.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, descritivo, analítico, quantitativo e qualitativo.

A população do estudo será composta pelo corpo docente e de preceptores do curso de Medicina da EBMSP. Atualmente, o curso conta com 393 docentes e 202 preceptores. Serão incluídos aqueles que aceitarem participar concordando com o termo de consentimento e responderem ao instrumento de coleta de dados. Serão excluídos aqueles que preencherem o questionário de maneira incorreta ou incompleta, bem como os afastados, por quaisquer motivos, da prática docente/preceptoria no período do estudo.

Os participantes serão convidados através do endereço eletrônico institucional e por aplicativo de mensagens dos coordenadores de disciplina para que encaminhem para seus grupos de trabalho.

Como instrumento de coleta, será utilizado um questionário virtual autoaplicável desenvolvido pela autora utilizando a ferramenta Microsoft

Forms®. O questionário terá perguntas para a caracterização da amostra (gênero, idade, graduação, titulação, tempo de docência, atividades na instituição, motivação para docência, formação pedagógica), assertivas sobre percepção acerca do preparo pedagógico e da participação nas atividades do Nidd utilizando a escala Likert com cinco níveis de resposta (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente), perguntas abertas sobre fatores que influenciam positiva e negativamente a participação em atividades de desenvolvimento docente promovidas pela instituição e, por fim, sobre a graduação do conhecimento e o uso de algumas estratégias de ensino e avaliação.

As variáveis categóricas serão apresentadas como percentagens e as contínuas como medidas de tendência central para descrição das características da amostra, assim como das informações sobre formação docente. As assertivas categorizadas conforme escala Likert serão analisadas conforme percentagem de cada categoria. Também serão analisadas as percentagens das respostas sobre estratégias de ensino e avaliação apresentadas. As respostas às perguntas abertas serão analisadas conforme análise de conteúdo de Bardin¹⁶, categorizadas inicialmente em fatores relacionados ao próprio docente (pessoais) e fatores relacionados à IES (institucionais), e, posteriormente, em fatores relacionados a “tempo/ indisponibilidade”, “assunto/tema”, “interesse/desejo/valorização”, “horário”, “outro”.

Além da análise da amostra geral, será feita a descrição dos dados conforme o ano do curso no qual o participante atua (do primeiro ao sexto ano).

O estudo será realizado respeitando os princípios éticos, em acordo com a Resolução CNS nº 466/2012. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Humana da EBMSP, sob CAAE de nº 86132924.7.0000.5544. Antes de iniciar o questionário, o participante será conduzido à página do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que contém explicações sobre os objetivos e a metodologia do estudo, o sigilo dos dados e a solicitação para a concordância em participar. O questionário não solicita nome do participante. A plataforma Microsoft Forms® atende às políticas de privacidade e segurança em banco de dados na área da saúde definidas internacionalmente, como a Health Insurance Portability and Accountability Act (Hipaa), a Family Educational Rights and Privacy Act (Ferpa) e o Business Associate Agreement (BAA). Apenas a autora e sua orientadora terão acesso aos dados garantindo assim o sigilo das informações coletadas. Somente serão incluídos aqueles que concordarem, voluntariamente, em participar do estudo por meio do aceite do TCLE clicando em “ACEITO PARTICIPAR” ao final do texto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EBMSP possui mais de 500 docentes e preceptores no curso de Medicina. Contudo, a participação em pesquisas costuma ser pequena, como já evidenciado em estudos prévios. Quintanilha et al.⁹ enviaram carta-convite para os departamentos de universidades reconhecidas pelo MEC de todas as unidades federativas do Brasil para que distribuíssem o instrumento do seu estudo entre os docentes. Apesar de ter obtido resposta de todas as regiões brasileiras, apenas 223 docentes participaram do estudo⁹. Assim, espera-se adesão de 10% a 20% dos docentes convidados a participar.

Como estratégia para aumentar adesão, além do convite formal por *e-mail* institucional, será feito contato pessoal com coordenadores de ano e coordenadores de eixo para que possam enviar o questionário por aplicativos de mensagem para coordenadores de componentes e estes, por sua vez, para professores e preceptores.

Espera-se conhecer melhor as características dos participantes sem formação pedagógica. Estes costumam atuar nos últimos semestres do curso de Medicina, quando há maior número de atividades práticas. Em relação àqueles com alguma formação pedagógica, será essencial saber quais atividades e estratégias conhecem e utilizam. Essas informações serão cruciais para melhor planejamento de ações do Nidd e ainda identificar, nos diferentes semestres do curso, possíveis multiplicadores junto aos seus pares.

Ao evidenciarmos fatores motivadores e dificultantes para participação em atividades de desenvolvimento docente, o Nidd poderá desenvolver estratégias que facilitem o engajamento de docentes e preceptores. Em estudos prévios, os docentes afirmaram que a falta de tempo e a não valorização pela instituição seriam fatores desmotivadores para o desenvolvimento da formação pedagógica^{6,13}. Se resultados semelhantes forem confirmados na atual pesquisa, eles poderão ser discutidos com a coordenação do curso a fim de criar atividades de acordo com a carga horária docente e, ainda, apresentar sugestões de bonificação aos participantes.

Os resultados da atual pesquisa poderão servir como um diagnóstico sobre a formação pedagógica de docentes e preceptores da EBMSP para que possibilite o planejamento de ações voltadas às necessidades identificadas de maneira mais assertiva, incrementando o engajamento em atividades permanentes de desenvolvimento docente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3/2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União; 23 jun 2014. Seção 1, p. 8-11.
2. Batista NA, Silva SHS. A função docente em medicina e a formação/educação permanente do professor. Rev Bras Educ Med. 1998;22(2-3).
3. Oliveira VF. A universidade como lugar de formação: ciclus, um dispositivo em questão. In: Isaia SMA, organizador. Qualidade da educação superior: a universidade como lugar de formação. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011.
4. Harden RM, Crosby JR. The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. Med Teach. 2000;22:334-47.
5. Oliveira T de, Medeiros RLSFM de, Pires MPB, Pinto MJM. Pedagogical preparation for physicians and their performance in the medical course. Rev Bras Educ Med. 2018;42(3):171.
6. Costa NMSC. Formação pedagógica de professores de medicina. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(1):1-7.
7. Quintanilha LF, Farias CSS, Andrade BB. Formação e envolvimento pedagógico entre docentes do ensino superior em saúde: uma análise dos cursos médicos. Rev Inter Educ Sup. 2021;7:1.e21026.
8. Ferreira CC, Souza AML. Formação e prática do professor de medicina: um estudo realizado na Universidade Federal de Rondônia. Rev Bras Educ Med. 2016;40(4):635.
9. Quintanilha LF, Pereira MA, Andrade BB, Portilho EML. Formação e envolvimento docente no ensino superior brasileiro em saúde: fragilidades e fortalezas. Rev Bras Estud Pedagog. 2023;104:1.e5293.
10. Bivanco-Lima D, Klautau GB, Knopfholz J. Formação docente no curso de Medicina: como podemos melhorar? Rev Bras Educ Med. 2022;46(04):e138.
11. Varga Z, Póttó, Z, Czopf, L, Fuzesi Z. Do we need special pedagogy in medical schools? Attitudes of teachers and students in Hungary: a cross-sectional study. BMC Med Educ 2020;(20):472.
12. Camas NPV, Brito GS. Metodologias ativas: uma discussão acerca das possibilidades práticas na educação continuada de professores do ensino superior. Revista Diálogo Educacional. 2017;17(52):311.
13. Weyn GC, Prati PD. e-Acadêmica. 2022;3(2):e6432236. doi: <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i2.236>.

14. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Nossa história [acesso em 2 nov 2024]. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/nossa-historia/>.
15. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Portaria nº 10/2021. Portal Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 9 ago 2021.
16. Sampaio RC, Lycarião D. Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação. Brasília: Enap; 2021.



EIXO

Gestão da mudança

19

**Planejamento
pedagógico no
internato de medicina
em uma unidade
básica de saúde**

Planejamento pedagógico no internato de medicina em uma unidade básica de saúde

Sebastião Alves de Souza Filho¹ / Sérgio Botti² / Rodrigo Pinheiro Silveira³ (orientador)

sebastianfilho33@yahoo.com.br / ropsilveira@gmail.com / sergio.henrique.botti@gmail.com

Palavras-chave: Planejamento Educacional; Preceptoria; Internato; UBS; Formação em Saúde.

RESUMO

Introdução: A formação médica no internato exige integração entre teoria e prática, especialmente em cenários de atenção primária à saúde (APS). Este trabalho parte da necessidade de qualificar essa etapa formativa, alinhando-a às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e às demandas sociais por profissionais éticos, humanistas e tecnicamente preparados. **Objetivo:** Propor um planejamento educacional estruturado para o internato médico em uma unidade básica de saúde (UBS), com foco na formação ética e humanista. O plano orienta o rodízio de seis semanas, conectando teoria e prática, e organizando tempo, espaço e recursos humanos e materiais. **Método:** A proposta fundamenta-se na metodologia ativa, aplicada à prática cotidiana da UBS do bairro Filgueiras, em Juiz de Fora (MG). Utiliza elementos essenciais dos planos de ensino, com apoio do Caderno de Ensino da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), e prevê participação contínua do preceptor como guia e avaliador dos alunos. **Resultado:** O artigo apresenta o planejamento detalhado das seis semanas de internato, com distribuição de atividades, objetivos específicos e estratégias pedagógicas. A estrutura curricular inclui consultas supervisionadas, visitas domiciliares e abordagens teóricas e práticas, todas apoiadas integralmente pelo preceptor. A avaliação é contínua e envolve parcerias com UBS, hospitais e universidades. **Conclusão:** A proposta contribui para a formação

1 Prefeitura de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

2 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

3 Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil.

de profissionais mais qualificados e alinhados às necessidades sociais, promovendo melhor compreensão e aplicação de conceitos, metodologias e práticas. O planejamento estruturado fortalece a integração ensino-serviço e valoriza o papel do preceptor como educador clínico.

INTRODUÇÃO

O ensino em saúde ainda se baseia em métodos tradicionais e intuitivos, distantes das reais necessidades^{11,14,16}. Este trabalho propõe um planejamento educacional estruturado para o internato médico, alinhado às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)^{16,17}, com foco humanista e ético na atenção primária à saúde (APS) do bairro de Filgueiras localizado em Juiz de Fora, em Minas Gerais. As metodologias ativas² devem ser aplicadas no cotidiano da unidade básica de saúde (UBS), com o papel central do preceptor na formação de profissionais generalistas. Botti et al.^{7,8} distinguem os papéis de preceptor (prático e técnico), tutor (pedagógico e reflexivo) e mentor (desenvolvimento pessoal e profissional), destacando a importância de regulamentação e clareza conceitual. Outros estudos^{7,24,43} reforçam a relevância desses papéis na formação médica e abordam a integração ensino-serviço e práticas inovadoras¹¹. O preceptor é essencial para guiar, avaliar e promover aprendizado ativo e reflexivo, contribuindo para um ensino prático e alinhado às demandas sociais^{7,8}.

Preceptor e aluno fazem, de sua ação diária, um processo educacional. São profissionais graduados e especializados ou estão na graduação/especialização, porém todos em formação permanente. Tanto o aluno como o preceptor devem, no relacionamento diário com as pessoas que buscam cuidado, preocupar-se com a formação técnica e ética para atingir a qualidade profissional em plenitude, que somente se explicitará na redução do fardo de sofrimento e da doença. O preceptor educa!¹⁸

O internato médico, segundo Botti SHO, Rego STA, (p. 24)⁸ é uma etapa essencial da formação médica que promove o desenvolvimento técnico, ético e relacional do estudante por meio da prática supervisionada, com o papel central do preceptor como educador clínico e formador moral, a ser conduzido em UBS, cuidadosamente estruturado pelo preceptor e por seus pares (caso haja), voltado a uma experiência de aprendizado significativa para os estudantes de Medicina, de modo a facilitar a formação deles, o desenvolvimento de habilidades clínicas, os conhecimentos em saúde

pública e a capacidade de trabalhar em equipe, além de identificar-se com as necessidades do público-alvo de capacitar-se dentro do cronograma de duração do curso^{51, 57}.

A metodologia deve combinar teoria e prática (casos clínicos, *workshops*), com módulos temáticos atualizados e atividades como consultas e visitas domiciliares. É necessário acesso a UBS adequadas, materiais didáticos, supervisão docente especializada e parcerias com instituições. As práticas incluem consultas supervisionadas, visitas, trabalhos em grupo e seminários. A avaliação deve ser contínua, com prova final e busca por acreditação. Financiamento e contratação de apoio são recomendados, oferecendo um planejamento logístico, eficaz, dentro de um calendário detalhado, utilizando canais de comunicação claros, e, possivelmente, após a avaliação, proceder à identificação de riscos potenciais a serem mitigados⁴⁶.

Um planejamento educacional adequado torna-se um processo essencial para a organização e o desenvolvimento de práticas pedagógicas que promovam a qualidade do ensino e a formação integral dos estudantes. Segundo Danilo Gandin³⁰, o planejamento deve ser compreendido como uma prática educativa que integra teoria e ação, permitindo a construção de estratégias que atendam às demandas sociais e educacionais contemporâneas. No contexto do *Caderno de ensinagem do tutor* do curso da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem)^{1,3,4}, conforme descrito nas páginas 54 e 55, o planejamento educacional é abordado como um instrumento que articula objetivos, conteúdos e métodos, promovendo a coerência entre as práticas pedagógicas e as necessidades da formação médica. Essa abordagem destaca a importância de um planejamento participativo que envolva educadores, gestores e estudantes, de modo a garantir a efetividade e a relevância das ações educacionais^{3,30}.

A elaboração desse planejamento educacional se justifica por atender a uma demanda que servirá para favorecer e desenvolver no aluno o aprendizado da medicina na área de saúde coletiva¹⁹, tendo como maior cenário a APS, integrando ensino e serviço, e dando ênfase à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à proteção da saúde, na Estratégia Saúde da Família (ESF), para formar o médico generalista por meio de uma abordagem centrada na pessoa, na família e na comunidade^{23,27,33,34}.

O internato médico é um estágio curricular obrigatório, prático e supervisionado, realizado em ambientes reais de trabalho, conforme definido pelas DCN^{5,49}. Visa formar médicos competentes, éticos e críticos ao integrar conhecimentos cognitivos, psicomotores e socioafetivos^{17,53}. A atuação médica exige mobilização de saberes e valores, com responsabilidade pelo cuidado integral²¹. O ensino deve ser interdisciplinar, contextualizado e centrado na

prática, utilizando metodologias como estudos de caso e ambiente virtual de aprendizagem (AVA)⁴⁶. A formação deve ser alinhada ao Sistema Único de Saúde (SUS), com currículo baseado em competências e avaliação coerente com a realidade local^{16,17}.

O internato na APS exige competências clínicas centradas na pessoa, família e comunidade, com abordagem integral e interprofissional^{33,34}. O médico deve manejar urgências, reconhecer dinâmicas familiares e atualizar-se continuamente. Habilidades incluem organização de consultas, solicitação de exames, identificação de vulnerabilidades e atuação na promoção da saúde. Atitudes envolvem ética, segurança, planejamento e reflexão sobre a prática. Gandin⁵⁰ destaca a diversidade dos internatos, a importância do preceptor e da vivência prática, além da empatia e saúde mental. Cardoso e Campos²¹ reforçam o planejamento detalhado, com objetivos claros, atividades práticas e avaliação contínua. A formação deve ser interdisciplinar, alinhada ao SUS, e sensível ao sofrimento psicossocial, promovendo médicos comprometidos com a equidade em saúde.

Neste trabalho, o objetivo é apresentar um planejamento educacional com a finalidade de preparar os alunos graduação em Medicina no período do internato, de acordo com as DCN^{16,17}, promovendo uma atuação humanista e ética, aliada a uma formação científica que atenda às necessidades biopsicossociais dos pacientes^{11,14,16,17} e, acima de tudo, focando na realidade da UBS Filgueiras.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Contextualização do ambiente de prática

A UBS Filgueiras, localizada na zona rural de Juiz de Fora, atua com quatro equipes de ESF desde 2024, atendendo cerca de 5.500 pessoas. Enfrenta desafios como infraestrutura precária, barreiras geográficas, choque geracional e falta de integração entre ensino e serviço. A ausência de ferramentas de gestão compromete a eficácia dos atendimentos. A análise situacional aponta a necessidade de um plano de intervenção para melhorar a qualidade da APS, especialmente nos processos de formação como a residência médica. A faculdade privada da região, que realiza estágios na UBS, apresenta lacunas educacionais, com ausência de planejamento, supervisão e intencionalidade no internato. A preceptoria local busca suprir essas falhas com abordagens centradas na pessoa, reflexões pós-consulta

e uso do modelo *Preceptoria em um Minuto*⁴³. Esse modelo, segundo os autores²⁴, favorece um ensino eficaz em tempo limitado, sendo uma resposta à demanda crescente e às deficiências dos métodos tradicionais.

Apesar da falta de autonomia sobre o ensino da graduação, a UBS Filgueiras reconhece a necessidade de um planejamento conjunto e dialógico para o internato, baseado em metodologias ativas e tecnologias educacionais, alinhado às DCN. A reorganização do estágio, com apoio docente, deve incluir pactuação de horários, tarefas e critérios de avaliação. A superação dos desafios exige integração institucional, acolhimento e participação social. Desde o início do internato, é essencial apresentar os princípios do SUS e a Lei nº 8.142/90²⁶, de modo a promover a compreensão das necessidades e vulnerabilidades dos usuários, ampliar o olhar dos alunos e qualificar a prática para contextos singulares^{4, 28,29}.

Desenho do projeto

Este trabalho é descritivo e documental, posto que relata a experiência já conduzida pautada em dados e documentos que relatam presenças, visitas, prontuários, entre outras anotações do autor-pesquisador, que possibilitam utilizar esses dados, respeitado o código de ética, para desvelar o relato de experiência vivenciado pelo autor que atua há décadas como profissional da comunidade descrita. Este estudo é também embasado em revisão de literatura que fundamenta a proposta e subsidia conhecimento de formação, atuação e conhecimento das DCN do curso de Medicina, conforme citações e referências arrolados neste trabalho.

Quanto à condução do esquema elaborado para ser seguido, em seis semanas, contemplando as exigências práticas e teóricas, a metodologia ativa é utilizada, posto que a atividade médica abrange dimensões objetivas e subjetivas, exigindo a mobilização de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores diante de diversas situações, o que caracteriza esse método em relação aos seus sujeitos.

Além dos relatórios de observação, o modo de condução do plano, o fazer e a conduta do interno participante (e por que não do preceptor?) serão avaliados qualitativa e quantitativamente. É importante que a metodologia ativa dê oportunidade ao avaliado de dialogar com o seu avaliador.

O planejamento realizado para efetivação deste trabalho une, portanto, as observações anteriormente pontuadas e aquelas definidas pelo *Caderno de ensinagem do tutor*, elaborado pela Abem^{3,30}.

Na metodologia deste trabalho, buscou-se contemplar as seguintes categorias descritas no quadro de planejamento do *Caderno de ensinagem do tutor* (p. 60)³, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1. Elementos que compõem os planos de ensino

ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO	OBJETIVOS
CONCEITO-CHAVE DO DIA	Delineia o ambiente do aprendizado. Apresenta as conexões entre todas as atividades planejadas para o dia
LOCAL/ESPAÇO/TEMPO PREVISTO	Define o ambiente de aprendizado. Orienta a organização da logística e a dimensão ampla das necessidades operacionais
NOME E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	Especifica a estratégia de ensino. Situa o Tutor na ação que ele irá desenvolver alinhando termos e práticas
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	Explicita a intenção do aprendizado. São ações concretas que definem a intencionalidade do ato educativo considerando os conceito-chave do dia
DESENVOLVIMENTO	Define o fluxo da proposta educativa. É a dinâmica da ação intrínseca de cada estratégia didática
COMANDA	Apresenta a linguagem adequada ao objetivo e ao grupo. Orienta a comunicação do Tutor para execução do ato pedagógico
MATERIAL NECESSÁRIO	Lista as necessidades concretas. Descreve os insumos necessários a operacionalização da atividade

ESTRATÉGIA DIDÁTICA	Identifica a coerência entre intenção e gesto. É o caminho escolhido para ensinar a partir da concepção pedagógica escolhida com vistas ao alcance dos objetivos de aprendizagem
ORIENTAÇÕES AO AUTOR	Disponibiliza modelo atitudinal. É a descrição das atitudes facilitadoras com foco nas oportunidades de ensinagem
REFERENCIAIS TEÓRICOS	Conecta teoria e prática pedagógica. São os marcos orientadores da ação educativa daquele dia

Fonte: *Caderno de ensinagem do tutor*¹³, p. 60.

