

MARTIM ELVIRO DE MEDEIROS JUNIOR

**A AVALIAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde

São Paulo

2014

MARTIM ELVIRO DE MEDEIROS JUNIOR

**A AVALIAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
Título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coorientadora: Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

São Paulo

2014

MEDEIROS JUNIOR, Martim Elviro de

Avaliação no Interno Médico em Atenção Primária à Saúde. Martim Elviro de Medeiros Junior – São Paulo, 2014.

120 f.; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coorientadora: Prof. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Avaliação de Aprendizagem 2. Internato Médico 3. Atenção Primária 4. Saúde da Família

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS

Diretora do CEDESS:

Prof.^a Dr.^a Irani Ferreira da Silva Gerab

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde:

Prof.^a Dr.^a Sylvia Helena de Souza da Silva Batista

Vice- Coordenadora do Programa de Pós- Graduação Ensino em Ciências da Saúde:

Prof.^a Dr.^a Lídia Ruiz Moreno

III
MARTIM ELVIRO DE MEDEIROS JUNIOR

AVALIAÇÃO NO INTERNATO MÉDICO
EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca: Prof.^a Dr. Nildo Alves Batista

Prof.^a Dr.^o José Luiz Martins

Prof.^o Dr.^o Pedro Félix Vital Junior

Prof.^a Dr.^a Ively Guimaraes Abdalla

Suplente: Prof.^o Dr.^o Rosana Aparecida Salvador Rossit

Aprovada em

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Martim e Goretti, figuras que me moldaram em torno do seu amor e exemplo, aos meus amados irmãos Marcos, Hericka e Amélia tão queridos e generosos, a minha amada esposa Nara coautora da minha vida e da minha felicidade, aos meus filhos Martim e Maria Fernanda meus agradecimentos por serem a suprema alegria da minha vida e inspiração para ser melhor, agradeço aos queridos, avós, sogros, tios, cunhados, sobrinhos, primos e amigos que tanto me ajudaram nesta trajetória.

Agradeço aos meus orientadores Dr Nildo e Dra Beatriz pela paciência e perseverança nesta árdua missão de me orientar neste trabalho.

Agradeço a todos os trabalhadores do Santa Marcelina, em especial, aos meus colegas preceptores pelo trabalho incansável de transformar a utopia do SUS em realidade e aos colegas da Educação Permanente.

Agradeço a Irmã Monique por todos os ensinamentos nestes quinze anos de trabalho conjuntos.

Agradeço a todos os mestres que me guiaram na minha vida acadêmica e fora dela.

Agradeço aos meus alunos pela honra de convivência e por tanto me ensinarem.

Agradeço as pessoas que atendi na minha vida como médico, pessoas que fizeram que cada sacrifício desta jornada parecesse nada, pessoas que na sua maioria tiveram suas cidadanias negadas parcial ou completamente e que me proporcionaram tanta alegria e tentar ajudá-las.

Agradeço a Deus que tornou isto tudo possível.

DEDICATÓRIA

Sempre entendi a educação e a saúde como instrumentos da busca pela justiça e paz, como elementos de diminuição de iniquidades e violências e dedico esta poema tão belo que trata de todas estas questões ao meu avós Manoel Sátyro de Medeiros, Elvira Neves de Medeiros, José Alencar de Medeiros e Maria Marieta de Medeiros, que sempre viveram com tão pouco recursos materiais e tão repletos de coragem e generosidade, que ensinaram estes valores aos meus pais, exemplos maior da minha vida.

**Poema de João Cabral de Melo Neto
(Musicado por Chico Buarque)**

***"Funeral de um lavrador"*
(de *Morte e Vida Severina*)**

Esta cova em que estás com palmos medida
É a conta menor que tiraste em vida
É de bom tamanho nem largo nem fundo
É a parte que te cabe deste latifúndio

Não é cova grande, é cova medida
É a terra que querias ver dividida
É uma cova grande pra teu pouco defunto
Mas estarás mais ancho que estavas no mundo

É uma cova grande pra teu defunto parco
Porém mais que no mundo te sentirás largo
É uma cova grande pra tua carne pouca
Mas a terra dada, não se abre a boca

É a conta menor que tiraste em vida
É a parte que te cabe deste latifúndio
É a terra que querias ver dividida
Estarás mais ancho que estavas no mundo
Mas a terra dada, não se abre a boca

VI

Vivendo o presente e vislumbrando o futuro, dedico esta canção aos meus amores, Nara, Martim e Maria Fernanda que dão sentido a todos os meus dias.

DIA BRANCO **Geraldo Azevedo**

Se você vier
Pro que der e vier
Comigo

Eu lhe prometo o sol
Se hoje o sol sair
Ou a chuva
Se a chuva cair

Se você vier
Até onde a gente chegar
Numa praça
Na beira do mar
Num pedaço de qualquer lugar

Nesse dia branco
Se branco ele for
Esse tanto
Esse canto de amor
Oh! oh! oh

Se você quiser e vier
Pro que der e vier
Comigo

Comigo, comigo

VII

RESUMO

Estudo de natureza quantitativa e qualitativa realizada por meio de estudo de caso, utilizando Escala Atitudinal do tipo Likert para analisar a partir da percepção de internos e preceptores do Programa de Internato Médico na Atenção Primária à Saúde da Casa de Saúde Santa Marcelina, uma proposta de avaliação com diferentes métodos avaliativos. Foram criadas 28 assertivas pertencentes a quatro dimensões distintas: o desenvolvimento de competências; caráter formativo da avaliação; diversidade e complementariedade de métodos avaliativos e meta-avaliação. Por meio da análise buscou identificar o caráter avaliativo do desenvolvimento de competências no processo proposto; analisar, na percepção dos internos e preceptores, a diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos; identificar momentos de diálogo, feedbacks, aprendizagens compartilhadas e utilização da avaliação para tomada de novas decisões nos processos avaliativos do internato em APS. A Escala Atitudinal tipo Likert teve 26 assertivas validadas com perda de apenas 2 assertivas (7,14%) e apresentou um coeficiente de confiabilidade final, calculado pela fórmula de Spearman-Brown, de 0,81%, o que demonstrou nas quatro dimensões das assertivas o olhar positivo dos atores envolvidos, validando o instrumento da pesquisa para investigação desta natureza. A análise foi confrontada segundo os estudos sobre avaliação de Luckesi, Perrenoud e Batista. A pesquisa revelou que houve grande sintonia entre as percepções dos discentes e preceptores sobre o desenho avaliativo proposto para o internato; a dimensão que tratou da diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos foi a melhor pontuada, seguida pela meta-avaliação, caráter formativo da avaliação e desenvolvimento de competências.

PALAVRAS CHAVE: 1. Avaliação de Aprendizagem 2. Internato Médico 3. Atenção Primária à Saúde 4. Avaliação Formativa 5. Diversidade e Complementariedade dos Métodos Avaliativos.

VII

ABSTRACT

This study, which presents quantitative and qualitative methodologies, analyzed the Medical Internship Program in Primary Health in the Casa de Saúde Santa Marcelina, from the perception of internal students and preceptors. This is a proposal of evaluation with different evaluation methods. To achieve this goal we used the case study methodology, using Attitudinal Likert Scale. 28 assertions were created belonging to four distinct dimensions: skills development; formative nature of the assessment; diversity and complementarity of evaluation methods and meta-evaluation. The analysis sought to identify the evaluative nature of skills development in the proposed process; examine the perceptions of internal students and preceptors, the diversity and complementarity of evaluation methods; identify moments of dialogue, feedback, shared learning and use of evaluation for making new decisions in the evaluation processes of the boarding school in APS. Attitudinal Likert Scale was validated with 26 probes loss of only 2 probes (7,14%) and showed a final reliability coefficient, calculated by the Spearman-Brown, of 0.81%, which showed the four dimensions of positive assertive look of the actors involved, validating the research instrument for research of this nature. The analysis was compared according to evaluating studies from Luckesi, Perrenoud and Batista. The research revealed that there was great harmony between the perceptions of students and tutors on the evaluation design proposed for the internship; the dimension that dealt with the diversity and complementarity of evaluation methods was the best scored, followed by the meta-evaluation, the formative nature of the evaluation and development of skills.

KEY WORDS: 1. Evaluation of Learning 2. Medical Internship 3. Primary Care Health 4. Formative Evaluation 5. Diversity and Complementarity of evaluation methods.

IX

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CSSM	Casa de Saúde Santa Marcelina
DCN	Diretriz Curricular Nacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MFC	Médico de Família e Comunidade

MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional Assistencial a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSCE	Organized Stutured Clinical Exam
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAD	Unidade de Assistência Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

Agradecimento	V
Dedicatória	VI
Dedicatória	VII
Resumo	VIII
Abstract	IX
Lista de abreviaturas	X

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
4. METODOLOGIA	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
6.CONCLUSÕES	101
7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
8. ANEXOS	108
9 APÊNDICE	115

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 A origem da pesquisa

A escolha do tema, “A avaliação no internato médico em Atenção Primária a Saúde” (APS), tem íntima relação com minha trajetória profissional desde a fase de estudante do curso médico na Universidade Federal da Paraíba até os dias atuais, onde exerço a função de Coordenador do Internato Médico em Atenção Primária da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), na zona leste do município de São Paulo.

Sempre desejei coadunar na minha vida profissional duas grandes áreas de interesse: a primeira, de atuar na área da saúde, trazida pelo imaginário de quem leu a obra de Erico Veríssimo – Olhai os lírios do campo e assistiu ao filme Dr. Jivago e, nestes exemplos, percebendo a possibilidade da atuação de figuras médicas com grande atuação social, o interesse pelas singularidades de cada indivíduo. A segunda área de atuação era o fascínio pela educação, ofício tão nobre, tão sublime e que tem figuras no nosso país como Paulo Freire, Darcy Ribeiro e Milton Santos, citando apenas alguns educadores que elevam o patamar da condição humana a um nível mais elevado.