O planejamento³ estruturou os encontros em seis semanas, guiado por elementos essenciais. O “conceito-chave do dia” conecta o tema às atividades, promovendo a internalização do aprendizado e integrando experiências presenciais e virtuais³. O item “local/espço/tempo previsto” define ambientes adequados à prática e discussão, como UBS, sala de simulação ou casa do paciente. O item “nome e descrição da atividade” orienta o tutor com estratégias, como “contrato de convivência”, “reflexão do dia”, “consultas no e-SUS”, “construção do SOAP”⁵⁴, “consultas com preceptores” e “estudo de caso clínico”. Os “objetivos de aprendizagem” direcionam o ensino, como preparar para o internato, reforçar motivação e estimular vínculos. O “desenvolvimento” organiza a dinâmica didática, como apresentação de caso, discussão em grupo e plenária. A “comanda” ajusta a linguagem pedagógica, exemplificada por instruções analíticas do tutor³. O “material necessário” inclui recursos multimídia, textos, cartazes e impressos para operacionalizar as atividades³. A “estratégia didática” garante coerência entre intenção e ação, alinhada à concepção pedagógica³. As “orientações ao tutor” seguem o modelo do *Caderno de ensinagem do tutor* da Abem³, com foco em “meta-avaliação” e metodologias ativas como a aprendizagem baseada em problemas (ABP). Por fim, os “referenciais teóricos” conectam teoria, prática e dados técnicos, orientando a ação educativa³.

Resultados: proposta de organização do internato em uma UBS a partir do planejamento educacional

O plano de ação transcrito neste estudo foi conduzido com o objetivo de atender à perspectiva de internato com atividades a serem desenvolvidas em um período de seis semanas, constituindo a única oportunidade para que os estudantes de Medicina das instituições de ensino superior (IES) possam estar dentro de uma unidade de APS e conhecer o paciente em seu contexto comunitário³⁰.

O planejamento e os artigos que subsidiam essa elaboração são consoantes às DCN do curso de graduação em Medicina de 2014^{16,17} que estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação médica no Brasil. Elas visam formar médicos generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capacitados a atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com foco na prevenção de doenças e na promoção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. As principais áreas de competência são:

1) *Atenção à saúde*: Formar profissionais para que possam desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção, proteção e reabilitação da saúde, com ênfase na integralidade da assistência.

2) *Gestão em saúde*: Capacitar os estudantes para que possam gerenciar recursos humanos, materiais e informacionais, e assumir posições de liderança em equipes multiprofissionais.

3) *Educação em saúde*: Promover a aprendizagem contínua e o compromisso com a educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais de saúde.

Objetivos da formação

- *Responsabilidade social*: Formar médicos com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e a defesa da dignidade humana.
- *Integralidade do cuidado*: Promover a prática médica contínua e integrada, reconhecendo os usuários como protagonistas do processo de saúde e doença.
- *Equidade e acesso*: Garantir acesso universal e equidade no atendimento, sem privilégios ou preconceitos, tratando as desigualdades com equidade.

Essas diretrizes são fundamentais para a formação de médicos que atendam às necessidades da população de forma ética, eficaz e humanizada^{16,17,44}.

O plano de ação permitirá aos internos a oportunidade de eles realizarem acompanhamento da visita domiciliar supervisionada para que possam conhecer as estratégias demandadas conforme a necessidade e a realidade do paciente (limitação)^{16,17}.

O modelo da unidade será constituído das etapas de teoria e prática, concomitantemente.

Pode haver necessidade de retorno, dependendo da classificação de risco – grau de vulnerabilidade, questão social, de ferimentos –, mas sob o cuidado de observar a duração do planejamento e a evolução dos quadros clínicos dos pacientes.

A conduta dos internos será permeada pelo *checklist* característico dos trabalhos em parcerias e/ou de prestação de serviços, mormente com atenção voltada aos seguintes aspectos: assiduidade, ética, pontualidade, humanidade, respeito, comportamento adequado, físico (traje, com uso de jaleco, calçado, apresentação pessoal, cortesia, disponibilidade para cooperar e oferecer ajuda) e manifestação emocional (não deve ser reativo – contenção diante das dificuldades, obediência ao código de boa convivência, ser solidário, respeitoso ao ouvir críticas, conceitos e demais falas de colegas e de profissionais; ter postura educada e comedimento).

O conteúdo, as características e a distribuição da carga horária desse planejamento estão elaborados e constituídos conforme diretrizes do *Caderno de ensinagem do tutor* da Abem. Como pontuado na revisão de literatura, é muito importante voltar-se à ambientação do internato como um contexto em que e como tudo, em relação a todos, acontece³.

Sendo assim, a primeira semana é sempre de ambientação, quando apresentamos o serviço. Período de conhecer a unidade básica e suas dependências, começando com equipe multiprofissional e a descrição da função específica de cada um. Apresentam-se o serviço e sua organização, de acordo com os atributos da atenção primária. Haverá o momento em que os agentes comunitários de saúde apresentarão o território a partir de suas microáreas, como espaço vivo habitado por pessoas, em suas vulnerabilidades sociais, e as características epidemiológicas que compõem o diagnóstico de saúde comunitária. Discutiremos o perfil da comunidade e a lógica da organização do serviço que dê conta de ser representativo das necessidades dos usuários em seus amplos aspectos do processo da saúde, da doença

e da cultura local. Pactuação será estabelecida a partir das necessidades educacionais, da intencionalidade do internato e da organização do serviço.

Nessa primeira semana, ocorrerá a contrapartida de, enquanto o aluno conhece o ambiente, o preceptor conhecerá o aluno.

As demais semanas serão programadas a partir da interação, da interlocução, dos diálogos, do estudo de textos teóricos recomendados e previamente referenciados, com vista à grade, ao conteúdo e à realidade da comunidade com suas demandas.

Procederemos à descrição desse tópico, oportunamente, por semana, mas antecipamos a descrição do conteúdo teórico necessário.

Esse planejamento contempla o panorama geral que o interno haverá de encontrar e com o qual dialogará, além de possível e necessariamente nele intervir, como assistente médico clínico conhecedor dos ciclos de vida variados, encontrados em uma UBS com pacientes em fase de controle de doença crônica a um incidente doméstico ou mesmo acidente possível. Assim, deve estar apto a se preparar tanto para situações que envolvem a demanda espontânea (tosse, dor de barriga) quanto para a demanda planejada (hipertenso, diabético, geriatria, doenças crônicas), inclusive as visitas programadas com total atenção às anamneses existentes ou a que devam proceder^{1,9,16,17}.

Isso equivale dizer que o preceptor deve pontuar os conteúdos, considerando até mesmo o desconhecimento de uma anamnese pelo interno que chegará ao internato buscando adquirir e/ou aprimorar conhecimento teórico e prático que lhe permitirá plena atuação pelo método SOAP⁵⁴ que, por certo, começa pela queixa do paciente que será ouvido e terá acompanhamento até a resolução do seu caso.

Contexto introdutório para o planejamento semanal

No município de Juiz de Fora, implementou-se, em fevereiro de 2024, uma transição na ESF, alinhada ao Programa Saúde na Hora, com reorganização territorial e redução do número de famílias e de indivíduos por equipe. O objetivo foi ampliar o horário de atendimento nas UBS até as 19 horas e incluir duas novas equipes de ESF, visando à ampliação, melhoria de acesso e cobertura territorial, totalizando quatro equipes que compartilham a mesma estrutura física. Procedeu-se à divisão de turnos da seguinte forma:

- Duas equipes atuam no período da manhã (das 7 às 13h).
- Duas equipes atuam no período da tarde (das 13 às 19h).

Além disso, por determinação da gestão, cada equipe técnico-assistencial passou a atender em um sábado por mês (das 7 às 12h), o que foi classificado como serviço complementar à comunidade. Essas horas extras não são contabilizadas na carga horária oficial da ESF, fixada em 40 horas semanais pelo Ministério da Saúde. A reestruturação, contudo, trouxe desafios significativos:

- Incertezas profissionais, decorrentes da ausência de adscrição territorial (vínculo fixo com uma área específica).
- Conflitos comunitários, por causa da ruptura da longitudinalidade do cuidado (acompanhamento contínuo dos pacientes).
- Sobrecarga operacional, já que os serviços externos (como visitas domiciliares) demandam logística diferenciada e a jornada corrida não permite programação local adequada.

Para conciliar as demandas, o planejamento semanal estabelece:

- Seis horas diárias de atendimento clínico (demanda espontânea, pré-natal, puericultura e manejo de doenças crônicas, saúde mental, saúde do idoso, saúde da mulher), além das ações de educação em saúde e ações preventivas programadas.
- Horários reservados para atividades estratégicas, como visitas domiciliares e reuniões de equipe.
- Oito horas semanais de educação permanente, realizadas em plataforma *online* com conteúdos teóricos e atividades supervisionadas pela gestão.

Essa estrutura busca equilibrar a rotina assistencial com as exigências pedagógicas, mesmo diante de um cenário de transição. A metodologia da Abem, fundamentada em planejamento participativo (Danilo Gandin)³⁰, educação crítica (Paulo Freire)^{28,29} e prática reflexiva (Donald Schön), orienta a elaboração da grade. Seu propósito é garantir que preceptores e internos desenvolvam competências técnicas e relacionais, priorizando:

- Acolhimento humanizado.
- Manejo de doenças crônicas (HAS/DM/DRC).

- Trabalho interdisciplinar.
- Adaptação a contextos dinâmicos.

A seguir, detalha-se a grade de atividades, desenhada para fortalecer a qualidade do cuidado e a coesão das equipes, mesmo em um ambiente marcado por mudanças estruturais e desafios operacionais.

Quadro 1. Grade de programação local

	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Das 7h30 às 10h30	Demanda espontânea + acolhimento	Demanda espontânea + acolhimento	Demanda espontânea + acolhimento	Demanda espontânea + acolhimento	Demanda espontânea + acolhimento
Das 10h30 às 11h	Pré-natal + puericultura	Pré-natal + puericultura	HAS + DM + renal crônico	HAS + DM + renal crônico	Atendimentos agendados (se necessário)
Das 11h às 12h					Procedimentos programados (retirada de cerume, avaliação de feridas, outros)
Das 12h às 13h	Serviços burocráticos	Serviços burocráticos	Serviços burocráticos	Serviços burocráticos	Serviços burocráticos
Das 13h às 16h			Visitas domiciliares	Reunião de equipe	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Planejamento pedagógico semanal das atividades do internato

Acolhida

- 7h30: A equipe prepara o espaço para a recepção dos alunos. Por exemplo, organização de multimídia, caixa de som e rede de internet, *Kraft* e canetinhas; ordenação de cadeiras, mesa de suporte, água e café; elaboração de mapa do território adscrito; e composição das equipes.

- Das 8h às 9h15: Recepção dos participantes.
- Objetivos do dia: Preparar o grupo para o período do internato; reforçar a motivação; resgatar os princípios da APS e ESF; contextualizar as expectativas de discentes e serviços; estimular a criação de vínculos.
- Conceitos-chave: Comunicação; motivação; trabalho em equipe; estabelecimento do contrato de convivência.
- Estratégias didáticas: Nuvem de palavras, expectativas; aprendizagem mediada por vídeo; construção colaborativa de contrato de convivência; fortalecimento de vínculos para o trabalho em grupos; pactuação de responsabilidades.

Quadro 2. Atividades da primeira semana

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 8 às 9h15 Sala de educação permanente (EP)	ATIVIDADE 1 Apresentação da estrutura física da UBS e de seus profissionais, conhecimento dos conceitos de SUS APS/ESF e seus marcos conceituais. Apresentação do território por intermédio dos agentes comunitários de saúde, destacando: • Microáreas como espaços habitados por pessoas em suas singularidades. • Vulnerabilidades sociais. • Características epidemiológicas do diagnóstico de saúde comunitária. • Discussão sobre o perfil da comunidade. • Organização do serviço para atender às necessidades dos usuários em saúde, doença e cultura local. Objetivos de aprendizagem	• Conhecer a estrutura física da UBS, a equipe multiprofissional e os objetivos da APS/ESF. • Compreender o território vivo na ótica e concepção de Milton Santos. • Entender a epidemiologia do território em saúde para compreender o planejamento do acompanhamento e controle da saúde comunitária. • Contextualizar com os princípios do SUS/da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado). • Educação em saúde e ações preventivas.	Pontuar os princípios da APS/do SUS contextualizando a ESF e a importância da base territorial para o diagnóstico local de saúde e organização do processo de trabalho a partir da epidemiologia do território.	Roda de conversa com metodologia ativa.	• Multimídia. • Kraft. • Laser point.	• Focar o planejamento das atividades e a necessidade frequente de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. • Atenção às questões de aprendizagem. • Identificação de lacunas educacionais. • Verificação de conteúdo aprendido. • O que faltou na percepção do aluno. • O que ele precisa conhecer e estudar. • Roteiro de bibliografia. • Produção de relatório das visitas observadas da realidade no contexto comunitário

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 9h15 às 10h15 Sala EP	ATIVIDADE 2 Construção coletiva do contrato de convivência Pactuação com base nas necessidades educacionais, intencionalidade do internato e organização do serviço.	Construir de forma coletiva as regras que serão estabelecidas e pactuadas para o contrato de convivência.	• Iniciar com uma reflexão sobre a necessidade de estabelecimento de regras de convivência para que fique estabelecido, de forma clara, como serão avaliados e sobre qual contexto no ambiente de trabalho, incluindo desde relações interpessoais entre os profissionais do serviço até a importância da comunicação com os pacientes. • Observar como se portar no ambiente domiciliar, atenção às falas, cuidados com o vestuário, pactuação de horários de atividades, estudo, descanso e lanche. • Pactuação do uso de celulares e acesso a mídias, criação de grupos e regras de acesso. • Outras necessidades que possam ocorrer durante o processo de trabalho.	Abordagem crítico-reflexiva	• Kraft. • Canetas. • Material para fixação.	• Atentar para o uso de comunicação não violenta, percepção e autocritica que possam explicitar ou não, devendo ser encorajados a refletir sobre a necessidade de estarem presentes e conscientes no processo de trabalho, e a maneira como se comportam em relação ao serviço, aos colegas e aos usuários. • Observar o que apresentam de conhecimento prévio e como refletem sobre o tema, permitindo a participação ativa de todos na construção coletiva de grupalidade. (pertencimento). • É importante reforçar a construção coletiva do contrato de convivência que pode ter item incluso sempre que necessário e a importância de identificar as lacunas educacionais para se promover desenvolvimento de plano individual mediado, para o alcance do aluno.
Das 10h15 às 10h30 – coffee break Sala EP	Intervalo					

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RES- PONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOL- VIMENTO	ESTRATÉ- GIAS DI- DÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁ- RIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 10h30 às 11h45 Sala EP	ATIVIDADE 3 Refletir sobre o contexto do dia	Refletir sobre o processo de avaliação, tendo o ambiente presencial, o virtual e a experiência de ser avaliado, de ser avaliador e do processo de avaliação vivido no curso de Medicina, resgatando memórias anteriores à faculdade.	Trabalhar com linha do tempo, um barbante fixado onde poderão estabelecer experiências positivas, negativas e traumáticas ou fatos marcantes envolvendo a avaliação em suas variadas etapas, o resultado e o sentimento vivenciado e o que resultou de experiência de vida.	Contextualização crítico-reflexiva, aprendizado significativo.	• Post-its e canetas coloridas. • Representação por <i>emoji</i> (carinhas): "Que bom! Que pena! Que tal?".	• É importante controlar o tempo. • Garantir silêncio para escuta e respeito às falas. • Um dos facilitadores sistematiza os principais pontos do debate no <i>flipchart</i> de acordo com as seguintes perguntas: 1) Rememorar as primeiras experiências em que se sentiram avaliados e como reagiram. 2) Estratégias de avaliação do curso de Medicina? Como se sentiram sendo avaliados? 3) Alguma vez foi avaliador? O que podemos refletir sobre isso? <i>Contribuições? Comentários? Considerações?</i>
Das 11h45 às 12h Sala EP	ATIVIDADE 4 Apresentação e reflexão sobre processo avaliativo		Trabalhar o <i>feedback</i> como ferramenta avaliativa da incorporação de elementos que sejam possíveis de um aprendizado significativo	Avaliação crítico-reflexiva utilizando o <i>feedback</i> .		O QUE DIZ O NOSSO CADERNO DE ENSINAGEM DO TUTOR Trata-se de outra estratégia concebida na lógica da meta avaliação. Uma avaliação reflexiva. O objetivo desta atividade é que os participantes experimentem a avaliação em seus diferentes ângulos para que agucem a percepção do impacto do processo avaliativo no processo formativo. A expectativa é que, ao trocar de lugar, avaliando e sendo avaliado, o educando correlacione intenções e experiências em avaliação e amplie a consciência sobre dificuldades e fragilidades relacionadas ao processo avaliativo. Os participantes têm oportunidade de exercitar a gestão do tempo, a escuta ativa, a capacidade de observação e atenção à fala do outro, integração de diferentes pontos de vista, autonomia de decidir quando e como deseja participar, registro para comentário posterior e reflexão sobre o objeto de debate.

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	ATIVIDADE 5 Avaliação do dia					Resgatar os princípios do contrato de convivência para o cumprimento dos horários.

• Nessa primeira semana, as consultas serão acompanhadas em caráter observacional pelos alunos. As visitas também serão conduzidas pelo médico preceptor dos alunos, pela equipe multiprofissional e pelos agentes comunitários de saúde, apresentando suas particularidades, dialogando e propondo reflexões sobre os aspectos observados.

• Sempre às quartas-feiras, no horário compreendido entre 13h e 15h, ocorrerão as visitas domiciliares programadas. Sempre às quintas-feiras, no horário das 14h às 16h, serão realizadas as reuniões de equipe. Às sextas-feiras, no horário das 11h às 12h, serão realizados os procedimentos programados: retirada do cerume, avaliação de feridas, outros.

Fonte: Elaborado pelo autor⁴ com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{1,2,3,4,6,7,11,16,17,32,36,40,47}.

⁴ Elaboração de Sebastião Alves de Souza Filho em consonância com o orientador Rodrigo Pinheiro Silveira

Quadro 3. Atividades da segunda semana

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSÁ- BILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRA- TÉGIAS DIDÁTI- CAS	MATE- RIAS NECES- SÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 7h30 às 10h30 Consul- tórios	ATIVIDADE 1 - Enfatizar a construção coletiva do contrato de convivência lembrando que estará sempre por construir novas inclusões. - Iniciar uma aproximação e escuta ativa com foco no método clínico centrado na pessoa - Atividade no consultório com o aluno e seu preceptor.	- Pactuar com base nas necessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. - Apresentar o acolhimento como ferramenta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço	- Discutir a importância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. - Para cada consulta realizada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade devem ser destacados. - Todos os aspectos relevantes da consulta devem ser destacados pelo aluno e por seu preceptor, promovendo reflexão e aprendizado.	- Método dialógico. - Metodologia ativa. - Método clínico centrado na pessoa.	Observações e pontuações relacionadas em cada consulta em seus prontuários e os pacientes atendidos.	- Focar o planejamento das atividades e a necessidade frequente de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. - Atenção às questões de aprendizagem. - Identificação de lacunas educacionais. - Verificação de conteúdo aprendido. - O que faltou na percepção do aluno. - O que ele precisa conhecer e estudar. - Roteiro de bibliografia. - Produção de relatório das situações observadas no contexto comunitário das consultas e outras situações vivenciadas.
Das 10h30 às 12h Consul- tórios	ATIVIDADE 2 - Atendimento de grupos prioritários: pré-natal, puericultura, grupos de hipertensos, diabéticos, renal crônico, idosos. - Iniciar uma aproximação e escuta ativa com foco no método clínico centrado na pessoa. - Atividade no consultório com o aluno e seu preceptor.	- Pactuar com base nas necessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. - Apresentar o acolhimento como ferramenta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço - Compreender o cuidado interessado, com foco nos protocolos de atendimento ao PN de baixo risco e crianças de 0 a 6 meses. - Identificar as vulnerabilidades biopsicossociais do grupo específico, acolhê-las e intervir nelas por meio de abordagem integral e personalizada, visando à promoção de saúde, à equidade e ao fortalecimento de vínculos. - Atenção às vulnerabilidades apresentadas nesse grupo específico.	- Enfatizar a importância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. - Para cada consulta realizada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade, devem ser destacados. - Todos os aspectos relevantes da consulta devem ser destacados pelo aluno e por seu preceptor, promovendo reflexão-ação e aprendizado significativo. - Contemplam-se aqui o reconhecimento dos aspectos transculturais e as visões de mundo propiciadas pelas vivências familiar e comunitária, e pelo exercício da cidadania. Compreender os aspectos dos determinantes sociais em saúde como parte integrante de diagnóstico em saúde e como ele influencia na gravidade e na tomada de decisão na construção de um processo terapêutico singular direcionado a cada particularidade de seu usuário, evidenciadas seja na família e nos contextos comunitário e/ou individual. Pode-se propor a escrita de lauda ou o portfólio reflexivo.	- Método dialógico. - Metodologia ativa. - Método clínico centrado na pessoa - Protocolos assistenciais do Ministério da Saúde. - Portfólio reflexivo.		- Focar o planejamento das atividades e a necessidade frequente de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. - Atenção às questões de aprendizagem. - Identificação de lacunas educacionais. - Verificação de conteúdo aprendido. - O que faltou na percepção do aluno. - O que ele precisa conhecer e estudar. - Roteiro de bibliografia. - Produção de relatório das situações observadas no contexto comunitário das consultas e outras situações vivenciadas. Finalização do dia com <i>feedback</i> apreciativo.