Dando início à minha vida profissional, em 1999, comecei a atuar como médico de família e comunidade na Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Copa, no bairro de Itaquera, desenvolvendo além da prática clínica, o primeiro contato com área da educação, na vertente da educação em saúde interagindo no plano individual e coletivo com as pessoas que pertenciam à área de atuação daquela UBS.

Concomitantemente, atuava nesta época na lógica da Educação Permanente, junto com os outros médicos de família e comunidade (MFC), enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), discutindo questões ligadas aos processos de trabalho, protocolos clínicos, os desafios profissionais e todos os assuntos concernentes à atuação do, naquela época, denominado Programa Saúde da Família (PSF).

No ano de 2001 tive o contato primeiro com o ensino superior ao começar a atuar na tutoria do Programa de Internato Médico da APS Santa Marcelina e no ano de 2002 iniciei o exercício profissional de preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Casa de Saúde Santa Marcelina. Neste momento, tive a oportunidade de estudar com profundidade a importância da APS para construção de políticas de saúde efetivas e seu papel crucial na construção de um país mais justo e socialmente equilibrado.

Os princípios gerais da APS são norteados pelos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvido por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, [...] orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. (BRASIL, 2006, v.4, p.10)

Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), campo de estágio do internato médico, foi regulamentada pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica ao estabelecer as seguintes características: ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atuam, buscando o cuidado das pessoas e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre uma postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população e sendo um espaço de construção da cidadania.

Esta possibilidade de atuar como médico e educador tem me influenciado no entendimento de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) podem se constituir em excelentes cenários de práticas, por suas características intrínsecas de capilaridade e resolutividade, tendo a possibilidade de resolução de uma gama enorme de situações de saúde que afligem nossa população.

O complexo Santa Marcelina, ao qual fazem parte estas UBS é localizado na região leste do município de São Paulo, tendo iniciado suas atividades há cinquenta e dois anos como um hospital no bairro de Itaquera. De forma gradativa, passou a atuar nos diversos níveis de atenção à saúde. Atualmente, supervisiona 4 hospitais na região metropolitana de São Paulo (Itaquera, Itaim Paulista, Itaquaquecetuba e Cidade Tiradentes) sendo o primeiro certificado como hospital de ensino por Portaria Interministerial nº 3310, revalidada em 27 de dezembro de 2010. Esta instituição tem 42

programas credenciados de residência médica junto ao Ministério da Educação (MEC) e, desde 1989, apresenta programa de internato médico.

No âmbito da APS, o complexo Santa Marcelina atua desde 1996 em parceria com o Governo do Estado de São Paulo, na época denominado de projeto QUALIS (Qualidade Integral em Saúde) que implementou o Programa Saúde da Família, ratificado em 2002, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.

Hoje, o complexo Santa Marcelina tem sob sua supervisão, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, 260 equipes de Saúde da Família (UBS), 12 Unidades Básicas de Saúde na modalidade tradicional, ou seja, sem ESF (UBS), 06 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 02 Unidades de Assistências Domiciliares (UAD) e 16 Ambulatórios Médicos Assistenciais (AMA).

Os equipamentos da APS do Complexo Santa Marcelina estão presentes nas regiões do Itaim Paulista, Itaquera, Cidade Tiradentes, Guaianases, São Miguel, Penha, Ermelino Matarazzo e São Mateus.

Dentre as diversas atividades educativas desenvolvidas, o complexo Santa Marcelina oferece o Internato em APS disponibilizando 50 vagas por semestre para cursos médicos de todo território nacional, sendo os estudantes divididos em duplas, junto as equipes de Saúde da Família, sob supervisão direta de Médicos de Família e Comunidade (MFC) que atuam como preceptores. Estes estágios tem duração 4 meses, sendo desenvolvidos as atividades dos MFC pelo discente, como preconizado pela portaria 648-GM de 28 de maio de março de 2006.

Semanalmente, os estudantes frequentam aulas teóricas, com temas relacionados as atribuições e desafios do cotidiano do médico de família e comunidade. Todos os temas são discutidos e validados nos encontros entre a Coordenação do Internato e os preceptores previamente.

Este internato tem um compromisso histórico com as políticas públicas que consolidam o SUS e que promovam para a população o empoderamento para que se busque seus direitos constitucionais e a efetivação da cidadania plena.

1.2 Contextualizando o objeto

O Internato Médico é a etapa derradeira do curso de graduação, época quase sempre marcada por angústias e estresse vivenciados pelos estudantes que se deparam com o que está por vir, seja o processo seletivo para o ingresso em um programa de residência ou mesmo para o mercado de trabalho, uma vez que no Brasil o curso médico tem caráter terminal, outorgando ao estudante após o seu término a possibilidade do exercício da medicina.

Neste período de transição, a avaliação do internato assume uma importância vital pois tem a possibilidade de constatar o desenvolvimento de conhecimento-cognição, habilidade-psicomotricidade e atitudes-afetividade adquiridos ao longo da jornada do curso, pontos estes fundamentais ao bom exercício da medicina.

Segundo Dantas (1996), o Internato Médico é um ótimo momento para o desenvolvimento de um processo avaliativo que seja pleno e completo, pois, o aprendizado em serviço possibilita ao professor-médico uma oportunidade privilegiada de *ensinagem* e avaliação.

Esta característica de ensino em serviço proporciona possibilidades singulares nos aspectos avaliativos, sendo importante que a avaliação tenha um aspecto variado, fugindo do modelo de provas teóricas isoladas no final dos ciclos e estágios. Esta diversidade deve ser acompanhada por um caráter complementar para que não se faça o mais de mesmo, ou seja várias provas seguidas que não dialogam, não podendo subsidiar o docente e o discente na percepção da gama variada de competências que o aluno precisa desenvolver.

No Internato Médico, bem como em toda a graduação, é esperado que a avaliação adquira um caráter formativo que propicie feedbacks, momentos de troca e aprendizagens compartilhadas, momentos de reflexão, parâmetros para novas tomadas de decisão, relações satisfatórias e democráticas entre aluno e professor proporcionando ao interno postura de sujeito e responsável pela construção de seus conhecimentos.

De acordo com Perrenoud (1999), não se trata de verificar, de forma contínua, o quanto o aluno está aprendendo do conteúdo, mas de ajudá-lo a refletir sobre o processo.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001, ratificadas nas DCNs de 2014, documentos que norteiam o ensino médico brasileiro preconizam no seu texto que

se busque a superação do modelo somativo de avaliação, preparando o aluno para o trabalho em equipe e para o enfrentamento de problemas reais. (BRASIL, 2014)

No processo avaliativo do internato optamos pela combinação de métodos: Heteroavaliação, Autoavaliação, Portfólio Reflexivo, *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) com vídeo gravação e Prova Teórica.

Esta diversidade e combinação de métodos avaliativos tem a intencionalidade de promover um processo de avaliação que privilegie mecanismos de troca, de forma dialógica, com envolvimento dos sujeitos na construção dos seus saberes. Privilegiam-se os *feedback* constantes para que o estudante e seu preceptor construam harmonicamente os novos saberes.

Esta experiência avaliativa, com todas as suas nuances, características, possibilidades e fragilidades, ocupa grande parte do que temos pesquisado, dialogado e procurado aprofundar no Internato em APS, provocando questionamentos sobre os caminhos mais adequados para a melhoria contínua deste processo.

A partir destes pressupostos e vivências elegemos como questões estruturantes para a presente pesquisa:

- Qual a percepção dos internos e preceptores quanto ao processo avaliativo no internato médico da APS Santa Marcelina?
- Este processo avaliativo tem propiciado momentos de troca, feedbacks, aprendizagens compartilhadas e utilizados para tomada de novas decisões no transcorrer do internato?
- Como os preceptores e internos avaliam a diversidade e complementariedade das estratégias avaliativas propostas?
- Que competências dos estudantes são avaliadas durante o desenvolvimento das atividades do internato?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Geral:

Analisar, a partir da percepção dos internos e preceptores, uma proposta de avaliação com diferentes métodos avaliativos no internato médico em Atenção Primária à Saúde.

Específicos:

- Identificar o caráter avaliativo do desenvolvimento de competências no processo proposto
- Analisar, na percepção dos internos e preceptores, a diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos.
- Identificar momentos de diálogo, feedbacks, aprendizagens compartilhadas e utilização da avaliação para tomada de novas decisões nos processos avaliativos do internato em APS.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Primária a Saúde

As primeiras citações sobre Atenção Primária tem origem no relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, onde se discutia a hierarquização dos serviços e os centros de saúde como porta de entrada do sistema.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH, 1920)

O relatório Dawson, prestes a completar um século de sua publicação continua a ser uma proposta inovadora e de vanguarda, uma vez que permanece sem ter sua construção concluída em diversos países, inclusive o nosso.

Na década de 60, foi travado em todo mundo um grande debate sobre os determinantes econômicos e sociais da saúde onde se pretendia superar a orientação, então vigente que se baseava no controle de enfermidades para a melhoria das condições de saúde. O amadurecimento desta proposta teve seu apogeu em 1978 na Conferência de Alma-Ata que tinham como proposta: “Saúde para todos no ano 2000” e ressaltava como definição de Cuidados Primários em Saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro

elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS, 2004).