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSÁ- BILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRA- TÉGIAS DIDÁTI- CAS	MATE- RIAS NECES- SÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	• Realização de serviço burocrático. • Lançamento das consultas no e-SUS, outros trâmites do serviço. • Anotações das impressões do dia.					Período de ajuste, reflexão, autoavaliação e avaliação geral pelo preceptor (individualmente).

- A segunda semana será contemplada com a apresentação do Seminário M CCP, Moira Stewart.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{12,38,41,48,52,56}.

Quadro 4. Atividades da terceira semana

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSA- BILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRA- TÉGIAS DIDÁTI- CAS	MATE- RIAS NECES- SÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 7h30 às 12h Consultórios	ATIVIDADE • Enfatizar a construção coletiva do contrato de convivência lembrando que estará sempre por construir novas inclusões. • Levar o interno a refletir sobre as competências da consulta médica, no que tange aos elementos que a constituem a consulta. • Observar a construção do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano de cuidado ou terapêutico), visando ao aprimoramento e desenvolvimento do raciocínio clínico para estabelecer o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas e a propedêutica da consulta. • Aqui o destaque vai para o exame físico e a competência esperada de um interno prestes a concluir a graduação. • Atividade no consultório com o aluno e seu preceptor em todas as consultas.	• Pactuar com base nas necessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. • Apresentar o acolhimento como ferramenta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço. • Definir e internalizar os elementos constitutivos de uma consulta, como ferramenta sempre a ser aprimorada no exercício da medicina (acolhida, escuta interessada, empatia, humanização, perguntas abertas, perguntas fechadas, observação da expressão corporal, construção da anamnese a partir da narrativa, exame físico, estabelecimento de hipóteses diagnósticas, necessidade da solicitação de exames com base em evidências).	• Discutir a importância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. • Para cada consulta realizada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade devem ser destacados. • Observar a semiologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • Evidenciar as manobras e a acurácia na avaliação sistêmica do paciente. Além de observar o contato visual, a empatia e a escuta interessada pelo paciente, ater-se à qualidade do registro de informações colhidas que compõem o raciocínio que culmina com o diagnóstico. • Todos os aspectos relevantes da consulta devem ser destacados pelo aluno e por seu preceptor, promovendo reflexão e aprendizado.	• Método dialógico. • Metodologia ativa. • Método clínico centrado na pessoa. • Semiologia clínica. • Método SOAP. • Preceptoria em um Minuto	• Prontuário do paciente no e-SUS. • Observações sobre <i>performance</i> e atitudes durante a condução da consulta.	• Focar o planejamento das atividades e a necessidade frequente de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. • Atenção às questões de aprendizagem. • Identificação de lacunas educacionais. • Verificação de conteúdo aprendido. • O que faltou na percepção do aluno. • O que ele precisa conhecer e estudar. • Roteiro de bibliografia. • Produção de relatório das situações observadas no contexto comunitário das consultas e de outras situações vivenciadas. • Aqui o destaque vai para a construção dos elementos da consulta e a competência esperada de um interno prestes a concluir a graduação. • Finalização do dia com <i>feedback</i> apreciativo e construção de roteiro de estudo visando suprir as lacunas educacionais (portfólio reflexivo).

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	• Realização de serviço burocrático. • Lançamento das consultas no e-SUS, outros trâmites do serviço. • Anotações das impressões do dia.					• Período de ajuste, reflexão, autoavaliação e avaliação geral pelo preceptor (individualmente).

Fonte: Elaborado pelo autor com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{1,24,39,48,54}.

Quadro 5. Atividades da quarta semana

TEMPO/ ESPAÇO	ATIVIDADE / RES- PONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVI- MENTO	ESTRATÉ- GIAS DIDÁ- TICAS	MATERIAIS NECESSÁ- RIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 7h30 às 12h Consul- tórios	ATIVIDADE • Enfatizar a cons- trução coletiva do contrato de convi- vência lembrando que estará sem- pre por construir novas inclusões. • Levar o interno a refletir sobre as competências da consulta médica no que tange aos elementos que a constituem. • Observar a construção do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano de cuidado ou terapêutico), visando ao apri- moramento e de- senvolvimento do raciocínio clínico para estabelecer o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas e a propedêutica da consulta. Observar: • A semiologia e seus rituais pre- sentes na narra- tiva de construção da anamnese em sua sequência que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • As manobras e a acurácia na ava- liação sistêmica do paciente. Além de observar o con- tato visual, a em- patia e a escuta interessada pelo paciente, ater-se à qualidade do registro de infor- mações colhidas que compõem o raciocínio que culmina com o diagnóstico. • Atividade no consultório com o aluno e seu pre- ceptor presente em todas as con- sultas.	• Apresentação de conceitos de prevenção quaternária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). • Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e <i>Medici- na Baseada em Evidências</i>). • Pactuar com base nas ne- cessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. • Apresentar o acolhimento como ferra- menta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço. • Definir e in- ternalizar os elementos constitutivos de uma consulta, como ferra- menta sempre a ser aprimorada no exercício da me- dicina (acolhida, escuta interes- sada, empatia, humanização perguntas aber- tas, perguntas fechadas, obser- vação da expre- são corporal, construção da anamnese a partir da narra- tiva, exame físico, estabelecimento de hipóteses diagnósticas, necessidade da solicitação de exames com base em evidên- cias).	• Discutir a im- portância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. • Para cada consulta reali- zada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade devem ser desta- cados. • Observar a se- miologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • Evidenciar as manobras e a acurácia na ava- liação sistêmica do paciente. Além de observar o contato visual, a empatia e a es- cuta interessada pelo paciente, ater-se à qualida- de do registro de informações co- lhidas que com- põem o raciocínio que culmina com o diagnóstico. • Todos os aspec- tos relevantes da consulta devem ser destacados entre aluno e seu preceptor, pro- movendo reflexão e aprendizado significativo.	• <i>Taske Force</i> cana- dense. • Prevenção quaternária. • Método dialógico. • Metodolo- gia ativa. • Método clínico cen- trado na pessoa. • Semiologia clínica. • Método SOAP • Precepto- ria em um Minuto. • Projeto terapêutico singular.	• Prontu- ário do paciente no e-SUS. • Observa- ções sobre <i>perfor- mance</i> e atitudes durante a condução da consul- ta.	• Apresentação de conceitos de prevenção quater- nária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e <i>Me- dicina Baseada em Evidências</i>). • Focar o planeja- mento das ativida- des e a necessidade frequente de verifi- car se foram alcan- çados os objetivos propostos. • Atenção às ques- tões de aprendiza- gem. • Identificação de lacunas educacio- nais. • Verificação de con- teúdo aprendido. • O que faltou na percepção do aluno. • O que ele precisa conhecer e estudar. • Roteiro de biblio- grafia. • Produção de rela- tório das situações observadas no contexto comunitá- rio das consultas e de outras situações vivenciadas. • Aqui o destaque vai para a constru- ção dos elementos da consulta e a competência espe- rada de um interno prestes a concluir a graduação. • Finalização do dia com <i>feedback</i> apre- ciativo e construção de roteiro de estudo visando suprir as la- cunas educacionais (portfólio reflexivo).

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	• Realização de serviço burocrático. • Lançamento das consultas no e-SUS, outros trâmites do serviço. • Anotações das impressões do dia.					• Período de ajuste, reflexão, autoavaliação e avaliação geral pelo preceptor (individualmente).

Fonte: Elaborado pelo autor com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{20,32,34,45}.

Quadro 6. Atividades da quinta semana

TEM-PO/ESPANÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 7h30 às 12h Consultórios	ATIVIDADE Nesta sequência, o aluno já conhece a dinâmica do serviço e contribui com ofertas de acolhimento e qualificação da demanda dos usuários. Já demonstra ser capaz de analisar e compreender os elementos da consulta, fazer diagnósticos diferenciais e conduzir a propedêutica baseada em protocolos clínicos referenciados. Demonstra ser capaz de observar, ouvir e, a partir de sua anamnese, construir o processo terapêutico singular sempre pautado nas necessidades do usuário integrando conceitos sobre determinantes sociais em saúde. • Enfatizar a construção coletiva do contrato de convivência lembrando que estará sempre por construir novas inclusões. • Levar o interno a refletir sobre as competências da consulta médica no que tange aos elementos que a constituem. • Observar a construção do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano de cuidado ou terapêutico), visando ao aprimoramento e desenvolvimento do raciocínio clínico para estabelecer o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas e a propedêutica da consulta. Observar: • A semiologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • As manobras e a acurácia na avaliação sistêmica do paciente. Além de observar contato visual, a empatia e a escuta interessada pelo paciente, ater-se à qualidade do registro de informações colhidas que compõem o raciocínio que culmina com o diagnóstico. • Atividade no consultório com o aluno e o paciente. O preceptor estará supervisionando e orientando o aluno em todas as consultas (estratégia da Preceptoria em um Minuto), foco no SOAP, raciocínio clínico e PTS).	• Apresentação de conceitos de prevenção quaternária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). • Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e Medicina Baseada em Evidências) • Pactuar com base nas necessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. • Apresentar o acolhimento como ferramenta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço. • Definir e internalizar os elementos constitutivos de uma consulta, como ferramenta sempre a ser aprimorada no exercício da medicina (acolhida, escuta interessada, empatia, humanização perguntas abertas, observação da expressão corporal, construção da anamnese a partir da narrativa, exame físico, estabelecimento de hipóteses diagnósticas, necessidade da solicitação de exames com base em evidências).	• Discutir a importância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. • Para cada consulta realizada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade devem ser destacados. • Observar a semiologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • Evidenciar as manobras e a acurácia na avaliação sistêmica do paciente. Além de observar o contato visual, a empatia e a escuta interessada pelo paciente, ater-se à qualidade do registro de informações colhidas que compõem o raciocínio que culmina com o diagnóstico. • Todos os aspectos relevantes da consulta devem ser destacados entre aluno e seu preceptor, promovendo reflexão e aprendizado significativo.	• Projeto terapêutico singular. • <i>Taske Force</i> canadense. • Prevenção quaternária. • Método dialógico. • Metodologia ativa. • Método clínico centrado na pessoa. • Semiologia clínica. • Método SOAP. • Preceptoria em um Minuto	• Pronunciário do paciente no e-SUS. • Observações sobre performance e atitudes durante a condução da consulta.	• Apresentação de conceitos de prevenção quaternária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e Medicina Baseada em Evidências). Apresentar os elementos da construção do projeto terapêutico singular. • Focar o planejamento das atividades e a necessidade de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. • Atenção às questões de aprendizagem. • Identificação de lacunas educacionais. • Verificação de conteúdo aprendido. • O que faltou na percepção do aluno. • O que ele precisa conhecer e estudar. • Roteiro de bibliografia. • Produção de relatório das situações observadas no contexto comunitário das consultas e de outras situações vivenciadas. • Aqui o destaque vai para a construção dos elementos da consulta e a competência esperada de um interno prestes a concluir a graduação. • Finalização do dia com <i>feedback</i> apreciativo e construção de roteiro de estudo visando suprir as lacunas educacionais (portfólio reflexivo).

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	• Realização de serviço burocrático. • Lançamento das consultas no e-SUS, outros trâmites do serviço. • Anotações das impressões do dia.					• Período de ajuste, reflexão, autoavaliação e avaliação geral pelo preceptor (individualmente)

Fonte: Elaborado pelo autor com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{22,23,32}.

Quadro 7. Atividades da sexta semana

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 7h30 às 12h Consultórios	ATIVIDADE Nessa etapa, o aluno deverá ser capaz de: • Estruturar o raciocínio clínico, • Elencar elementos para constituir uma tomada de decisão, • Conseguir integrar competências cognitivas, • Promover síntese, • Integrar os conhecimentos técnicos e as habilidades práticas fundamentadas na necessidade da pessoa e na humanização, agindo com ética, sendo tecnicamente competente, • Adaptar-se a cenários complexos, baseando-se na literatura que apoia os estudos clínicos e protocolos assistenciais. • O preceptor estará supervisionando e orientando o aluno em todas as consultas (estratégia da Preceptoría em um Minuto, foco no SOAP, raciocínio clínico e PTS). • Fortalecer os princípios da bioética e a confiabilidade das informações, tendo como princípio a humanização do processo. • Levar o interno a refletir sobre competências da consulta médica no que tange aos elementos que constituem a consulta, como principal ferramenta de utilização do médico. Lembrar que o aprimoramento deverá sempre ser contínuo. • Observar a construção do SOAP (subjetivo, objetivo, avaliação, plano de cuidado ou terapêutico), visando a melhorias para o desenvolvimento do raciocínio clínico para estabelecer o diagnóstico ou as hipóteses diagnósticas e a propedêutica da consulta. • Observar: • A semiologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência, que privilegia o raciocínio clínico estruturado. • as manobras e a acurácia na avaliação sistêmica do paciente. Além de observar o contato visual, a empatia e a escuta interessada pelo paciente, atente-se à qualidade do registro de informações colhidas que compõem o raciocínio que culmina com o diagnóstico.	• Ser capaz de avaliar a consulta, indicando os elementos principais que corroboram o raciocínio clínico e o estabelecimento de hipóteses diagnósticas, e apresentar diagnósticos diferenciais. • Compreender o processo saúde-doença sob o olhar dos determinantes sociais em saúde na prática clínica comunitária. • Conseguir desenvolver e estabelecer autocritica, compreendendo a necessidade do aprimoramento contínuo e permanente. • Estabelecer pactuações intra e interconsultas, podendo agendar momentos de retorno programado para conhecimento e aprofundamento do raciocínio clínico e tomada de decisão visando à acurácia diagnóstica. • Trabalhar aspectos motivacionais com o paciente e incentivos para desenvolver autocontrole para melhorias da qualidade em saúde. • Avaliar a autopercepção de autonomia pelo aluno, manifestada pela vivência clínica, demonstrando saber utilizar as ferramentas necessárias para a tomada de decisão supervisionada. • Apresentação de conceitos de prevenção quaternária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). • Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e Medicina Baseada em Evidências). • Pactuar com base nas necessidades educacionais, na intencionalidade do internato e na organização do serviço. • Apresentar o acolhimento como ferramenta dialógica na escuta da necessidade do usuário e foco na organização do serviço no cotidiano da prática. • Definir e internalizar os elementos constitutivos de uma consulta, como ferramenta sempre a ser aprimorada no exercício da medicina (acolhida, escuta interessada, empatia, humanização, perguntas abertas, perguntas fechadas, observação da expressão corporal, construção da anamnese a partir da narrativa, exame físico, estabelecimento de hipóteses diagnósticas, necessidade da solicitação de exames com base em evidências).	• Avaliar a capacidade do aluno no desenvolvimento dos passos da consulta. • Observar sua atitude diante do paciente, sempre respeitosa e interessada, e a maneira de dirigir e conduzir uma consulta. • Checar as habilidades desenvolvidas e como se apresentam durante o exame clínico dos pacientes. • Evidenciar aspectos importantes relacionados na orientação ética e humanizada referente à singularidade do paciente. • Demonstrar segurança na condução de uma consulta, se dirigindo com educação, escuta e fala interessada, observando a linguagem verbal e não verbal do indivíduo que busca por assistência, acolhida dos aspectos emocionais com empatia, conseguindo extrair necessidades não explícitas, mas que colaboram na constituição do corpo diagnóstico. • Discutir a importância de reconhecer cada usuário em suas singularidades e conhecer uma classificação em APS tomando como regra a vulnerabilidade e os determinantes sociais em saúde. • Para cada consulta realizada na UBS, os elementos que identificam e diferenciam cada paciente em sua individualidade devem ser destacados. • Observar a semiologia e seus rituais presentes na narrativa de construção da anamnese em sua sequência que privilegie o raciocínio clínico estruturado. • Evidenciar as manobras e a acurácia na avaliação sistêmica do paciente. Além de observar o contato visual, a empatia e a escuta interessada pelo paciente, atente-se à qualidade do registro de informações colhidas que culminam com o diagnóstico. • Todos os aspectos relevantes da consulta devem ser destacados entre aluno e seu preceptor, promovendo reflexão-ação aprendizado significativo, metassíntese.	• Preceptoría em um Minuto. • Projeto terapêutico singular. • <i>Taske Force</i> canadense. • Prevenção quaternária. • Método dialógico. • Metodologia ativa. • Método clínico centrado na pessoa. • Semiologia clínica. • Método SOAP.	• Prontuário do paciente no e-SUS. • Observações sobre <i>performance</i> e atitudes durante a condução da consulta.	• Apresentação de conceitos de prevenção quaternária e discussão de princípios da APS (<i>Primum non nocere</i>). Conhecer as ferramentas de raciocínio clínico e tomada de decisão (<i>Taske Force</i> e Medicina Baseada em Evidências). Apresentar os elementos da construção do projeto terapêutico singular. • Focar o planejamento das atividades e a necessidade frequente de verificar se foram alcançados os objetivos propostos. • Atenção às questões de aprendizagem. • Identificação de lacunas educacionais. • Verificação de conteúdo aprendido. • O que faltou na percepção do aluno. • O que ele precisa conhecer e estudar. • Incentivo para vivências e ambientação diferenciada, permitindo a autogestão do processo de estresse, incentivando conhecer artes e outros elementos de cultura, além de atividade física e música. • Roteiro de bibliografia. • Produção de relatório das situações observadas no contexto comunitário das consultas e de outras situações vivenciadas. • Aqui o destaque é para a construção dos elementos da consulta e a competência esperada de um interno prestes a concluir a graduação. • Finalização do dia com <i>feedback</i> apreciativo e construção de roteiro de estudo visando suprir as lacunas educacionais (portfólio reflexivo). • Permitir reflexão sobre a práxis médica e a melhoria contínua de <i>performance</i> e atitudes.

TEMPO/ESPAÇO	ATIVIDADE / RESPONSABILIDADE	OBJETIVO DA ATIVIDADE	DESENVOLVIMENTO	ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS	MATERIAIS NECESSÁRIOS	ORIENTAÇÕES PARA O PRECEPTOR
Das 12h às 13h	- Realização de serviço burocrático. - Lançamento das consultas no e-SUS, outros trâmites do serviço. - Anotações das impressões do dia.					Período de ajuste, reflexão, autoavaliação e avaliação geral pelo preceptor (individualmente).

Fonte: Elaborado pelo autor com base no planejamento do dia de internato em atenção básica à saúde (ABS) da Abem e em outros estudos^{32,15,27,52,53,55}.