Vuori, na década de 80 ressaltava sobre a Atenção Primária na Europa:

Apenas quando nações encaram Atenção Primária como estratégia para integrar todos os aspectos do serviço de saúde é que ela se torna igualmente aplicável como uma meta em nações industrializadas. Esta visão requer um sistema de atenção à saúde que seja organizado para enfatizar a justiça e equidade social, autorresponsabilidade, a solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde. (VUORI, 1984).

Nesta discussão é contemplado um conceito ampliado de saúde e o papel da Atenção Primária como integradora dos vários níveis de assistência, além de ser porta de entrada dos sistemas nacionais de saúde como comentado em Alma-Ata.

Este novo cenário desencadeou um novo paradigma no olhar sobre a saúde demandando um novo perfil profissional que segundo Barbara Starfield¹:

Profissionais da Atenção Primária quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde. (STARFIELD, 2002, p. 29)

A APS em meados da década de 80, neste cenário efervescente apresenta para a discussão da saúde no cenário mundial o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), desenvolvida por uma série de autores dos quais destaca-se Moira Stewart, que em um obra brilhante, Medicina Centrada na Pessoa, apresenta através destes pressupostos uma nova forma de conceber o processo saúde doença, ampliando a visão acerca

¹ Professora emérita, atuando na Faculdade de Saúde Pública (Departamento de Política e Gerenciamento em Saúde) e na Faculdade de Medicina, ambas da Universidade Johns Hopkins.

desta temática e trazendo para o centro deste debate as questões que são fundamentais para pensar novas políticas de saúde, onde as práticas do profissional médico devam coadunar os paradigmas de humanismo e solidariedade, com a excelência clínica e centrando o cuidado na relação da pessoa atendida com seu terapeuta. Os seis elementos que compõem o MCCP serão comentados a seguir, sendo os passos fundamentais que ancoram a atuação qualificada da APS e de seus profissionais ao redor de todo mundo.

O primeiro elemento da MCCP apresenta as duas situações que compõem o fenômeno do adoecimento, a doença e a experiência da doença, trazendo a baila o paradigma, que defende que para ocorra um atendimento satisfatório, o médico deve distingui-las e saber atuar sobre ambas.

O conceito de doença é encontrado utilizando o modelo médico convencional, através do uso da propedêutica e da epidemiologia que leva a diagnósticos que estamos habituados, como diabetes, neoplasias, tuberculose e tantas outras. É fundamental entender que MCCP não nega a doença, nem a desconsidera, pelo contrário propõem sua investigação ancorada nas melhores evidências científicas disponíveis e socialmente aceitas.

O entendimento do segundo conceito da experiência da doença exige uma abordagem que avança em outros aspectos, que adentra o mundo subjetivo e íntimo das pessoas e procura para além dos sinais, sintomas e alterações orgânicas já avaliados quando abordamos a investigação da doença, entender outros aspectos singulares deste indivíduo, investigadas geralmente pelos seguintes questionamentos feitos pelo terapeuta a pessoa que está sendo cuidada:

Que sentimentos esta doença provoca? A pessoa tem medo da esta doença? O indivíduo teme pela sua vida neste episódio? O fato de adoecer provoca culpa? O adoecer neste momento provoca alívio para sua vida?

A parti desta investigação são colhidas as ideias que as pessoas carregam a respeito do seu adoecimento:

A pneumonia deve-se ao fato de que aquele indivíduo acordar de madrugada e ficar exposto a baixas temperaturas, a enxaqueca é provocada por uma preocupação no

trabalho ou na família, a asma começou após o início do inverno, ou após uma perda ou ainda após uma contrariedade.

Investiga-se os efeitos da doença sobre a funcionalidade da vidas das pessoas em seus vários papéis:

A doença atrapalha o trabalho? Atrapalha a vida em família? Atinge o papel social deste indivíduo na sua comunidade?

Por fim neste primeiro elemento tenta-se entender as expectativas que cada pessoa tem seu sobre seu adoecimento e a atuação do seu terapeuta:

A pessoa espera um tratamento com maior ênfase em medicamentos? Espera do seu médico uma postura de mais escuta e menos intervencionista? Espera que seu tratamento seja rápido ou demorado?

Desta forma cumpre-se o primeiro elemento da MCPP, onde além da doença são investigados os sentimentos, ideias, funções e expectativas que a cada pessoa tem sobre seu adoecimento, compondo uma ponte entre o objetivo e o subjetivo e dando a possibilidade para que a relação do médico com a pessoa cuidada seja ampliada para um plano mais abrangente e satisfatório.

O segundo elemento componente da MCPP é aquele que tenta entender a pessoa como um todo procurando entender na sua história de vida, qual o tipo de personalidade ela tem, como fatos ou situações vivenciadas no passado influenciam o adoecimento e como a estrutura familiar e comunitária influenciam sua forma de encarar a patologia ou situação apresentada.

Dentro desta perspectiva a MCPP procura contextualizar os fatores proximais e distais que influenciam o adoecimento.