Ao fim do processo, haverá uma avaliação formativa e outra somativa, além da análise dos aspectos relevantes durante todo o *feedback* realizado na estratégia da *Preceptoria em um Minuto*, já programadas previamente. Outros procedimentos previstos: conhecer e avaliar o material desenvolvido no portfólio reflexivo do aluno; apresentar bibliotecas e *sites* de pesquisas científicas e divulgação de amplo material de consulta; incentivá-lo a realizar estudos programados e dirigidos visando adquirir conteúdos de conhecimentos que desenvolvam habilidades e melhoria de *performance* médica (educação permanente em saúde), enfatizando a não terminalidade de conhecimento e desenvolvimento da práxis médica; e solicitar que os internos façam uma avaliação do internato referente ao processo de trabalho ofertado. Os preceptores solicitarão *feedback* sobre o processo desempenhado durante o internato. Esse olhar do discente sobre o serviço também nos auxiliará a corrigir a trajetória e sempre propor melhorias que atendam a população.

Nossa UBS, por intermédio de seus profissionais, propiciará uma confraternização a todos envolvidos no final do internato.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução da proposta permite as seguintes considerações:

1) *Centralidade do educando*: A proposta valoriza o estudante como protagonista do próprio aprendizado, em diálogo com a comunidade e com base na autonomia e criticidade, conforme os princípios de Paulo Freire²⁸. Essa abordagem permite ressignificar o cuidado e construir relações de cooperação e aprendizagem ativa.

2) *Aprendizagem colaborativa e interação*: A prática colaborativa, evidenciada por metodologias ativas³⁷ e estudos de Pimentel e Carvalho⁴⁶ fortalecem habilidades socioemocionais e promovem trocas entre discentes, preceptores e pacientes. A UBS se consolida como espaço privilegiado de aprendizagem permanente.

3) *Integração tecnológica e inovação*: O uso de tecnologias digitais, como fóruns e videoconferências³¹, facilita uma formação médica dinâmica e responsiva às demandas do SUS. Essa prática reforça a visão freiriana^{28,29} de ensino transformador por meio de comunidades de prática e inovação.

4) *Formação integral e compromisso social*: A formação vai além da técnica, integrando ética, comunicação e cidadania. As metodologias ativas promovem uma prática médica humanizada, voltada à atenção primária e ao enfrentamento das iniquidades sociais em saúde^{16,17,42}.

5) *Desenvolvimento de competências clínicas e reflexivas*: A aplicação de métodos como “Preceptoria em um Minuto”⁴³ favorece competências como resolução de problemas e tomada de decisão. O preceptor, atento e comprometido, oferece estratégias didáticas que promovem aprendizagem significativa e cuidado ampliado.

6) *Sustentação da transformação educacional*: A transformação do ensino médico exige práticas que promovam autonomia, diálogo e esperança, conforme os fundamentos de Freire^{28,29}. Essa mudança contribui para um sistema de saúde mais humano e eficaz.

7) *Métodos avaliativos*: A avaliação permite mapear o percurso do aluno, evidenciando competências adquiridas e ressignificadas. Alinhada às DCN¹⁷, essa prática torna o estudante apto a enfrentar os desafios da formação médica com protagonismo e preparo.

8) *Planejamento estruturado com base no Caderno de ensinagem do tutor da Abem*: A adoção das demarcações metodológicas do *Caderno de ensinagem do tutor* da Abem³ garante organização e coerência no ensino. Elementos como conceito-chave, objetivos, estratégias e referenciais

teóricos potencializam a experiência dos estudantes e promovem ensino ativo e reflexivo.

Em síntese, a implementação dessas metodologias no internato em UBS promove uma formação médica integral, unindo desenvolvimento acadêmico e compromisso social. As ações de ensinar e aprender tornam-se metas compartilhadas, convocando outros educadores a se engajar na construção de uma formação médica de qualidade.

REFERÊNCIAS

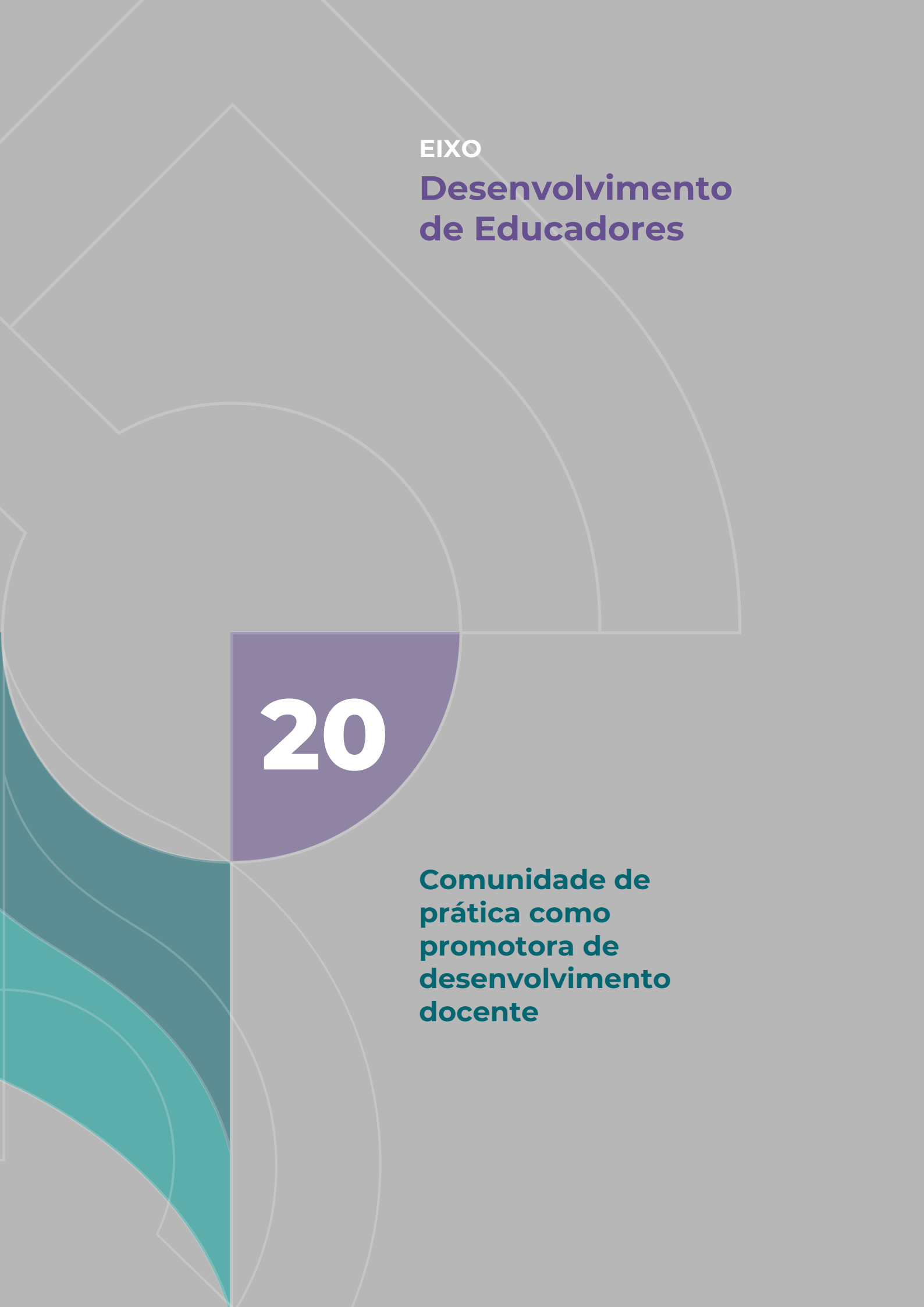
1. Andrade RP, Silva RPG da, Rodrigues RM. Sistema Único de Saúde e a graduação em enfermagem no Paraná. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [citado 20 ago. 2025];63(1):68–73. doi: 10.1590/S0034-71672010000100011 Disponível em: SciELO – artigo completo com resumo
2. Araújo Filha EN, Miranda RS, Zanardi SSV. Metodologias ativas no processo da aprendizagem significativa. *Rev Olhar Científico*. 2018;4(1):592–606. [acesso em 10 jan 2025]. Disponível em: <https://revista.faculdadeariquemes.edu.br/index.php/ROC/article/view/92>
3. Associação Brasileira de Educação Médica. Caderno de ensinagem do tutor. Rio de Janeiro: Abem; 2016.
4. Carvalho JO, Lourenço LV, Jesus MAC, Teixeira CP. Estratégias de aprendizagem: o uso de metodologias ativas na formação e na qualificação de preceptores. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2023 [citado 19 ago 2025];34(2). Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/1512>. doi:10.51723/ccs.v34i02.1512
5. Universidade Federal da Bahia. Ata da Sessão Extraordinária da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), realizada em 6 de outubro de 2020. Salvador: Ufba; 2020.
6. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2011;32(1):25-40.
7. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):363-73. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-5502200800030001125>.
8. Botti SHO, Rego STA. Preceptor: o profissional de saúde-educador do século XXI. *Rev Bras Educ Med*. 2024;48(2):15–27. Disponível em: SciELO. Acesso em: 10-06-2025.

9. Ministério da Saúde. Guia de controle da hanseníase. Brasília: Fundação Nacional da Saúde; 1994.
10. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Programa Mais Médicos. Brasília; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores*. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 83 p. [acesso em 5 jun. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/cartazes-e-cartilhas/casaps-versao-profissionais-saude-gestores-completa.pdf>.
12. Ministério da Saúde BR. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2011.
13. Ministério da Saúde BR. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 8 maio 2025]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_tb.pdf.
14. Brasil. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Ministério da Saúde BR. Manual instrutivo do programa nacional para melhoria do acesso e qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União; 23 jun 2014. Seção 1, p. 8.
17. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 3 de novembro de 2022. Altera a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União; 7 nov 2022. Seção 1, p.19.
18. Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. Campos GWS. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2012.
20. **Canadian Task Force on Preventive Health Care**. Quaternary prevention. *Canadian Task Force on Preventive Health Care* [Internet]. 2024 [acesso em 10 jan. 2025]. Disponível em: <https://www.canadiantaskforce.ca>

21. Cardoso FM, Campos GWS. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na atenção primária à saúde. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1251-60. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.10852019>.
22. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
23. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
24. Che Mello D, Frói WC, Bezerra Machado CL. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33:664-9.
25. Conselho Federal de Medicina. Diretrizes para o ensino médico. Brasília: CFM; 2020.
26. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. *Diário Oficial da União*. 31 dez 1990 [acesso em 19 ago 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm
27. Hajjar LA, Brandão Neto RA, Marino LO, Marchini JFM, Alencar JCG, Turaça K, et al. Medicina de emergência: abordagem prática. 18a ed. Santana de Parnaíba: Manole; 2024.
28. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
29. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 1992.
30. Gandin D. Planejamento: como prática educativa. In: Associação Brasileira de Educação Médica. Caderno de ensinagem do tutor. Rio de Janeiro: Abem; 2016. p. 54-5.
31. Garrison DR, Anderson T. E-learning in the 21st century: a framework for research and practice. 2nd ed. New York: Routledge; 2003.
32. Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. Volume 1. 1.200 p.
33. Issler H. *Pediatria na atenção primária*. São Paulo: Sarvier; 1999.

34. Jamouille M. Prevention in primary care: a quaternary prevention framework. *European Journal of General Practice*. 2014;20(4):275–276. doi: 10.3109/13814788.2014.956292
35. Johnson DW, Johnson RT, Smith KA. *Active learning: cooperation in the college classroom*. 2nd ed. Edina, MN: Interaction Book Company; 1998.
36. Lucey C. Medical education: part of the problem and part of the solution. *JAMA Intern Med*. 2013;173(17):1639–1643. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3738
37. Marambaia MP, Batista A, Carvalho R, Beatriz A, Abreu W. Medicina Internato em Clínica Médica por Nível de Atenção I Plano de Ensino. 2021 [acesso em 18 ago 2025]. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/5517>
38. Mariath MD, Monteiro JA, Rodrigues E, Silva A, Dias D, Marques M, et al. *Manual de metodologias ativas: ensino-aprendizagem, criatividade e inovação em educação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. 144 p.
39. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
40. Mitre SM, Gomes R, Goulart FC, Almeida MJ, Pinto RD, Peres HHC, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Suppl 2):2133–2144. doi: 10.1590/S1413-81232008000900020
41. Murahovschi J. *Pediatria: diagnóstico + tratamento*. 6a ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
42. Nóbrega MML, Cubas MR. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
43. Oliveira JP. Preceptoria em um Minuto na residência uniprofissional: relato de experiência em pesquisa clínica. *Saberes Plurais*. 2024;8(1):e137410.
44. Organização Mundial da Saúde. *Educação médica: diretrizes para o desenvolvimento de competências*. Genebra: OMS; 2019.
45. Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
46. Pimentel M, Carvalho FS. *Aprendizagem online é em rede, colaborativa: para o aluno não ficar estudando sozinho a distância*. Ciência, Educação. 2020 [acesso em 6 mar 2025]. Disponível em: <https://www.cienciaeducacao.com.br/artigo/aprendizagem-online-em-rede-colaborativa>

47. Universidade Federal do Pará. Plano de ensino: internato de medicina de família e comunidade 01. Belém: UFPA; 2023.
48. Porto CC, Porto AL. Semiologia médica. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
49. Pozzobon A. Etimologia e abreviaturas de termos médicos. Lajeado: Univates; 2011.
50. Gandin D. Planejamento: como prática educativa. In: Associação Brasileira de Educação Médica, organizador. Caderno de ensinagem do tutor. Rio de Janeiro: Abem; 2016. p. 54–5.
51. Santos GFD. Metodologias ativas como processo de aprendizagem significativa no ensino básico [monografia de especialização]. Curitiba: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2020.
52. Santos SMA, Dias HS, Campos GWS. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. Cien Saude Colet. 2013;18(6):1847–1856.
53. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):86–92. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>
54. SOAP revisitado. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2023;25(2):221–225. doi: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i2.10610>
55. Souza Filho SA. Avaliação do capital social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à equipe de saúde da família [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2019.
56. Stewart M, et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. Traduzido por Burmeister A, Rosa SMM. Revisão técnica: Lopes JMC. [acesso em 10 jan 2025]. Disponível em: <https://www.artmed.com.br>
57. Kurtz KJ. Training the internist for primary care: a view from Nevada. West J Med. 1982;136(1):76–82.



EIXO

Desenvolvimento de Educadores

20

**Comunidade de
prática como
promotora de
desenvolvimento
docente**

Comunidade de prática como promotora de desenvolvimento docente

Izabel Cristina Meister Martins Coelho¹ / Camila Moraes Marques¹ /
Samya Hamad Mehanna¹ / Maria Helena Senger² (orientadora)

izabel.coelho@fpp.edu.br / mhsenger@pucsp.br

Palavras-chave: Avaliação do Estudante; Desenvolvimento Docente; Educação Médica; Comunidades de Prática.

RESUMO

Introdução: O desenvolvimento docente (DD) é crucial para a excelência na educação médica cujo propósito é impulsionar as instituições a criar programas em núcleos de formação para seus professores. Em 2000, Harden et al. propuseram 12 papéis para docentes na educação médica em transformação, influenciando diversas iniciativas de DD desde então. **Objetivo:** Este estudo contextualiza a importância do DD, partindo da influência de Harden e Crosby e analisando a evolução das propostas de DD intra e extrainstitucionais para professores de Medicina. **Método:** A necessidade premente de qualificar a formação docente, de modo a formar jovens médicos para que possam atuar com liderança e pensamento crítico a fim de implementarem melhores práticas profissionais, é um dos principais motivadores para a busca contínua por modelos eficazes de DD. Uma avaliação sistemática recente, conduzida por Kohan et al., analisou modelos de DD baseados na proposta de Harden e Crosby à luz do modelo de Kirkpatrick. Os resultados apontaram que a maioria dos programas de DD atinge o nível 2b de Kirkpatrick, demonstrando aquisição de conhecimento e habilidades, mas com dificuldades em alcançar mudanças comportamentais permanentes. Diante dessa limitação, Steinert propõe a criação de comunidades de prática (COP) como uma estratégia mais eficaz para o DD. O presente trabalho propõe o desenvolvimento uma COP a partir de diversas ações, incluindo oficinas, uso de artigos, vídeos, *podcasts* e outras mídias, com o objetivo de ativar docentes, preceptores e discentes. Para tanto, utiliza como suporte os referenciais teóricos sobre DD e avaliação. A abordagem busca superar as limitações dos modelos tradicionais e promover um aprendizado mais significativo e duradouro

¹ Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

para os professores do curso de Medicina. O desenho de pesquisa proposto foi a pesquisa-ação, de abordagem qualitativa. **Resultado:** Após a realização de estímulos semanais por *e-mail* e de três oficinas com 164 docentes e 19 discentes, em sua maioria mulheres, houve um debate sobre os instrumentos de avaliação do estudante na instituição em estudo. **Conclusão:** A observação dos participantes durante os trabalhos nas oficinas demonstrou que o engajamento na criação da COP esteve bastante presente, em que o uso de celulares foi considerado o maior desafio ao projeto. Eis as principais percepções encontradas: a necessidade de que professores e estudantes tenham espaços protegidos para discussões mais frequentes e amplas, a imprescindibilidade de transformar os encontros em processos contínuos para debate e mudanças, e o engajamento verdadeiro para a criação de uma COP por e para os docentes. Observou-se a necessidade de se manter a proposta desse processo de criação da COP para que ele seja consolidado.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento docente (DD) planejado e executado segundo as necessidades de cada currículo é a expectativa de gestores e instituições na busca da excelência na educação médica.

Ao longo dos anos, as instituições têm buscado desenvolver núcleos e programas de DD para formar seus professores e uniformizar processos de ensino-aprendizagem e avaliação em seus currículos.

Em 2000, no intuito de propor um caminho mais claro, Harden et al.¹ publicaram 12 regras para formar docentes para uma educação médica em transformação. Muitas instituições têm adotado essas regras para seu DD. Desde então, diversas propostas de DD intra e extrainstitucionais para professores da medicina têm sido publicadas²⁻⁵. Como resultado, demonstram a necessidade premente de desenvolver docentes para uma formação qualificada e permitir que os jovens médicos atuem com liderança e criticidade a fim de facilitar a implementação de melhores práticas na educação médica⁶.

Em 2023, Kohan et al.⁷ realizaram uma avaliação sistemática sobre os modelos de DD criados a partir da proposta de Harden et al.¹, com o intuito de avaliá-los a partir do modelo de Kirkpatrick, modificado por Steinert et al.⁸. Como conclusão, perceberam que a maior parte das iniciativas para DD chegam até o nível 2b, não atingindo mudanças permanentes.

Segundo Steinert⁹ e Steinert et al.¹⁰, a proposta seria a criação de comunidades de prática (COP) que se retroalimentem e mantenham a

qualidade do trabalho docente, além de fomentarem inovações, permitindo assim um maior nível de efetividade.

A partir desses referenciais, a proposta do trabalho foi desenvolver ações diversas (oficinas, uso de artigos, vídeos, *podcasts* e outros) que permitiriam a ativação e criação de uma COP, usando como suporte os referenciais sobre DD.

Essa proposta ocorre após um período de dois anos de avaliação do currículo do curso de Medicina da IES em estudo quando foram identificadas necessidades de rever e ressignificar as abordagens utilizadas para o ensino em PBL, no uso das simulações e nas formas de avaliação dos estudantes de forma a manter a qualidade da formação dos estudantes dentro as premissas das DCN para o curso de graduação em Medicina¹¹ e das tendências mundiais¹²⁻¹⁵.

Para isso, foram pensadas estratégias para trabalhar com os docentes e discentes no sentido de não só revisitar os métodos empregados, mas também buscar manter esse processo ativo. Como primeiro desafio, optou-se por desenvolver a questão das avaliações empregadas no curso por ocorrem em todas as UC.

Dessa forma, surgiu a pergunta de pesquisa:

- Como fomentar o trabalho colaborativo entre docentes de um curso de Medicina que se desenvolve por meio de um currículo integrado com o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizado-avaliação para criar uma comunidade de prática?

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Trata-se de uma pesquisa-ação de abordagem qualitativa. A pesquisa-ação se insere no campo social com objetivos tanto de conhecimento quanto prático, sendo o primeiro voltado para a busca de informações e para a ampliação de conhecimento, e o último para a busca e o levantamento de soluções e de ações, conforme as metas estabelecidas no estudo¹⁶.