No contexto proximal investiga-se a família e toda a complexidade que a envolve e suas relações com a saúde e a doença das pessoas, a segurança financeira que influencia diretamente nas taxas de mortalidade, a escolaridade que também influencia o adoecimento e a mortalidade em vários aspectos e situações, além de questões como o

emprego e satisfação que este produz e o lazer e o apoio social que cada pessoa tem no seu contexto de vida.

O contexto distal leva esta discussão para outros limites que continuam dialogando com o contexto proximal, porém ampliando para outras dimensões que passam pelos aspectos da comunidade em que a pessoa vive e como ela se relaciona com o adoecimento, a cultura em que este indivíduo está exposto e a forma que esta influência questões relacionadas com a morte o adoecimento, fatores mais globais como a estrutura do sistema de saúde que esta pessoa utiliza como meio para diminuir as iniquidades sociais, a forma que estão disponibilizados, os meios de comunicação, os fatores sócio- históricos aquele paciente foi submetido e como isto influenciou sua vida e sua saúde, são questões vitais que devem ser consideradas pelo terapeuta na observação deste elemento.

O terceiro elemento da MCCP, faz referência a necessidade de elaborar um plano conjunto de manejo de problemas, que envolva o profissional da APS e pessoa que está utilizando o serviço.

A professora Moira Stewart e colaboradores cunharam o termo “*common ground*”, que pode ser traduzido como, encontrando uma base comum, o que transforma muito o entendimento da forma que deva ser conduzido o tratamento proposto em cada situação, que passa a ser um processo de entendimento e elaboração conjunta entre os médicos e seus pacientes, pois o terapeuta tendo percorrido as duas etapas anteriores da MCCP, respectivamente a investigação da doença e da experiência da doença e como segundo elemento o de entender a pessoa como um todo, desenvolve o instrumental para ter visão privilegiada de como a pessoa encara seu adoecimento, tendo condições de entendendo este ponto de vista propor um plano terapêutico que baseado em boas evidencias científicas, atenda as necessidades de quem está sendo assistido.

No desenvolvimento deste elemento, três objetivos precisam ser alcançados e são eles: a definição do que é o problema a ser manejado na concepção do paciente e da pessoa em tratamento, pois muitas vezes não é o diagnóstico clínico feito pelo médico que preocupa ou angustia a pessoa, mas algum aspecto subjacente dos sintomas ou mesmo do tratamento proposto, como em muitas situações em que uma pessoa com

doença crônica não adere a uma medicação específica por esta apresentar um efeito colateral que tem influência na sua qualidade de vida, podendo ser considerado de menor monta pelo médico que a atendeu, gerando baixa adesão ao tratamento sugerido, nesta situação para o médico o problema era a doença e a resposta mais efetiva seria alcançada por uma medicação específica, para a pessoa o problema é o efeito colateral ou o estigma que tal droga provoca, sendo preciso construir pontes entre os dois entendimentos.

O segundo ponto deste elemento é definir as metas comuns entre o terapeuta e a pessoa atendida após o estabelecimento do problema. As metas devem ser pactuadas pelos interessados, que são a pessoa e seu médico, mediante conversas francas sobre os riscos e agravos possíveis geradas pela enfermidade e as potencialidades dos tratamentos propostos e o que a adesão a cada um deles significa na vida deste indivíduo e de sua família.

O terceiro e último ponto deste elemento, é o entendimento do papel e da pessoa tratada e do terapeuta neste arranjo:

Qual é a expectativa da pessoa tratada para a condução ou postura do médico neste problema a ser enfrentado? Qual a expectativa do terapeuta para os compromissos que a pessoa assumiu com neste projeto terapêutico comum?

Deste encontro surge uma nova forma de conceber e construir esta relação que é baseada no respeito e na compreensão mútua entre estes sujeitos.

O quarto elemento da MCCP, discute o quão fundamental é incorporar de forma oportuna a prevenção de doenças e a promoção à saúde nos encontros individuais ou coletivos do médico da APS com a comunidade atendida por ele.

A Organização Mundial de Saúde(OMS), definiu a promoção a saúde como “ O processo de habilitar pessoas a assumir o controle de sua saúde e a melhorá-la”. (WHO, 1986)

Nesta lógica de promoção à saúde, cada pessoa deve assumir um papel de protagonista, pois apoiada por um sistema de saúde qualificado, os indivíduos e

comunidades deixam de ser figuras passivas, passando a desempenhar um papel central nas decisões referentes a manutenção e melhoria de sua saúde.

De forma distinta e complementar o conceito de prevenção á saúde tem como objetivo reduzir o risco de uma doença, diminuindo a probabilidade de que esta ou um distúrbio afete o indivíduo, prejudicando-o de alguma forma.

Seguindo a lógica da discursão acima, a prevenção deve ser oportunamente utilizada nos encontros terapêuticos de forma habilidosa, para que se minimize os riscos a que estes indivíduos estejam expostos, otimizando o espaço de encontro do para uma lógica de prevenção, sem deixar de enxergar como fundamental o motivo que levou inicialmente o encontro entre a pessoa e seu médico.