A pesquisa-ação é um modo de pesquisa, com engajamento, em que o pesquisador busca compreender e melhorar sua prática. Por meio da pesquisa-ação, busca-se intervir de modo inovador na prática. Na educação, a pesquisa-ação leva ao aprimoramento do ensino, decorrente do aprendizado com os interlocutores que podem ser os professores e/ou estudantes e que interagem no processo da pesquisa. Desse modo, a pesquisa-ação pode ser uma escolha estratégica para o ensino, pela interação que possibilita com os participantes da pesquisa¹⁶⁻²⁰.

Desenho da pesquisa

O presente estudo baseou-se na proposta de pesquisa-ação educacional segundo Tripp¹⁹, que a define como a uma estratégia para o desenvolvimento de professores e pesquisadores de modo que possam utilizar suas pesquisas para aprimorar seu ensino e, em decorrência, o aprendizado de seus estudantes. A pesquisa-ação permite o desenvolvimento de investigações com os grupos e a coletividade, que ensejam buscar respostas e propostas para melhorar e inovar a prática. Por esses motivos foi aplicada no presente estudo.

Neste momento, a pesquisa já passou pelas fases de PLANEJAR e AGIR, e se encontra na fase DESCREVER, conforme mostre a Figura 1.

Figura 1. Passos da pesquisa-ação



Fonte: Tripp¹⁹ (p. 446).

Por ser um processo dinâmico, optou-se por complementar o desenho teórico-metodológico seguindo a proposta de Mallmann²⁰, para quem o potencial da produção de conhecimentos para inovação e transformação socioeducacional não pode limitar-se ao trabalhoso processo de coleta e organização de dados. É preciso criar estratégias metodológicas que sirvam para organizar e agrupar os dados produzidos, de tal modo que se possa otimizar o tempo de análise das respostas. Assim, vêm sendo construídas matrizes cartográficas para organizar e registrar as evidências científicas em cada uma das etapas metodológicas de uma pesquisa-ação educacional:

delimitação da preocupação temática (tema, problema e objetivos); produção/análise de dados (técnicas e procedimentos de acompanhamento e registro); e conclusões/afirmações.

Foram construídas três matrizes cartográficas: matriz dialógico-problematizadora (MDP), matriz temático-organizadora (MTO) e matriz temático-analítica (MTA).

Para a construção da primeira matriz – MDP –, utilizaram-se os dados da literatura e os resultados derivados da avaliação do curso ocorrida nos anos de 2022 a 2023. Entendemos que a transformação das práticas é sustentada na elaboração de perguntas em torno de temas especialmente relevantes e inovadores, conforme apontado no Quadro 1. A continuidade da construção das demais matrizes é o objeto desta pesquisa.

Quadro 1. Matriz dialógico-problematizadora: desenvolvimento docente e comunidade de prática

	PROFESSORES	ESTUDANTES	TEMA – Avaliação	CONTEXTO – Comunidade de prática
Professores	Os professores dialogam entre si a respeito das avaliações realizadas no curso?	Os estudantes percebem que as avaliações são debatidas e cientificamente estruturadas?	A integração entre as avaliações aplicadas durante o curso está clara para professores e alunos?	O engajamento dos docentes no tema e nos debates realizados durante as oficinas favorece a criação de uma comunidade de prática?
Estudantes	Os professores problematizam com os estudantes as avaliações durante as oficinas?	Os estudantes compreendem as avaliações como um processo contínuo para o direcionamento do aprendizado?	A avaliação do estudante se mantém com uma visão punitiva para os discentes?	O debate durante as oficinas promove o repensar sobre o papel docente e de seu desenvolvimento contínuo?
Tema	Os professores compreendem o potencial e os desafios da avaliação como promotora da formação docente?	Os estudantes problematizam sua avaliação diante dos desafios da inclusão dos temas em um currículo integrado?	Quais são os resultados da revisão/reflexão sobre as diversas formas e os vários tipos de avaliação no currículo?	A indução da integração e sistematização dos debates sobre as avaliações realizadas no curso implica a atualização dos instrumentos utilizados?
Contexto	Os professores pesquisam instrumentos para avaliação do estudante e elaboram propostas de mudança destes de forma coletiva?	Os estudantes, a partir de suas avaliações no curso, opinam sobre as novas propostas?	O debate coletivo sobre as formas e os instrumentos de avaliação modifica a visão sobre os instrumentos atuais de avaliação do estudante?	O envio de material prévio para estimular a leitura e o preparo dos docentes e a promoção do debate durante as oficinas favorece o desenvolvimento da comunidade de prática?

Fonte: Elaborado pela autora e pela CAEC.

Local da pesquisa

A pesquisa iniciou-se no segundo semestre de 2024 e princípio de 2025, em uma instituição de ensino superior (IES) do terceiro setor na cidade de Curitiba, no Paraná, que possui o curso de Medicina com currículo inovador, conforme já apresentado.

A escolha do local se deve ao fato de ser o ambiente de atuação da pesquisadora.

Participantes da pesquisa

A população em estudo foi composta de 85 docentes, 24 preceptores e 12 estudantes, cada um representando o seu período e trazendo as demandas da sua turma sobre as avaliações às quais são submetidos.

A participação esperada é de 60 professores/preceptores (acima da metade do número de docentes para permitir que as mudanças tivessem respaldo entre todos os docentes) e 12 estudantes.

Como fator de exclusão, ambos deveriam estar na instituição há menos de seis meses. No caso dos estudantes, deveriam ter idade acima de 18 anos.

Coleta de dados

Inicialmente foram propostas duas oficinas com o objetivo de avaliar o processo e os instrumentos usados para a avaliação do desempenho dos estudantes de graduação em Medicina.

Os docentes e discentes foram convidados pela coordenação do curso e pela Comissão de Avaliação do Estudante e do Curso (CAEC) para participação da oficina, que pertence ao Programa do Núcleo de Desenvolvimento Docente (NDD).

A cada semana, os docentes receberam *e-mails* com dois artigos, vídeos ou *podcasts* com o objetivo de estimular o debate e o interesse na participação.

Antes de iniciar as oficinas, foram preenchidos os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e distribuídos os diários de observação ao grupo da coordenação e CAEC.

Na primeira oficina, após a apresentação de seus objetivos, os docentes e discentes foram divididos em cinco grupos – tutoriais (G1), sistemas orgânicos integrados – SOI (G2), habilidades médicas e de comunicação – HMC (G3), integração ensino e comunidade – IEC (G4) e internato (G5) – e puderam debater sobre os instrumentos de avaliação já utilizados por seu grupo dentro do curso, além de identificarem as necessidades de mudanças neles com base nas DCN e na literatura atual, a partir de buscas ativas pelo grupo ou dos documentos previamente enviados pela coordenação de curso e pela CAEC. Após duas horas de oficina, os docentes e discentes trocaram de sala (mantendo-se dois membros de cada grupo para a apresentação do trabalho realizado) e foram apresentados aos dados construídos por outros grupos, rodando a cada 15 minutos em um total de uma hora. Após essa rodada, os participantes voltaram às salas de aula originais para que pudessem sugerir novas mudanças em suas planilhas. Ao final da oficina, os docentes e discentes foram orientados a manter as discussões em seus grupos de planejamento (GP), avaliaram a oficina e deram o *feedback* via Google Forms sobre esta.

Após dois meses e aprofundamento sobre as propostas, uma segunda oficina foi realizada, seguindo as mesmas premissas e com o intuito de propor avanço nas novas versões de instrumentos, que foram, em sua maioria, obtidas por consenso.

Para isso, novamente os docentes e discentes foram convidados pela coordenação para participação da oficina que pertence ao Programa do NDD e receberam *e-mails* com dois artigos, vídeos ou *podcasts*, voltados às questões levantadas na primeira oficina, com o objetivo de estimular o debate e o interesse na participação. Dois artigos objetivaram fomentar a ideia de COP: um sobre desvio positivo e outro sobre a importância das COP.

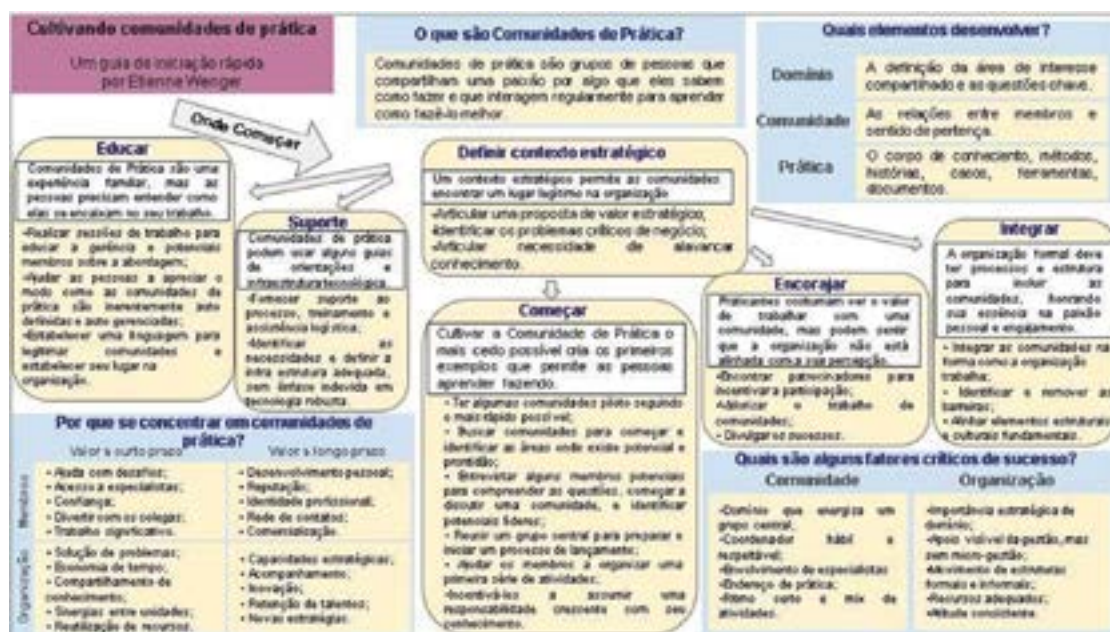
No início da segunda oficina, apresentaram-se os sete princípios fundamentais que buscam contribuir para os objetivos organizacionais de Wenger et al.²¹ no que concerne à criação e manutenção das COP:

- 1) desenhar a COP pensando na sua evolução;
- 2) manter o diálogo entre a perspectiva interna e a externa;

- 3) convidar os diferentes níveis de participação;
- 4) desenvolver espaços públicos e privados para a comunidade;
- 5) focar o valor da COP;
- 6) combinar familiaridade e estimulação;
- 7) criar um ritmo para a comunidade.

E apresentados na figura representativa da criação de uma COP, elaborada por Fernandes et al.²³ a partir de Wenger et al.²¹.(Figura 2).

Figura 2. Cultivando comunidades de prática



Fonte: Adaptada e traduzida de Wenger²² por Fernandes et al.²³.

Após a apresentação, os princípios de Wenger^{21,22} foram debatidos pelos participantes, trazendo à luz a etapa em que nos encontramos no momento: desenvolver espaços públicos e privados para a comunidade.

Ao final dessa oficina, por consenso, percebeu-se a necessidade de uma nova oficina para finalizar os instrumentos e momentos de sua aplicação dentro do curso, e para melhor debater sobre a criação da nossa COP.

Uma terceira oficina, realizada após dois meses e do envio de materiais de apoio sobre COP, teve como objetivos: 1. finalizar os instrumentos a serem utilizados nas UC; 2. testar os instrumentos entre os pares; 3. validar os instrumentos na plenária; 4. compreender os papéis na COP.

A cada oficina, coletaram-se dados demográficos e dados referentes à avaliação da oficina via Google Forms.

Também se coletaram os dados a partir de um diário de observação para o desenvolvimento de uma COP, criado pela equipe coordenadora das oficinas.

A criação da COP será reavaliada após 12 meses por meio de um grupo focal, com o propósito de analisar as seguintes categorias: desenvolver espaços públicos e privados para a comunidade; focar o valor da COP; combinar familiaridade e estimulação; criar um ritmo para a comunidade.

Análise dos dados

Os seguintes dados foram colhidos para a análise:

- Os dados demográficos coletados via Google Forms.
- A observação participativa nos grupos com uso do diário de observação.
- Os dados oriundos do Google Forms de avaliação da oficina.

Aspectos éticos

Este estudo tem como fundamento os preceitos éticos estabelecidos pelos seguintes documentos normativos: Resolução nº 466/2012, Resolução nº 501/2016, Resolução nº 001/2013 e Ofício Circular nº 02/2021 do CNS. O estudo foi aprovado com Parecer nº 5.066.955.

Respeitou-se a dignidade humana, de modo a proteger a identidade dos participantes colaboradores da pesquisa. Garantiu-se o direito ao sigilo, e os participantes foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa, e receberam um TCLE para a participação do estudo.

Os riscos desta pesquisa foram inerentes à perda do anonimato e sigilo e ao constrangimento dos participantes perante a exposição da sua atuação acadêmica.

Para minimizar os riscos, ficou assegurado que, em momento algum, a identidade dos participantes será revelada, e, para tanto, será utilizado um código numérico que os identificará. Uma vez que os dados serão utilizados para fins de pesquisa e os únicos que terão acesso a esses dados serão os responsáveis pelo desenvolvimento desta pesquisa, estes se comprometem com a manutenção do sigilo necessário.

Após o levantamento e a análise dos dados com a finalidade de divulgação nos meios acadêmicos e científicos, eles ficarão em posse dos pesquisadores, em computador de acesso restrito a estes por senha, responsáveis pelo prazo de cinco anos. Os dados desta pesquisa não serão utilizados com a finalidade de avaliação de docentes e discentes, a fim de minimizar o risco de constrangimento.

Por se tratar de uma pesquisa em andamento, até o presente momento temos os resultados referentes às três oficinas e teremos o resultado após 12 meses, quando faremos a análise da implantação da COP.

Os participantes somaram 52 professores, sete preceptores e quatro estudantes na primeira oficina; 46 professores, oito preceptores e seis estudantes na segunda; e 45 professores, seis preceptores e nove estudantes na terceira.

Em relação aos docentes e preceptores, 42, 44 e 40 mulheres, respectivamente, participaram. A idade variou de 25 a acima de 71 anos, com predomínio na faixa etária de 30 a 50 anos (67%). Ao olharmos para o grupo de docentes, percebemos que a feminização da medicina, amplamente demonstrada na literatura^{24,25}, também se encontra na docência médica. A maior presença de mulheres na docência em escolas de Medicina promove um trabalho mais colaborativo e integrado, segundo Nascimento²⁶ e Silva²⁷.

Entre os docentes, 46% tinham mestrado ou doutorado na área de ensino, 7% possuíam especialização em ensino e 20% realizaram cursos ou estiveram em congressos que envolvem o tema ensino.

Ao observarmos o percentual de docentes com formação na área de ensino, aproximadamente 55% do grupo, percebemos que a sensibilização é maior naqueles que já transitam na área de educação das profissões da saúde e que esse fato, como descrito por Morals²⁸, favorece o engajamento nas atividades de formação docente e parece propiciar a criação de redes.

Os estudantes estavam distribuídos de forma homogênea entre o segundo e o sexto ano do curso e em relação ao gênero (nove homens e dez mulheres).

Para a observação participativa, utilizou-se de um diário em que se procurou identificar o engajamento no debate por meio da observação do envolvimento, da atenção focada, do compromisso e do entusiasmo²⁸⁻³¹, com o objetivo de identificar a possibilidade da criação de uma COP.

Em todos os grupos, foi possível observar os componentes relacionados ao envolvimento, à atenção focada e ao compromisso durante as duas primeiras oficinas. Os componentes prevaleceram durante todas as fases das oficinas, sendo observados pela participação ativa e qualificada, por meio da concordância/discordância claramente explicitadas, pelo respeito mútuo à opinião de todos os participantes e, por fim, pela permanência até o final da atividade. Já o entusiasmo apresentou variabilidade, sendo possível identificar momentos de não credibilidade nas possibilidades de mudança, ao serem identificadas as dificuldades para a mudança e implantação de novos instrumentos. A terceira oficina seguiu os aspectos anteriores no que se referiu ao envolvimento, compromisso e entusiasmo, porém, em diversos momentos, a atenção focada foi desviada pelo uso de celulares, fato bastante relatado na atualidade³².

A partir dos dados coletados e sistematizados, foi possível compor a MTO para a análise derivada das questões levantadas na MDP anteriormente apresentada (Quadro 1).

Assim, as observações e contribuições de docentes e discentes registradas no Google Forms e no diário de observação deixaram de ser transcrições literais e foram selecionadas em virtude da pertinência temática com as questões da MDP. Foram, portanto, oriundas de seleção e de autoria do próprio pesquisador, permitindo a leitura particular de potencialidades, desafios, problemas e limites de ações colaborativas dentro do contexto e dos grupos envolvidos²⁰.

No Quadro 2, podemos observar os resultados encontrados.

Quadro 2. Matriz temático-organizadora: resultados preliminares de pesquisa

	PROFESSORES	ESTUDANTES	TEMA – Avaliação	CONTEXTO – Comunidade de prática
Profes- sores	- Nas atividades colaborativas, os professores produziram propostas sobre as avaliações do estudante quanto aos objetivos, aos instrumentos, aos tipos e às formas. - Fonte: oficinas sobre avaliação. - Período: setembro, novembro e janeiro. - Modalidade: presencial. - Carga horária: 8 horas. - Nº de participantes: 61/60/60.	- Nas atividades colaborativas, os estudantes interagiram com os professores fazendo perguntas e dando sugestões. - Fonte: oficinas sobre avaliação. - Período: setembro, novembro e janeiro. - Modalidade: presencial. - Carga horária: 8 horas. - Nº de participantes: 61/60/60.	- Os professores têm percebido as necessidades de modificar as avaliações a fim de favorecer a integração dos temas. - Fonte: Google Forms. - Período: setembro, novembro e janeiro. - Modalidade: <i>online</i>. - Carga horária: 30 minutos. - Nº de participantes: 61/60/60.	- Os participantes, em sua maioria, demonstraram engajamento a partir da demonstração de envolvimento, atenção focada, compromisso e envolvimento no tema e nos debates, o que favorece a criação de uma comunidade de prática. - Fonte: observação participativa. - Período: setembro, novembro e janeiro. - Modalidade: presencial. - Carga horária: 8 horas. - Nº de participantes: 61/60/60.

Estu- dantes	• Nas atividades colaborativas, os estudantes sentiram-se confortáveis para auxiliar nas propostas sobre as avaliações quanto aos instrumentos, aos tipos e às formas. • Fonte: oficinas sobre avaliação. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• Nas atividades colaborativas, os estudantes compreenderam as propostas sobre as avaliações como um processo de apoio ao aprendizado. • Fonte: oficinas sobre avaliação. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• Os estudantes conheceram o processo de construção das avaliações. • Fonte: Google Forms. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: <i>online</i>. • Carga horária: 30 minutos. • N° de participantes: 61/60/60.	• O engajamento no tema e nos debates promoveu a compreensão sobre a importância de uma comunidade de prática. • Fonte: observação participativa. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.
Tema	• Na avaliação da oficina, os professores 01 e 04 afirmaram que o espaço tornou possível o debate debater e a proposição de pontos importantes para as avaliações, a fim de que elas se tornem mais próximas dos pontos que realmente precisamos avaliar. • Fonte: Google Forms das oficinas. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: <i>online</i>. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• A maioria dos estudantes desconhecem como são construídas as avaliações do curso. Assim, consideraram fundamentais as oficinas e sugeriram que elas sejam abertas a mais participantes. • Fonte: Google Forms. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: <i>online</i>. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• As avaliações têm sido objeto de estudo em currículos dos cursos de Medicina. Nos cursos integrados, a avaliação tem sido um desafio. No curso em estudo, o tema está em debate por meio de artigos, vídeos e <i>podcasts</i>. • Fonte: oficinas e formulários. • Período: de agosto a dezembro. • Modalidade: presencial e remoto.	• Os Núcleos Docentes Estruturantes têm debatido sobre a avaliação nas reformulações de projetos pedagógicos. Na IES em estudo, a responsabilidade dessa discussão é compartilhada com a CAEC. • Fonte: PPC do curso de Medicina, artigos científicos e DCN de Medicina, artigo 33. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial e remoto.