O rigor que ancora a prevenção deve ser cuidadosamente estabelecido, em protocolos ou recomendações baseados em evidências científicas sólidas e eticamente pautadas, dentre os protocolos utilizados no Brasil, destacamos entre outros os de rastreio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), internacionalmente destaca-se o Canadian Task Force e United States Task Force, sólidos conjuntos de referências para prevenção a doenças de forma qualificada e eticamente seguras.

A incorporação desta prática tem impactos extremamente relevantes para indicadores de saúde da população e deve ser alvo constante de momentos de Educação Permanente (EP), como política pública nacional.

O quinto elemento da MCCP preconiza a intensificação do relacionamento entre a pessoa e o médico, onde esta relação deva ser permeada por compaixão, empatia e cuidado, práticas outras muitas vezes relegadas como secundárias na formação médica.

Nesta época do avanços tecnológicos surgindo a cada instante, a MCCP estimula que o aperfeiçoamento deste relacionamento é ponto vital para aperfeiçoamento dos processos terapêuticos o que facilita o cuidado e o próprio processo de cura.

Um dos maiores médicos de todos os tempo da história da medicina, Sir Willian Osler, seja pela expertise clínica, seja pelo profundo caráter humanista de sua atuação e obra proferiu as seguinte frase para outros médicos e estudantes de medicina:

Insistiria com vocês... para que prestem mais atenção ao doente do que as características da doença. Lidando, como fazemos, com a pobre e sofredora humanidade, vemos o homem sem máscaras, expostos em toda a sua fragilidade e fraqueza, e vocês devem manter o coração aberto e maleável para que não menosprezem essas criaturas, seus semelhantes. (CUSHING, 1925)

Hoje o quinto elemento da MCCP, ratifica o conceito de Sir Willian Osler, para que os profissionais busquem uma visão humanizada, procurando uma relação que primem por uma relação sustentável com as pessoas atendidas, ancoradas no respeito, na compaixão e no cuidado, sempre acompanhadas de informações baseadas nas melhores evidências clínicas.

O sexto e último elemento da MCCP, Sendo Realista, conclui que:

Ser realista quanto ao atendimento centrado na pessoa implica o domínio de vários elementos da arte da prática médica. Reconhecer o melhor uso do tempo do **timing** para tratar cada problema é essencial. O trabalho em equipe e a formação e equipes de forma efetiva também contribuem para que se atue realisticamente. (STEWART, 2010, p 166).

Portanto para que se cumpram os pressupostos deste elemento, é fundamental a incorporação dos novos conceitos de trabalho interprofissional e domínio da gestão do tempo nos processos vivenciados na APS.

A incorporação destes seis elementos do MCCP de forma efetiva em nossas estruturas de APS causariam uma revolução na qualidade dos serviços prestados a nossa população.

3.2 Sistema Único de Saúde

A construção do SUS, ocorreu pela intensa mobilização de várias camadas populares da sociedade civil organizada, não sendo um movimento natural ou espontâneo, muito pelo contrário, foi um processo de maturação de conquistas que tem seu arcabouço na própria história de desenvolvimento do Brasil que discutiremos a seguir.

Brevemente é fundamental reconstituir o histórico de como se constituiu os pontos fundamentais da atenção a saúde no Brasil, que culminaram com SUS, que mesmo em construção e necessitando ser aperfeiçoado, significou um marco fundamental para a cidadania do nosso país.

A história da saúde no Brasil, toma vulto coma chegada da família Real Portuguesa no Brasil, pois antes o que existia era atuações esparsas e precárias, como a inauguração da primeira Santa Casa localizada em Santos em 1534, que só atendia brancos, não atendendo negros e atendendo de forma precária índios catequizados, o que refletia a sociedade com todas as mazelas da época, isto evoluiu de forma extremamente lenta, pois em 1746 apenas 6 médicos haviam sido nomeados para o cargo de cirurgião-mor para atender todo o território nacional.

Pela atuação de Dom João VI, são instituídas políticas de formação Médica no Brasil e a criação de juntas de Higiene Publica e da Inspeção de Saúde dos Portos, fundamentalmente para tentar garantir uma resposta para economia brasileira que era muito dependente dos portos do Rio de Janeiro e Santos que eram profundamente afetadas pelas epidemias de cólera, febre amarela e outras endemias.

No início do século XX , já vivendo o tempo republicano da nossa história, o mundo experimenta um grande avanço da bacteriologia e fisiologia, são criados inspirados nos avanços europeus os institutos como o Instituto Oswaldo Cruz, Pasteur, Butantã, Adolfo Lutz e Manguinhos que representaram um tremendo avanço para o país que tinha sua população morrendo precocemente de causas infecto contagiosas, condições que eram agravadas pela pobreza e subnutrição, destacam-se entre outros figuras

lendárias como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Carlos Chagas e Vital Brasil, grandes mitos da medicina brasileira.