Contexto	• Na primeira oficina, os professores 06 e 09 manifestaram que não conheciam o SIAEC. Agora, na segunda oficina, já tiveram acesso ao material e compreenderam a profundidade e necessidade do debate.	• Os estudantes acessaram o SIAEC para terem a visão global nos debates. O aluno 03 solicitou que o material seja apresentado e fique disponível aos estudantes durante todo o curso. • Fonte: diário de observações de participante nas oficinas. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• A importância do espaço para reflexão e debate coletivo sobre a avaliação trouxe a necessidade de espaços de integração e coletividade para os docentes. • Fonte: diário de observações de participante nas oficinas. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.	• Envio de material prévio para estimular a leitura e o preparo dos docentes e a promoção do debate durante as oficinas. A compreensão da necessidade de modificar alguns instrumentos promoveu a necessidade do desenvolvimento da comunidade de prática. • Fonte: diário de observações de participante nas oficinas. • Período: setembro, novembro e janeiro. • Modalidade: presencial. • Carga horária: 8 horas. • N° de participantes: 61/60/60.

Fonte: Elaborado pela autora e pela CAEC.

A partir dos resultados obtidos na análise preliminar, foi possível compor a próxima etapa metodológica, com a interpretação crítica dos dados produzidos e a elaboração das proposições conceituais e conclusões geradoras de conhecimento inovador no âmbito científico-tecnológico³³.

A MTA permitiu uma seleção mais apurada e uma reflexão explicitamente categorizada²⁰. Seu fundamento continuou matricial, e cada uma das células foi preenchida a partir da triangulação das informações produzidas durante o percurso de pesquisa e organizadas previamente na MTO.

Quadro 3. Matriz temático-analítica: afirmações sobre avaliação, desenvolvimento docente e comunidade de prática

	PROFESSORES	ESTUDANTES	TEMA – Avaliação	CONTEXTO – Comunidade de prática
Professores	Atividades colaborativas do NDD são oportunidades excelentes para os professores produzirem reflexões sobre o curso e sua atuação. Por isso, é fundamental o investimento institucional na formação para a integração do apoio à criação das comunidades de prática.	Para que os estudantes interajam com os professores e contribuam, tornou-se fundamental criar um espaço seguro e integrado nas oficinas.	A integração dos docentes e a oportunidade de reflexão e debates geram inovação nas práticas docentes com a reconfiguração dos instrumentos e recursos. Atualmente, muitos grupos de professores já participam no codesenvolvimento de materiais e inserem-se nos debates, favorecendo a comunidade de prática em construção.	A formação de professores pela CAEC e pelo NDD com indução da integração tem gerado remodelação nas avaliações do curso e criado a necessidade de espaços de debate, induzindo a comunidade de prática.
Estudantes	Prever, com antecedência, os problemas e as dúvidas que os estudantes podem apresentar para realizar as avaliações é essencial para que os professores desenvolvam e apliquem avaliações válidas e fidedignas, e criem as condições para que elas contribuam para a aprendizagem dos estudantes.	Os estudantes apresentaram situações e limites para a realização das avaliações. Para que os instrumentos possam ser compreendidos pelos estudantes, é importante explicitar o potencial deles como estratégia de aprendizagem.	Os estudantes, a partir do acesso ao SIAEC, puderam compreender a integração entre as avaliações e o impacto que isso promove no aprendizado contínuo.	Tendo em vista que a literatura sobre o DD menciona a necessidade de ampliar a formação docente e a atualização dos currículos nos cursos de Medicina, as iniciativas têm sido emergentes. Embora o NDE e a CAEC tenham avançado os debates, os avanços ainda são lentos, e há a necessidade de espaços para debate constante.
Tema	O DD e o aprofundamento sobre avaliação são princípios basilares para que os professores compreendam o potencial e os desafios da integração da avaliação no currículo. As ofertas de DD, mediadas pela CAEC, auxiliam na formação tanto inicial quanto continuada de professores.	Promover acesso às informações para estudantes é fundamental para que eles compreendam seu processo de avaliação e de sua formação diante dos desafios da integração curricular.	Os resultados da revisão / reflexão de estudantes e professores sobre a avaliação no currículo necessitam de maior aprofundamento científico sobre o tema. O DD impulsiona o desenvolvimento de crítica entre docentes e estudantes.	A indução da integração e sistematização das avaliações na formação de professores implica a atualização dos instrumentos utilizados.

Con- texto	O DD sistematizado pela CAEC e pela coordenação traz boas estratégias para fomentar o desenvolvimento e a pesquisa de instrumentos para avaliação educacional. Ainda, promove conversas sobre as possibilidades de criar uma comunidade de prática.	Os estudantes pesquisam e acessam recursos educacionais do curso que permitem opinar com qualidade. Também opinam favoravelmente sobre a comunidades de prática, pensando em criar um componente estudantil.	A integração docente/discente nas oficinas promove a aproximação referente às potencialidades e aos impasses na avaliação do estudante e demonstra a necessidade de continuidade dos debates que não podem ser supridos por atividades tradicionais de DD, não sendo mais espaços exclusivos das instâncias administrativas.	A indução da integração docente/discente para formação de professores no tema avaliação tem criado demandas para ampliar e redimensionar os espaços na instituição. O engajamento docente foi claramente demonstrado nas duas oficinas e em relação ao material enviado previamente.

Fonte: Elaborado pela autora e pela CAEC.

Ao interpretarmos os achados do Google Forms e do diário de observação, expressos na MTA, percebemos que os professores consideram as atividades e os espaços de colaboração fundamentais para permitir os debates e consensos sobre o tema avaliação e outros temas relevantes em educação médica, percepções também encontradas na literatura^{34,35}. Compreendem também que a colaboração dos discentes amplia o olhar sobre a avaliação e colabora para qualificá-la.^{36,37}

Escolhemos algumas falas docentes que representam esse contexto:

Termos mais encontros produtivos de discussão e reflexão sobre pontos importantes da nossa prática de ensino (Professor 02).

Trabalhar em grupo é fundamental para chegarmos a uma avaliação processual qualificada, quando trabalhamos sozinhas é muito difícil. Melhor em grupo e partilhando uma comidinha, não? (Professora 05).

Trabalho colaborativo, com embasamento científico e todos comprometidos em contribuir. Os estudantes fazendo parte foi essencial. Gostei de ser sábado e a manhã toda (Professora 12).

Já os estudantes destacaram a necessidade desse espaço com os docentes para que possam expressar suas vivências e necessidades³⁵. Compreenderam ainda que o processo de avaliação é complexo e exige alinhar o projeto pedagógico, os objetivos do curso, as competências esperadas do egresso e o processo de ensino-aprendizagem, conforme consenso recente³⁷.

Algumas contribuições de estudantes nos permitem entender as narrativas encontradas:

Não sabia que os professores eram tão interessados em melhorar a nossa avaliação. Já me sinto mais comprometida com ela (Estudante 01).

Queria parabenizar a senhora pela oficina hoje, eu adorei, sério! Achei muito bacana ver como todos estavam focados em melhorar os métodos de avaliação. E fiquei muito feliz em ver o quanto valorizaram a minha opinião e a minha visão sobre todos os temas discutidos, é sinal de como vocês se importam com os alunos, porque eu lá era apenas uma pessoa representando centenas de estudantes. Enfim, muito obrigada pela oportunidade de contribuir com isso! (Estudante 04).

Que tivemos a oportunidade de estarmos todos juntos para discutir esse tema complexo que é como fazer a avaliação (Estudante 06).

A escolha do tema avaliação para iniciar um novo ciclo de DD se deu pela necessidade premente de rever a avaliação que vinha ocorrendo no curso após a pandemia. Se antes dela tínhamos clareza de nossos processos avaliativos, a pandemia trouxe a mudança de todos os processos, além da perda de muitos docentes experientes que optaram pelo abandono da docência. Esse fenômeno resultou em um novo momento institucional que culminou com a criação de uma política de DD, baseada em trabalhos de Steinert et al.^{8,10} e Steinert⁹, que se iniciou com a atual proposta para o curso de Medicina.

Quando buscamos a compreensão da importância da formação docente, foi possível constatar que atividades em grupo com objetivos claros permitem o aprofundamento dos debates e abrem possibilidades para a

inovação e mudanças permanentes, o que tem sido observado por autores que pesquisam essa temática^{9,10,34}.

Algumas falas docentes exemplificam a importância dessa necessidade no nosso contexto:

Que foi possível sentar e propor pontos importantes para as avaliações de tutorial, pois estarão mais próximas dos pontos que realmente precisamos avaliar, como discutimos hoje! (Professor 01).

Fazer oficinas com uma determinada frequência para melhor integração sobre as ferramentas de avaliação com os professores. Foi muito bom esse tempo de discussão hoje! (Professor 04).

Queria mais estudantes aqui, para que a gente pudesse contribuir mais! (Estudante 02).

Quanto ao objetivo inicial desta pesquisa – “Propor e estimular a criação de uma comunidade de prática” –, buscamos nos aproximar da percepção dos docentes sobre a criação de uma COP a partir da retomada do programa de DD. A ideia surgiu a partir dos trabalhos de Wenger et al.²¹ Carvalho-Filho et al.³⁰, Steinert⁹ e Steinert et al.¹⁰, apoiada por outros autores^{26-28,30}, e busca dar sustentabilidade ao processo de manter e qualificar um currículo integrado de graduação em Medicina. A partir do diário de observação e do Google Forms, percebemos que os docentes consideram os espaços sistematizados para discussão fundamentais, mas gostariam de ir além, inclusive envolvendo-se em pesquisas na área. A possibilidade da criação de COP é bem-vista por docentes e discentes, pois percebem que esses espaços são para além dos institucionalmente estabelecidos, sentindo-se engajados em criar a comunidade, ainda que, por vezes, não consigam vislumbrar o caminho e não demonstrem estratégias sobre como agregar os professores menos engajados.

E se fizermos a próxima para treinar o uso dos instrumentos pelos professores? Eu posso colaborar com o preparo (Professor 03).

Termos mais encontros produtivos de discussão e reflexão sobre pontos importantes da nossa prática de ensino (Professor 06).

Aumentar o tempo para que possamos conhecer as estratégias de outras áreas e unidades curriculares e trocar experiências (Professor 07).

Achei a ideia de comunidade de prática muito boa, e, conversando com os colegas de tutorial, já estamos pensando em começar... podemos? [risos]. Os discentes estão colaborando... (Professor 08).

Sobre as etapas desenhadas para o acompanhamento do engajamento, em que se procurou identificar seus componentes durante as oficinas por meio da observação do envolvimento, da atenção focada, do compromisso e do entusiasmo^{21,23,28,31,38}, em todos os grupos foi possível observar todos os componentes durante as duas oficinas. Como citado anteriormente, o envolvimento e o compromisso prevaleceram durante todas as fases das três oficinas. Já o entusiasmo e a atenção focada apresentaram variabilidade, sendo possível identificar momentos de não credibilidade nas possibilidades de mudança, ao serem constatadas as dificuldades para a mudança dos instrumentos e da participação de outros docentes que estavam ausentes nas oficinas^{38,39} e no uso do celular em diversos momentos por alguns docentes³².

Que pena que o tempo foi curto para tanta discussão e não vieram todos os docentes (Professor 08).

Fico entusiasmada com a proposta de comunidade de práticas, pois adoro as trocas que acontecem por aqui. Mas vai dar trabalho, né? Vamos em frente já que adoramos desafios! (Professor 09).

É preciso tentar engajar mais aqueles que não participam (Professor 10).

Vai ser difícil mudar, já que nem todos os professores vieram participar das discussões (Professor 11).

Como podemos trazer mais estudantes e docentes? Precisamos criar estratégias para isto. Me comprometo a tentar encontrar experiências (Estudante 03).

Não ter participado ativamente das outras etapas da oficina (Estudante 09).

A análise e a interpretação dos resultados nos permitiram identificar a necessidade que professores e estudantes apresentavam sobre ter espaços protegidos para discussões mais amplas, de transformar os encontros em processos contínuos para debate e mudanças, e a necessidade de desenvolver uma COP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DD tem sido um desafio para os cursos de graduação em Medicina²⁻⁵. Engajar professores e estudantes, geralmente atarefados e com diferentes prioridades, em processos de repensar suas práticas exige dedicação e esforço de coordenações e do NDD.

Assim, a proposta de criar COP que sejam autogeridas e que possam gerar e agregar novos interesses e participantes talvez seja a maior contribuição para a manutenção de novos currículos, mais complexos e com novas demandas, na formação médicas^{9,30}.

Neste projeto, procuramos ampliar a ideia de DD como um planejamento institucional central a partir da demanda dos docentes para a criação de uma COP autogerida pelos professores e apoiada pela gestão do curso.

Até o momento, percebemos a sede de discentes e docentes por espaços coletivos para encontros e debates. Isso tem nos motivado a continuar ativos na ideia de desenvolver nossa comunidade.

Nosso maior desafio, que será avaliado após um ano, é compreender como o processo ocorreu, o que será mantido e o que precisaremos resgatar.

Nossa perspectiva é que propiciar a reflexão coletiva sobre o processo de trabalho docente possa favorecer a criação de uma COP ativa e engajada.

Ao pensar no meu desenvolvimento pessoal, acredito que podemos resgatar e qualificar as relações prévias à pandemia e, com isso, melhorar sempre a formação de novos médicos por meio de ações e pesquisas. É o que me motiva a criar novos desafios e participar deles.

REFERÊNCIAS

1. Harden RM, Crosby J. The good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. *Med Teach*. 2000;22(4):334-47 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: https://njms.rutgers.edu/education/office_education/community_preceptorship/documents/TheGoodTeacher.pdf
2. Rêgo C, Sylvia I, Batista H. Desenvolvimento docente nos cursos de Medicina: um campo fecundo. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(3):317-24. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000500005>
3. Bivanco-Lima D, Klautau GB, Knopfholz J. Formação docente no curso de Medicina: como podemos melhorar? *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(4):1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20220147>.
4. Perim GL, Abdalla IG, Aguiar-da-Silva RH, Lampert JB, Stella RC de R, Costa NM da SC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1 sup 1):70-82.
5. Costa NMC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(4):499-505. [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Yhj4TXtfCXZ5mjKrr8TR8Tf/?format=pdf&lang=pt>.
6. Steinert Y, Mann K, Anderson B, Barnett BM, Centeno A, Naismith L, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: a 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med Teach*. 2016 Aug;38(8):769-86. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851>.
7. Kohan M, Changiz T, Yamani N. A systematic review of faculty development programs based on the Harden teacher's role framework model. *BMC Med Educ*. 2023 Dec 1º;23(1):1-19. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04863-4>.
8. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach*. 2006; 28(6):497-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01421590600902976>.
9. Steinert Y. Faculty development: from rubies to oak. *Med Teach*. 2020;42(4):429-35. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1688769>.
10. Steinert Y, O'Sullivan PS, Irby DM. The role of faculty development in advancing change at the organizational level. *Acad Med*. 2024;99(7):716-23. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000005732>.
11. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília: CNE; 2014. p. 8-11 [acesso em 18/08/2025].

Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.

12. Costa LB, Esteche FF, Augusto Filho RA, Bomfim ALB, Ribeiro MTAM. Competências e atividades profissionais confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma matriz curricular para residência em medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2018;13(40):1-11 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632/895>.

13. Biffi M, Diercks MS, Barreiros BC, Fajardo AP. Metodologias ativas de aprendizagem: desafios dos docentes de duas faculdades de Medicina do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2020;44(4):1-10. [acesso em 18/08/25]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8j3dcbMMbs4NFT3rssPV4Nj/?lang=pt>.

14. Oliveira VTD, Batista NA. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(3):374-80 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Qp3f64HdsJGpvhwKGYd7gd/>.

15. Wood SJ, Woywodt A, Pugh M, Sampson I, Madhavi P. Twelve tips to revitalise problem-based learning. *Med Teac*. 2015 Aug 3;37(8):723-9. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.975192>.

16. Corrêa CG, Campos ICP de, Campanha R. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. *Ensaio Pedagógicos (Sorocaba)*. 2018;2(1):62-72. doi: <https://doi.org/10.14244/enp.v2i1.60>.

17. Engel GI. Pesquisa-ação. **Educar**. 2000;(16):181-91 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/dDzfLYyDpPZ3kM9xNSqG3cw/?format=pdf>.

18. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 135P. [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: https://konektacommerce.nyc3.cdn.digitaloceanspaces.com/TEXT_SAMPLE_CONTENT/metodologia-de-pesquisa-acao-89057-1.pdf

19. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, 2005 set./dez.;31(3):443-466. [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/3DkbXnqBQqyq5bV4TCL9NSH/?format=pdf&lang=pt>.

20. Mallmann EM. Educational action-research: thematic concern, analysis and critical-reflexive interpretation. *Cadernos de Pesquisa*. 2015;45(155):76-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143088>.

21. Wenger-Trayner E, Wenger-Trayner B, Reid P, Bruderlein C. Communities of practice within and across organizations: a guidebook to managing knowledge. 2023. Sesimbra, Portugal: Social Learning Lab. 2023. 265p. [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2024/03/24-02-21-CoP-guidebook-second-edition-final-2.pdf>
22. Wenger E. Cultivating communities of practice: a quick start-up guide for communities of practice. Boston, Mass.:Harvard Business School Press, 2022. 312P. [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <http://wenger-trayner.com/project/community-of-practice-start-up-guide/>.
23. Fernandes FR, Cardoso TA, Capaverde LZ, Silva HFN. Comunidades de prática: uma revisão bibliográfica sistemática sobre casos de aplicação organizacional. AtoZ: Novas Práticas em Informação e Conhecimento. 2016;5(1):44-52. doi: <https://doi.org/10.5380/atoz.v5i1.46691>.
24. Almeida NRC de, Bentes LG de B, Aranha MF de AC, Lemos RS, Santos DR, Yasojima EY. Mulheres na cirurgia: as especialidades cirúrgicas acompanham a feminização da medicina no Brasil? Rev Col Bras Cir. 2023;50:e20233614. doi: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233614>.
25. Beiriz YR, Machado LS, Vieira IZ, Coelho MCR. Educação e medicina: a feminização das escolas médicas. Clinics Biopsychosocial. 2023 Apr 3;1(1):26-31. doi: <https://doi.org/10.54727/cbps.v1i1.7>.
26. Nascimento M. Gestão feminina: a liderança feminina nas organizações brasileiras. Ideias & Inovação. 2018;2(4):57-66 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://periodicosgrupotiradentes.emnuvens.com.br/ideiaseinovacao/article/view/5608/2831>.
27. Silva MRR. Mulheres no comando. Revista Estudos e Pesquisas em Administração. 2020;4(3):148-169. doi: <https://doi.org/10.30781/repad.v4i3.10902>.
28. Morais RS, Leal GC, Miluzzi CL, Ramos LVR, Livinhale GVF, Palha PF, et al. Formação docente, criatividade e engajamento na construção do conhecimento coletivo: repensando o espaço universitário. Cuadernos de Educación y Desarrollo. 2023;15(12):16251-75. doi: <https://doi.org/10.55905/cuadv15n12-061>.
29. Cottingham AH, Suchman AL, Litzelman DK, Frankel RM, Mossbarger DL, Williamson PR, et al. Enhancing the informal curriculum of a medical school: a case study in organizational culture change. J Gen Intern Med. 2008;23(6):715-22. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0543-y>.

30. Carvalho-Filho MA, Tio RA, Steinert Y. Twelve tips for implementing a community of practice for faculty development. *Med Teach*. 2020 Feb 1;42(2):143-9 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: https://pure.rug.nl/ws/files/75716665/62467305_4403158_Revised_Manuscript.pdf.
31. Davidson N. *Pioneering perspectives in cooperative learning; theory, research, and classroom practice for diverse approaches to CL*. Oxfordshire:Routledge, 2022. 268p.
32. Anbumalar C, Binu Sahayam D. Brain and smartphone addiction: a systematic review. *Hum Behav Emerg Technol*. 2024(1):1-6doi: <https://doi.org/10.1155/2024/5592994>.
33. Tozoni-Reis, MFC. A pesquisa e a produção de conhecimentos: introdução à pesquisa em educação. Unesp; 2010 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/195/3/01d10a03.pdf>.
34. Salanova M, Llorens S, Cifre E, Martínez IM, Schaufeli WB. Perceived collective efficacy, subjective well-being and task performance among electronic work groups: an experimental study. *Small Group Res*. 2003 Feb;34(1):43-73. doi: <https://doi.org/10.1177/1046496402239577>.
35. Barreto NAP, Xavier ARE de O, Sonzogno MC. Percepção de tutores quanto a sua avaliação pelos discentes de um curso médico. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):221-30 [acesso em 18/08/2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/ZLFPyBJVY49wd8dqz7kgKbd/abstract/?lang=pt>.
36. van Schalkwyk S, Amaral E, Anakin M, Chen R, Dolmans D, Findyartini A, et al. Disentangling faculty development: a scoping review towards a rich description of the concept and its practice. *Med Teach*. 2024;47(8):1304-25. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2429612>.
37. Hays RB, Wilkinson T, Green-Thompson L, McCrorie P, Bollela V, Nadarajah VD, et al. Managing assessment during curriculum change: Ottawa Consensus Statement. *Med. Teach*. 2024;46(7):874-84. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2350522>.
38. Salanova M, Agut S, Peiró JM. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *J Appl Psychol*. 2005;90:1217-27. doi: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.6.1217>.
39. Grangeiro ACMM, Borba SF, De Mattos CAC, Cabral DB, et al. O engajamento nos estudos e o ensino remoto de emergência: uma pesquisa com estudantes universitários. *Em Rede*. 2022;9(2):1-28. doi: <https://doi.org/10.53628/emrede.v9i2.883>.



EIXO

Desenvolvimento de Educadores

21

**O invisível itinerário
formativo do docente:
a experiência colhida
em sala de aula e
amadurecida na
solidão**

O invisível itinerário formativo do docente: a experiência colhida em sala de aula e amadurecida na solidão

Carla Wernecke Padovani Gonzaga¹/ Alessandra Carla de Almeida Ribeiro² (orientadora)

carlawpado@gmail.com / acaribeirong@gmail.com

Palavras-chave: Formação docente; Aprendizado por competências; Treinamento de habilidades; Narrativa.

RESUMO

O Relato de Experiência sobre a prática docente, que tem a autonarrativa como escolha metodológica para a apresentar o desenrolar dos acontecimentos, é uma forma de problematizar o fazer docente cotidiano, buscando novos sentidos para essa prática. Ao narrar a experiência vivida, interrogam-se as crenças e os pontos de vista, e uma nova percepção dos fatos é alcançada. O objetivo da presente reflexão sobre a prática docente é compreender as razões pelas quais o componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto*, do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, ao longo do ano de 2024, não correspondeu às expectativas dos estudantes em termos de aquisição de habilidades psicomotoras e procedimentais. Os objetivos de aprendizado e as Unidades de Ensino do componente curricular foram analisados à luz da concepção pedagógica crítico-reflexiva e se mostraram coerentes e consonantes com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, particularmente no seu Artigo 5º, mas não correspondiam adequadamente à ementa aprovada pelo Núcleo Docente Estruturante do curso. A reflexão, ancorada na esperança da mudança, se desdobrou em: 1) readequação dos objetivos de aprendizagem do componente curricular original, em conformidade com sua Ementa; 2) proposição de um novo e inédito componente curricular baseado no Artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais; e 3) elaboração do Plano de Ensino e Planejamento Educacional do novo componente curricular.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

² Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

INTRODUÇÃO

Sou professora do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC Minas de Betim) e, também, aprendiz de professora do Curso de Especialização em Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoria e Docência, da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Como propõe Paulo Freire¹ em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, ao nos tornarmos conscientes de sermos seres inconclusos, passamos a indagar e buscar sentidos. No processo de formação docente, o professor, assim como o estudante, é um ser inacabado, movido pelo anseio de aprender. Esperançar e aprender são fazeres próprios de seres que, inacabados, se sabem inacabados: *“a inconclusão que se reconhece a si mesma implica necessariamente a inserção do sujeito inacabado num permanente processo social de busca”*.

Educar é uma ação social que implica, por parte do educador, em escolhas e intencionalidade. O trabalho na educação pressupõe a eleição de uma perspectiva teórica que orientará o processo educativo, arbitrando o que é digno, ou não, de ser ensinado. Trata-se de um posicionamento plenamente político já que implica na tomada de decisões e escolhas. A escolha teórico-política precede as escolhas metodológicas e os recursos didáticos. A pedagogia crítico-reflexiva² é a perspectiva teórica que dá sustentação ao componente curricular *Práticas na Comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto*, ministrado por mim na PUC Minas para estudantes do terceiro período do curso de Medicina.

Durante a pandemia da covid-19, os campos de estágios previstos na Atenção Primária foram drasticamente reduzidos para controlar a aglomeração de pessoas, particularmente nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde, onde os estudantes fariam os seus estágios. Para enfrentar os novos desafios, foi criado um conjunto de componentes curriculares, adjetivados como “treinamento de habilidades” cujo *locus* de práticas passou a ser o Laboratório de Simulação, em detrimento do território enquanto campo de práticas. Foi nesse contexto que ingressei como docente no curso de Medicina em Betim.

O “treinamento de habilidades”, por ser um componente curricular criado às pressas, sem uma reflexão aprofundada e democrática sobre as Unidades de Ensino, trouxe muitas dificuldades durante sua implementação. Soma-se a essas dificuldades o fato de eu ser, naquela época, uma professora iniciante, sem experiência prévia na docência e, menos ainda, no uso de tecnologias adequadas ao ensino híbrido. Nesse contexto, experimentei adversidades e frustrações. No Curso de Especialização da ABEM, ao longo do ano de 2024, entre encontros síncronos, atividades assíncronas e

imersões presenciais em Brasília, extraí disposição para ressignificar algumas experiências não exitosas que vivenciei como docente.

O Curso de Especialização *lato sensu* da ABEM está alicerçado na concepção pedagógica crítico-reflexiva que abarca a Pedagogia Problematicadora e a Aprendizagem Significativa, a partir de diversas perspectivas e sucessivas aproximações. A Aprendizagem Significativa se dá quando um novo conhecimento é incorporado àquilo que o educando já sabe. São os conhecimentos e a história de vida que sustentam a motivação para o aprendizado, tornando-o significativo. Aderi, voluntariamente, ao Projeto Político Pedagógico proposto na Especialização, que passou a embasar teoricamente o componente curricular pelo qual sou responsável. Sinto uma confortável sensação de pertencimento a esse grupo, alicerçado na confiança e na amorosidade do corpo docente da ABEM. Já não me sinto mais *sozinha com os meus botões* na sala de aula!

Como aluna da Especialização da ABEM, percorri doze componentes curriculares, que orbitaram três grandes eixos: 1) Autonomia; 2) Diálogo e 3) Esperança na mudança.

Figura 1 – Eixos e componentes curriculares



Fonte: Guia do Aluno, Curso de Especialização em Competências Pedagógicas para Preceptoria e Docência. ABEM³⁶.

A reflexão empreendida neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ancora-se, preponderantemente, no eixo “esperança na mudança”, à medida que problematizo as experiências vividas no meu fazer docente cotidiano, buscando novos sentidos para a prática docente. Para Paulo Freire¹, o momento fundamental da formação permanente de professores é o da reflexão crítica sobre a prática experimentada

“quanto mais me assumo [como docente] como estou sendo e percebo a ou as razões de ser de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar (...) para a curiosidade epistemológica”^{1:39}.

Este TCC é um Relato de Experiência que tem a narrativa como instrumento metodológico. A narrativa é uma ferramenta metodológica que se fundamenta na descrição intelectual e emocional dos fatos, em que o narrador dialoga com autores escolhidos para uma interlocução teórica, em busca de coerência e sentidos para o vivido. Por meio da narrativa, tive a oportunidade de elaborar e reelaborar sentimentos como medo, frustração, inadequação, esperança e coragem.

Produzi uma reflexão autoral sobre a experiência vivida, à luz do marco teórico da pedagogia da problematização e dos aprendizados significativos. Na narrativa há um diálogo permanente do narrador consigo mesmo para atribuição de significados. A cada nova análise dos acontecimentos, o pesquisador-narrador produz um novo texto, nem o narrador, nem o narrado permanecem os mesmos no desenrolar da reflexão.

No campo da educação, a autonarrativa tem se tornado uma fonte relevante de pesquisa, particularmente na área de formação docente. A narração é a construção de um enunciado, no qual transparece o mundo interno do seu narrador em interação com o mundo externo. A narrativa é uma ferramenta de pesquisa, validada nas Ciências Humanas e Sociais, que permite a apreensão de aspectos da realidade a partir da experiência real de pessoas no contexto pragmático e social⁴.

Narrar minhas experiências em sala de aula me permite trabalhar no campo das ideias partindo de fatos vividos, ainda que a descrição dos fatos não seja neutra e fidedigna, mas o modo como esses fatos foram apreendidos e significados por mim, narradora. São registrados tanto os aspectos cognitivos quanto os afetivo-sociais, isto é, além dos fatos, são registrados os sentimentos, as reações e os (pré)conceitos. Ao narrar, interrogo a minha

própria perspectiva, em termos de crenças e pontos de vista, e posso ter uma nova percepção dos fatos e, por consequência, um novo posicionamento no mundo.

Como professora, senti-me frustrada, desanimada e derrotada ao tomar ciência de que o componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto*, ministrado por mim no curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, no campus de Betim, foi percebido pelos estudantes como insatisfatório para a aquisição de habilidades da psicomotoras e procedimentais, ao longo de 2024. Eu mesma oportunistei aos alunos e alunas um espaço protegido em sala de aula para que avaliassem o nosso componente curricular. Fizemos tanto reflexões orais e coletivas quanto escritas e individuais.

Os estudantes ficaram gratos por aquela oportunidade de serem ouvidos, como mais tarde escreveram para mim. Contudo, confesso que foi bastante difícil receber as críticas deles. Perdi o chão. Me desentendi. Somente elaborando o presente TCC, consegui ressignificar a profissão de professora que acabara de abraçar.

DESENVOLVIMENTO LIVRE

Ancorada na esperança da mudança, o objetivo geral desta pesquisa foi buscar compreender as razões pelas quais o componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto*, do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, foi percebido pelos estudantes como insatisfatório para a aquisição de habilidades da psicomotoras e procedimentais, ao longo de 2024.

Para tanto, defino como objetivos específicos: (i) Problematicar as práticas experimentadas no meu fazer docente cotidiano; (ii) Buscar novos sentidos para a prática docente; (iii) Apreender aspectos da realidade em sala de aula a partir da percepção dos alunos e alunas; (iv) Referenciar a interpretação dos fatos pela lente dos objetivos de aprendizagem dispostos no Plano de Ensino; (v) Interrogar as minhas próprias perspectivas, crenças e pontos de vista; (vi) Analisar os objetivos de aprendizagem à luz de autores e teóricos da concepção pedagógica crítico-reflexiva; (vii) Propor mudanças pertinentes, desejadas e possíveis no Planejamento Educacional; e (viii) Refletir sobre a minha trajetória de formação docente.

Relato de experiência

Estávamos próximos da finalização do primeiro semestre letivo de 2024. Fiz a proposta de uma roda de conversa para os estudantes, para ouvir deles o feedback sobre o componente curricular ministrado por mim – *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em Saúde do Adulto*. Oferecido no terceiro semestre, integra o primeiro dos três ciclos estruturantes da grade curricular: 1º) Cursos de Vida; 2º) Raciocínio Clínico e Epidemiológico; e 3º) Internatos.

O objetivo daquela atividade era colher a percepção dos alunos acerca do componente curricular experimentado no semestre. Em uma roda de conversa, cada aluno teve igual oportunidade de falar e expressar sua reflexão. Como estava previsto no Planejamento Educacional, após o feedback da roda de conversa, entreguei um questionário aberto, com roteiro semiestruturado, para que os estudantes registrassem, por escrito, sua autoavaliação do aprendizado, bem como sugestões de melhorias para o componente curricular.

Ao ler suas respostas e ponderações, não pude deixar de reconhecer que em vários aspectos, os estudantes tinham razão em suas críticas, particularmente no que dizia respeito ao insuficiente treinamento de habilidades psicomotoras. Também assinalaram a pouca precisão nos processos avaliativos, isto é, nem sempre compreendiam o que eu almejava alcançar com a proposição de alguma atividade. Também percebi que, na sua maioria, os estudantes teciam críticas e considerações de forma respeitosa e assertiva, ainda que se sentissem frustrados. Ao reler essas avaliações, sinto enorme apreço e gratidão por esses alunos e alunas, que confiaram em mim e, com suas observações sinceras desalojaram-me do conforto ingênuo e me impulsionaram em busca de ser uma professora melhor.

“Não fique perguntando o que os estudantes acham”. Foi o conselho que recebi de colegas na sala dos professores, no momento do cafezinho. Reconheço que não é fácil receber feedbacks negativos, especialmente vindos dos estudantes. Mais confortável é dar a eles o nosso feedback sobre o desempenho deles. Mas, de longe, a zona de maior conforto para o professor é abolir feedbacks de quaisquer tipos. Sem feedbacks, nós professores, seguimos iludidos conosco mesmos sobre a realidade da nossa prática docente. Mesmo sabendo que *“o Rei está nu³”*, medrosos, continuamos dizendo, publicamente, que nossos trajes são de magnífica beleza.

3 Alusão ao conto A roupa nova do Imperador, in Contos de Hans Christian Andersen. Ed. Paulinas. São Paulo, 2019.

Na produção textual dos estudantes em que eu objetivava conhecer a percepção dos alunos e alunas sobre o componente curricular, observei que eles apreciaram a oportunidade de serem ouvidos e de poderem falar sem serem julgados. Essas percepções tornam-se evidentes nos trechos a seguir, transcritos literalmente das avaliações escritas que recebi:

“Esse momento (feedback) mostrou que podemos ser ouvidos. A professora, além de nos ensinar a ouvir, também deu o exemplo de também nos ouvir.”

“Refletir sobre aquilo que foi abordado em aula, me fez aprender e sedimentar esses aprendizados de modo muito mais proveitoso.”

“Gostaria de agradecer pelo semestre e, principalmente, por esses momentos de fala (feedback dos alunos).”

“Gostei muito de ter espaço para discutir e falar sobre minhas considerações e sugestões para a disciplina.”

“Agradeço a oportunidade de falar e ser escutada, algo que foi trabalhado brilhantemente durante a disciplina.”

“Deveria ter esse espaço de conversa em todas as matérias.”

Se, por um lado, os estudantes se mostraram agradecidos pela oportunidade de falar e serem ouvidos, por outro, ao receber suas críticas, eu me senti incompetente como professora. Experimentei uma desconcertante sensação de fracasso pessoal. A despeito da minha boa vontade e gosto pela docência, eu julguei que não tinha o “dom”, aquela capacidade “inata” para ser professora. Seria melhor desistir da docência? Eu teria mesmo desistido, não fosse o fato de estar cursando a Especialização em Competências Pedagógicas para a docência e preceptoria da ABEM. Durante o curso tive a oportunidade de visitar Paulo Freire e conhecer o pensamento de outros educadores. Sobre tudo, compreendi que o fracasso não é pessoal, mas é pedagógico e institucional.

Para Paulo Freire¹, ensinar exige a consciência do inacabamento do ser como algo inerente à experiência vital. A inconclusão do ser, que se reconhece a si mesmo como tal, implica necessariamente a inserção do sujeito inacabado num permanente movimento social de busca. Ainda que sejamos seres *socialmente condicionados*, por sermos *vitalmente inacabados* podemos ir além dos condicionamentos. É nessa inconclusão do ser que se funda a pedagogia crítico-reflexiva, que propõe a *problematização* do futuro e a recusa a sua inexorabilidade e/ou o seu determinismo. A pedagogia crítico-reflexiva assume que “o mundo não é. O mundo está sendo.”^{1:76}.

Durante a Especialização, pude indagar-me, com curiosidade epistemológica, sobre o fazer-docente cotidiano. Observei com clareza que as competências para a docência não são inatas, mas precisam ser ensinadas e aprendidas. Compreendo agora que a (in)competência de professores não é uma questão de demérito pessoal, mas reflete o grau de comprometimento da Instituição de Ensino com a formação permanente de seu corpo docente. As Instituições de Ensino Superior (IES), devem ter políticas internas de formação permanente e qualificação do seu corpo docente, visando a autonomia progressiva dos professores, reflexão contínua sobre a ação e estímulo ao pensamento crítico. Quando os estudantes fracassam (são reprovados), o professor também fracassa e, quando os professores fracassam é porque a instituição de ensino fracassou⁵.

Na formação de professores, Paulo Freire¹ propõe, como elemento fundante, a reflexão crítica do professor sobre a sua prática, isto é, a problematização do seu fazer docente cotidiano. E acrescenta que “*humildade é conseguir proclamar o próprio equívoco*”. Com o apoio dos professores do Curso de Especialização, me enchi de coragem e determinação para problematizar e refletir sobre aquela experiência de fracasso pedagógico, vivenciada com os estudantes do terceiro período do Curso de Medicina, que veio à tona no final do primeiro semestre de 2024.

Seguindo adiante na caminhada como professora, entrei para o segundo semestre de 2024 com uma série de novas proposições no Planejamento Educacional, contemplando dois eixos principais: a avaliação formativa e o incremento de metodologias ativas para o aprendizado. O ato pedagógico se constitui em três momentos interdependentes: 1) o planejamento educacional; 2) o ensino em sala de aula ou a execução propriamente dita; e 3) a avaliação. O planejamento educacional é a primeira etapa do ato pedagógico. É um instrumento de comunicação educacional e auxilia o professor no manejo de imprevistos que, inevitavelmente, acontecem.

O planejamento educacional requer a determinação dos objetivos e dos recursos disponíveis, sendo um processo contínuo que aciona diversas intervenções interdependentes, diferentes atores envolvidos (NDE, professora, estudantes), discussão de seus propósitos (avaliação informativa: expectativas), definição dos objetivos (por competências), definição das atividades propostas (metodologias ativas), o alcance de aprendizagem significativa (feedback), avaliação do processo e dos resultados esperados e observados (avaliações formativa e somativa).

De maneira geral, tivemos momentos muito gratificantes em sala de aula e, após as atividades com metodologias ativas, sempre refletíamos sobre as vivências e os aprendizados. A maioria das reflexões dos estudantes foram orais, nas rodas de conversa, outras foram escritas, conforme as avaliações, previstas e ordinárias, do componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em Saúde do Adulto*.

Sou muito afeiçoada à minha sala de aula: é uma Sala Invertida. O mobiliário desenha rapidamente várias ambiências. Fazemos círculos de cadeiras para as nossas rodas de conversa; organizamos as mesas para o trabalho em pequenos grupos. Ajeitamos diversos cenários para as simulações. Temos quadro branco, microfone, ar-condicionado, macas e balança para exame físico, além de um moderno painel para projeção de tela. A sala invertida permite diferentes *designs* viabilizando abordagens teóricas, práticas e de reflexão crítica. Nesse sentido, a “minha” sala de aula é um “espaço-eficiente” que permite a apresentação de conteúdos, mas também momentos de ações colaborativas para apreensão de conceitos, diálogos, reflexão coletiva e feedbacks⁵.

Empenhei-me em buscar, com sistematicidade, a formação crítica e reflexiva do educando. Introduzi diversas metodologias ativas e processos de avaliação formativa no planejamento pedagógico: roda de conversa, dinâmicas de grupo, Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Group Objective Structured Clinical Examination (GOSCE), panorama sobe-desce, simulações clínicas, *clinical skills assessment*, nuvem de palavras, produção de frases significativas, produção textual autonarrativa, portfólio, dinâmica “que bom, que pena e que tal?”, dinâmica da conexão visual.

No segundo semestre de 2024, ampliamos o número de monitores do componente curricular, passando de um único monitor bolsista para dois bolsistas e seis voluntários. Em oficinas preparatórias, cada monitor construiu o seu paciente-personagem em suas dimensões biográfica, emocional, familiar, comunitária e física, com seus sofrimentos, sinais e sintomas. Os monitores permaneceram com o próprio paciente-personagem ao longo do semestre, simulando o caso clínico para diferentes quartetos de alunos nos

consultórios do Centro de Simulação. A cada aula, os quartetos de alunos se rodizavam, de modo que, ao longo do semestre, todos os quartetos haviam passado por todos os pacientes-monitores. No primeiro semestre, como não havia monitores suficientes, além de realizarmos uma menor quantidade de simulações de casos clínicos, esses casos foram simulados para o grupão de alunos e não em quartetos.

A reestruturação das atividades da monitoria foi referenciada no Plano de Ensino do componente curricular. Compreendendo que o monitor é também um educando (e não um mero secretário operacional do professor), devo dizer que ter monitores dá mais trabalho ao professor! Se por um lado, a presença dos monitores qualifica o ensino-aprendizagem dos demais alunos, por outro, representa um acréscimo de trabalho docente, para a qualificação e acompanhamento desses monitores. Entretanto, as políticas institucionais não reconhecem essa dedicação como tempo a ser incorporado no trabalho docente remunerado. A qualificação dos monitores, bem como as oficinas para construção do paciente-personagem foram realizadas fora da grade horária prevista para o componente curricular.

O fato é que, sem o comprometido grupo de monitores, não teríamos conseguido melhorar o ensino-aprendizagem de habilidades, especialmente, as habilidades psicomotoras, tão reivindicadas pelos estudantes da turma anterior. Formamos uma qualificada equipe de educandos-educadores. Eis alguns feedbacks vindos do grupo de monitores.

QUE BOM...

“Como monitora tive a oportunidade de treinar habilidades teóricas e práticas.”

“Consegui passar meus conhecimentos para outros alunos.”

“Tive a oportunidade de conhecer novas pessoas.”

“Foi minha primeira monitoria. Pude aprender mais sobre a matéria e praticar o exame físico.”

QUE PENA...

“Alunos não chegarem com pontualidade para o primeiro horário da simulação.”

“Alguns alunos demonstravam desinteresse pela simulação com o monitor em pequenos grupos.”

QUE TAL...

“Manter rodízio de pequenos grupos de alunos, passando por diferentes monitores.

“Cada monitor permanecer simulando o mesmo caso clínico para diferentes pequenos grupos de alunos.”

“Treinar mais exame físico com os alunos.”

“Ter mais tempo para cada simulação, podendo esclarecer as dúvidas dos alunos.”

“Trabalhar o tema antes da simulação com o monitor.”

“Oferecer monitoria à noite (fora da grade) para treinamento dos alunos interessados ao longo do semestre.”

“Fazer mais oficinas para o desenvolvimento cênico dos monitores.”

Com as modificações realizadas no Planejamento Educacional para o segundo semestre de 2024, minha aposta como professora era de que as insuficiências de aprendizado fossem superadas, particularmente, a percepção dos estudantes acerca da insuficiente aquisição de habilidades psicomotoras e procedimentais. Mas, a despeito da minha aposta, não foi isso que aconteceu.

Conforme Panúnzio-Pinto⁶, avaliar é pesquisar a qualidade da realidade, a partir da confrontação entre o que se espera e os resultados observados. Avaliar é um processo de produção de conhecimento que desvenda a qualidade da realidade, e deve ser praticada com o rigor metodológico da pesquisa científica. Para que o estudante explicita seu pensamento crítico, seja oral ou escrito, é preciso que tenha havido algum grau de reflexão sobre a experiência e um esforço para compartilhar o próprio pensamento. A reflexão e a comunicação das próprias ideias são, em si, objetivos atitudinais a serem alcançados.

Para a minha surpresa e perplexidade, o feedback da turma de estudantes que vivenciaram as mudanças do Plano de Ensino não foi plenamente satisfatório, persistindo a queixa do insuficiente treinamento de habilidades psicomotoras e procedimentais. Contudo, esses mesmos estudantes consideraram que os objetivos atitudinais foram plenamente alcançados, particularmente tendo como referência o Artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina:

- Tratar as desigualdades com equidade, atendendo às necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observando o que determina o Sistema Único de Saúde.
- Construir projetos terapêuticos compartilhados, estimulando o autocuidado e a autonomia das pessoas, famílias, grupos e comunidades, reconhecendo os usuários como protagonistas ativos de sua própria saúde.
- Fazer a escuta ativa e singular de cada pessoa, família, grupos e comunidades.
- Desenvolver o pensamento crítico.
- Acessar as melhores evidências por meio do conhecimento das políticas públicas, programas, ações estratégicas e diretrizes vigentes.
- Compreender que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra no ato técnico.
- Comunicar-se, por meio de linguagem verbal e não-verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado.
- Desempenhar trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada.
- Respeitar as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade.
- Compreender o sofrimento e a percepção sobre o adoecer da pessoa sob cuidado, família e comunidade.
- Identificar objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.
- Compreender os diferentes modos de adoecer, considerando as especificidades de pessoas com deficiências.

- Construir sentidos para a própria identidade profissional.
- Aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade.
- Identificar e avaliar o próprio erro como matéria-prima da aprendizagem profissional.

Ao longo do semestre, fizemos diversas avaliações coletivas do aprendizado que evidenciaram o alcance dos objetivos atitudinais. Dentre as avaliações, exemplifico aqui a avaliação grupal feita por meio da construção de nuvens de palavras⁴. Após a formação da nuvem, cada estudante era convidado a elaborar uma frase sobre a sua experiência vivida na sala de aula, utilizando ao menos duas palavras contidas na nuvem de palavras produzida pelo grupo. Dessa forma, o estudante reconhece e elabora as competências desenvolvidas na atividade proposta.

Desdobramentos

No final do segundo semestre de 2024, eu tinha em mãos a percepção escrita dos estudantes que vivenciaram as “melhorias” implementadas no componente curricular. A minha expectativa era poder relatar no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização (TCC), uma experiência de sucesso, um final feliz após a superação da dificuldade inicial. Eu me enviaidia só de pensar na narrativa vitoriosa que eu iria produzir no TCC. *Era uma vez uma professora bem-intencionada, e bastante comprometida com os seus estudantes. Contrariando as expectativas iniciais, a professora teve uma experiência pedagógica não exitosa com os seus alunos. Entretanto, empreendeu uma corajosa busca de formação docente na ABEM e, heroicamente, implementou modificações no planejamento educacional. Com isso, os estudantes ficaram maravilhados com o componente curricular e a professora alcançou a plena realização...*

Tudo descrito primorosamente no TCC que seria entregue à banca examinadora dali a trinta dias, antes do Natal. A professora, então, gozaria das merecidas férias junto com seus familiares. Felizes para sempre! Só que não foi bem isso que se sucedeu. As modificações no planejamento educacional do componente curricular não redundaram em satisfação dos

⁴ Construção de nuvens de palavras por meio do aplicativo Mentimeter. Disponível gratuitamente na web.

estudantes quanto à aquisição de habilidades procedimentais. O que teria acontecido? O entendimento me faltava para compreender o fenômeno do segundo fracasso pedagógico, após seguir à risca o uso de metodologias ativas apropriadas para o alcance dos objetivos do componente curricular. Os processos de avaliação formativa apontavam sucesso no alcance dos objetivos atitudinais e cognitivos de aprendizado. Mas permanecia aquela lacuna: necessidade de mais tempo para o treinamento de habilidades psicomotoras e procedimentais.

Por falta de entendimento, e de tempo para analisar aqueles novos e incômodos dados, não consegui finalizar o TCC no prazo do meu cronograma (antes do Natal). As demandas familiares e profissionais explodiram. Penso até que, se eu não fosse mulher, mãe de três filhos e cuidadora de pais com condições crônicas de saúde; e se eu não tivesse tripla jornada de trabalho (duas delas invisíveis e não-remuneradas), talvez eu tivesse tido melhores condições de avançar na escrita do TCC. Fato é que, após o término do recesso escolar, esgotada e sem conseguir interpretar meus dados, eu tinha como certa a reprovação no Curso de Especialização da ABEM. Quanta frustração! Após tanto esforço bem-intencionado, eu morreria na praia, pois não conseguiria entregar o TCC, nem mesmo dentro do prazo estendido. Sentia-me impotente e bastante desmotivada.

É, novamente, Paulo Freire que vem em meu socorro, iluminando o fenômeno: “o fracasso não é de quem fracassa, mas do ‘sistema’, pois de modo algum as adversidades da vida poderiam se separar da educação”. À medida que eu ia me dando conta de que eu não disporia das condições para finalizar o TCC em Competências Pedagógicas para Preceptoria e Docência, fui anestesiando o meu desapontamento por meio do afastamento do grupo de colegas e professores da ABEM. Os colegas pareciam estar “de vento em popa” com os seus projetos, e eu, naquela sofreguidão. Em seu livro “Tudo sobre o amor”, Bell Hooks me disse: “Envergonhadas pelo sentimento de que nunca poderão deixar ninguém saber quem realmente são, [as pessoas] podem escolher o isolamento e a solidão por medo de serem desmascaradas.”

Nos últimos dias de agonia, escrever este TCC transformou-se, inesperadamente, em algo terapêutico: voltei a sentir encantamento. Devo isso ao estímulo e confiança da minha orientadora (não há outra explicação). Professores orientadores estão sempre presentes nas encruzilhadas dos nossos caminhos, para o bem ou para a direita. Tive sorte com a minha orientadora: totalmente do bem, me levou pacientemente a acreditar na minha capacidade reflexiva.

Estávamos a sete dias da data final de entrega do manuscrito para a banca avaliadora, e eu sem nenhuma perspectiva de conseguir finalizá-

lo. Iniciei a minha derradeira reflexão. Desta vez, não mais problematizei a minha prática como educadora, mas comecei a refletir sobre a minha reprovação iminente e olhei para os sentimentos que me permeavam (nada confortáveis). Finalizei o TCC como quem faz cuidados paliativos. Cuidando do texto, fui cuidando de mim mesma para conseguir lidar melhor com a frustração e a vergonha.

Aos poucos, por meio do exercício da livre autonarrativa, foi se configurando uma percepção inédita sobre o componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto*. Tive um *insight*, como se diz. Dei-me conta de que o que eu vinha propondo como componente curricular jamais caberia dentro da exígua carga horária de que disponho atualmente. Percebi que se tratava de dois componentes curriculares distintos que se espremiavam para caber na carga horária quinzenal destinada a um só deles.

O componente curricular *Práticas na comunidade: treinamento de habilidades em saúde do adulto* está inserido em cenários da Atenção Primária à Saúde. Supõe-se que o estudante, ao chegar para treinar as habilidades, já esteja familiarizado com as noções e conceitos do método clínico centrado na pessoa (MCCP) e com o registro clínico orientado por problemas (ReSOAP). No entanto, os estudantes chegam para cursar o componente curricular sem conhecer o MCCP e o ReSOAP, pois não há no curso de Medicina, em suas etapas anteriores, a abordagem desses temas.

Treinar habilidades requer treinar destrezas psicomotoras e procedimentais em contextos de simulação de situações pertinentes à Atenção Primária. Mas para se treinar habilidades, é preciso que haja um *quantum* mínimo de embasamento teórico. Entretanto, abordar teoricamente a entrevista clínica é algo que não caberia na carga horária quinzenal de três horas e quarenta minutos. Por mais que tentássemos otimizar os processos de ensino-aprendizagem (com a ampliação do programa de monitoria, por exemplo), a aquisição das habilidades psicomotoras teria sempre o seu tempo subtraído pela necessidade da introdução de conteúdos conceituais.

O componente curricular em vigor *Práticas na Comunidade: treinamento de habilidades em Saúde do Adulto* tem como foco central o treinamento de habilidades psicomotoras e procedimentais executadas no Centro de Simulação. A simulação clínica é o nosso principal instrumento de aprendizado, incluindo o treinamento da semiotécnica em manequins do laboratório de simulação. Pressupõe-se que o aluno(a) já chegue para a aula prática familiarizado com alguns conceitos do método clínico. Como esse não era o caso, eu precisava enxertar Unidades de Ensino conceituais que deveriam ser pré-requisito para o treinamento de habilidades propriamente dito.

Sendo assim, as Unidades de Ensino “sobressalentes” do atual Plano de Ensino precisariam compor um novo componente curricular, a ser ministrado antes do terceiro período do curso de Medicina. Quero dizer que os princípios que fundamentam a prática clínica na Atenção Primária precisarão ser abordados e problematizados em um novo (e inédito) componente curricular, que anteceda no tempo o “treinamento de habilidades em saúde do adulto”.

O desdobramento dessa reflexão foi a proposição de um novo componente curricular para o Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica, *campus* de Betim/Minas Gerais. Sobre esse novo componente curricular, denominado provisoriamente de **“Abordagens Centradas na Pessoa”** e enviado para a apreciação do Núcleo Docente Estruturante (NDE), falarei mais adiante.

O que me fez permanecer, obstinadamente, tentando encaixar dois componentes curriculares distintos na carga horária de apenas um deles foi a minha pouca familiaridade com a nomenclatura institucional e educacional.

Percebi que eu compreendia inapropriadamente o termo “habilidade”. Eu considerava que sob o guarda-chuva do termo habilidade estavam também a cognição, os procedimentos e as atitudes. Dito de outra forma, no meu entendimento seriam: habilidades cognitivas; habilidades procedimentais e habilidades atitudinais. Por isso, eu teimosamente tentava abarcar aspectos atitudinais e cognitivos, além dos procedimentais. Eu não percebia que o objetivo desse componente curricular específico, segundo as diretrizes curriculares do curso, estava centrado nas aquisições de habilidades, predominantemente, psicomotoras.

Inspirava-me em Paulo Freire quando dizia que o ensino dos conteúdos não pode se dar alheio à formação moral do educando. *“Educar é substantivamente formar”*³³. Só mais tarde compreendi que no curso de Medicina da PUC Betim, os aspectos cognitivos-conceituais estão previstos para serem abordados em outro componente curricular concomitante: “Introdução ao Raciocínio Clínico-Epidemiológico (IRCE)”, conhecido como “disciplina integradora dos componentes curriculares do período”. Nas minhas reflexões, dei-me conta de que a disciplina integradora do terceiro período (IRCE3), que deveria ser a protagonista e a propositora do diálogo com os demais componentes curriculares do período, se fechava sobre si mesma, não compartilhando sequer os seus próprios conteúdos e cronograma com os demais professores.

Diversas vezes busquei as instâncias institucionais para obter ajuda na elaboração do Plano de Ensino, especialmente para a escolha dos recortes

conceituais de um tema tão amplo quanto “saúde da pessoa adulta”. Entretanto, invariavelmente, saía dos encontros com a sensação de que o problema era uma insuficiência pessoal minha. Definitivamente eu me sentia in(competente) para a docência.

Hoje percebo que na raiz do fracasso pedagógico esteve a pouca integração entre os componentes curriculares do período. Faltou-nos o diálogo que só poderia ter sido fomentado e estimulado por iniciativa e vontade Institucional. Tanto a coordenação do curso quanto o NDE precisariam assumir o seu protagonismo em promover e facilitar as interlocuções necessárias entre os componentes curriculares, bem como orientar a formação docente, acolhendo nossas dúvidas e inseguranças. Não me refiro aqui a tutoriais sobre o uso de ferramentas pedagógicas e sistemas de informação, pois isso temos em abundância na Instituição. Refiro-me a uma escuta ativa e acolhedora das angústias oriundas do fazer docente cotidiano; não do ponto de vista psicológico individual do docente, mas do olhar problematizador sobre o processo educativo.

A proposição de um novo componente curricular, *Abordagens Centradas na Pessoa*, ocorreu no exato momento histórico (2025) em que o Núcleo Docente Estruturante (NDE) revisitava e reestruturava a grade curricular do curso de medicina. Parecia-me ser uma valiosa e oportuna contribuição para as reflexões do NDE. O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina da PUC-Minas de Betim contempla em suas estratégias as DCN. Em ambos os documentos, vê-se a centralidade do ensino-aprendizagem por competências.

Conforme o Artigo 8º das DCN, competência é compreendida como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos de trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde⁸. O aprendizado é compreendido como uma ação consciente, reflexiva e, intencionalmente, transformadora. O aprendizado é, necessariamente, multidimensional abarcando aspectos cognitivos, procedimentais e atitudinais. O educando passa a ser o protagonista do conhecimento e o professor, o mediador metodológico.

No fim das contas, o que se pretende problematizar é a prática médica em si, com seus lugares de poder, nas situações mais corriqueiras e cotidianas. Ao problematizar os fazeres em saúde, nos deparamos com escolhas, comprometimentos e posicionamentos. Não há neutralidade nas

escolhas, pois sempre haverá uma intencionalidade consonante com uma dada concepção de mundo, traduzida em concepção pedagógica, quer seja ela explícita ou não. A intencionalidade do ato educativo se expressa nos objetivos de aprendizagem. Educar é um ato social que implica em escolhas, valores e responsabilidades e, por isso, abarca o domínio da ética. Assim como a política, a ética é inseparável da prática educativa e precisa ser testemunhada, permanentemente na relação do educador com o educando e nas relações da Instituição de Ensino com os seus educadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a experiência narrada neste TCC girou em torno da Formação Docente: 1) avaliação oportuna com possibilidade de correção da rota; 2) a narrativa como método; 3) a avaliação formativa; 4) as metodologias ativas; 5) pedagogia da problematização; 6) aprendizados significativos; 7) fracasso escolar; 8) alinhamento de termos e conceitos; 9) formação continuada; 10) formação permanente; e 11) sentimentos, poesia e arte na prática profissional cotidiana.

O que nos forma como docentes, também, está na esfera do invisível e dos afetos. Esse imponderável é belo e grandioso (caberia aí o mundo todo); mas também é perigoso porque o que é invisível pode ser considerado, equivocadamente, inexistente por educadores ingênuos e desavisados.

A educação crítico-reflexiva é um gesto de amor por excelência que traduz a prontidão para irmos ao encontro do outro no trivial da vida. Educação é, ao mesmo tempo, sentimento e gesto de se inscrever no mundo. Do esperar de Paulo Freire¹ ao amor segundo Bell Hooks⁵, vamos nos inscrevendo no mundo.

A perspectiva de ser reprovada no Curso de Especialização da ABEM é muito pior do que a constatação da própria incompetência. Como aluna, ser reprovada está para além de não ter aprendido o suficiente. Ficar retida representa a cessação do movimento que é próprio do ser inacabado que se sabe inacabado. A força propulsora da indagação e do movimento é a esperança. Ser reprovada é ser tolhida no esperar. Por enquanto, eu continuo esperando. *Esperança* educadores mais ternos e epistemologicamente reflexivos, a começar por mim mesma.

Com a experiência narrativa deste TCC, percebo a necessidade de se buscar permanentemente perspectivas epistemológicas que assegurem a presença do *não-capturável* e do imponderável na formação docente. O que não se pode mais aceitar é que as experiências pedagógicas do(a)

professor(a) experimentadas em sala de aula sejam amadurecidas na solidão. Nós, educadores, compreenderemos mais e melhor quando olharmos juntos para as adversidades e singularidades da nossa prática educativa, acolhendo-nos mutuamente e fortalecendo o sentimento de comunidade docente. Essa magnífica sensação acolhedora de pertencimento a uma comunidade docente, experimentei-a junto às professoras e professores responsáveis pelo Curso de Especialização da ABEM. A gratidão é o mais belo fruto que lhes posso oferecer.

REFERÊNCIAS

1. FREIRE P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2014.
2. FREIRE P. Pedagogia do oprimido [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
3. Associação Brasileira de Educação Médica. Caderno de ensinagem do tutor: desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria e docência. Brasília: ABEM; 2016.
4. MARQUES V, SATRIANO C. Narrativa autobiográfica do próprio pesquisador como fonte e ferramenta de pesquisa. Linhas Crít. 2017;23(51):369-86.
5. LUCKESI C. Avaliação da aprendizagem [vídeo na internet]. 2012 [citado 10 out 2023]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JqSRs9Hqgtc>.
6. BACICH L. Formação continuada de professores para o uso de metodologias ativas. In: Bacich L, Moran J, organizadores. Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática. Porto Alegre: Penso; 2017.
7. PANÚNCIO-PINTO MP, ALMEIDA TRONCON LE. Avaliação do estudante: aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):314-23.
8. HOOKS B, BREDA T. Tudo sobre o amor. São Paulo: Elefante; 2021.
9. BRASIL. Ministério da Educação. [Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina]. Brasília: MEC; 2014.
10. FREIRE P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra; 2014.

ACESSE
nossas publicações:



Fique Ligado na ABEM!

 www.abem-educmed.org.br

 @abemnacional

 @abemedica