Avançando para década de 20-30 do século XX, temos um farto marcante que é promulgação de Lei Eloí Chaves que gera os primórdios Previdência Social no Brasil, criando o sistema Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), inicialmente para os ferroviários, evoluindo posteriormente para Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs).

Outros direitos vão sendo aprofundados pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), promulgada em 1943, muitas das questões vigentes até hoje como 13 salário, férias remuneradas hora -extra etc.

Apenas na década de 50, mais especificamente em 1953, é criado o Ministério da Saúde (MS), que tenta organizar a incipiente interiorização dos recursos de saúde, que eram baseadas na educação sanitária e na tentativa de combate as principais endemias, ainda tínhamos um país rural, em que grande parte da população não tinha quase nenhum acesso a saúde como concebemos hoje, retratada de forma brilhante na obra de Monteiro Lobato pelo Jeca Tatu, brasileiro doente, um tanto indolente, morador de um Brasil rural, que vivia alienado de qualquer progresso.

Em 1960 é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que entre outras medidas assegura direitos previdenciários ao trabalhador rural, figura quase sempre esquecida de qualquer a ação da dita saúde pública e dos direitos sociais e funde as IAPs

Em 1964 ocorre o golpe militar no Brasil que ensaiava a consolidação dos direitos sociais a grande massa trabalhadora nos governos Juscelino e Joao Goulart, eleitos democraticamente, sendo instaurado uma ditadura militar que perdurou até a década de 80, quando se efetivou o paulatino processo de redemocratização do estado brasileiro.

Durante o regime militar é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (1966) que passa a tratar as pessoas veiculadas ao Ministério do Trabalho, ou seja, quem tinha carteira assinada usava o sistema público de saúde, quem não tinha ficava sob responsabilidade do Ministério da Saúde,

que sem os recursos necessários oferecia serviços quase sempre aquém das necessidades da população precisava, oficializando a política que tratava esta população como indigente e como cidadãos de segunda classe.

Este movimento que gerou a reforma sanitária foi regulamentado por meio de um engenhoso arcabouço jurídico:

Constituição de 1988 – art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (NEGRI, 2002)

Em 1990, a Lei nº 8080, no seu artigo 3º referia:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (NEGRI, 2002)

No eixo político-administrativo do SUS é de suma importância destacar a lei nº 8142 de 1990 que legitima a participação popular por meio da criação das Conferências e Conselhos de Saúde.

Como outros pontos marcantes ressalta-se a Norma Operacional Básica (NOB) que no ano de 1996 cria o piso de atenção básica (PAB) melhorando o processo de financiamento de toda atenção básica, através do repasse financeiro automático do fundo nacional de saúde para os fundos municipais de saúde, complementado pelo PAB variável grande política indutora do ponto de vista financeiro do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e PSF.

Outra importante regulamentação jurídica foram as Normas Operacionais da Assistência à saúde (NOAS- 2001/2002) que estabelece as responsabilidades dos municípios em relação as atividades de Atenção Básica (saúde da criança, da mulher, tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial, diabetes méltus, saúde bucal) e determina a construção de redes regionais e hierárquicas de serviços de saúde para que quando necessário haja continuidade em casos de maior complexidade.

Em 2006 o Saúde da Família e definido como estratégia que sistematiza a atenção básica com base nos atributos da APS, pela publicação do documento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006).

A Política de Redes de Atenção a Saúde em 2010, através da portaria n° 4.279, reforça que a construção de redes articuladas a parti da porta de entrada da APS, como elemento central no atendimento efetivo a população brasileira.

Em 2011 são ampliados os conceitos de porta de entrada do SUS, permanecendo a APS como ordenadora do sistema de saúde através do Decreto n° 7.508.

3.3 Estratégia Saúde da Família

A implementação do Programa Saúde da Família no Brasil teve origem quando o Ministério da Saúde (MS), em 1991, cria o Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS), na região nordeste (áreas com os maiores indicadores de pobreza e miséria), com o objetivo central de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e as periferias urbanas, tendo como prioridade a educação para a saúde e a atenção ao grupo materno-infantil.

Em 1994, o Ministério da Saúde oficializa a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que tem a finalidade de contribuir para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) efetivando os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e racionalidade.

A portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabeleceu as seguintes características ao PSF; ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atuam, buscando o cuidado das pessoas e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre uma postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população, sendo um espaço de construção da cidadania.

A inserção do PSF de forma sistêmica nos serviços de saúde fortifica a Atenção Básica e coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais que atestam, que um sistema de saúde com forte base em Atenção Primária torna-se mais eficiente e equânime, mesmo em situações de grande iniquidade social. (SOUZA, 2002, p.222)

Com a promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, o PSF, passa a ser considerado uma Estratégia, sendo denominado a partir de então Estratégia Saúde da Família(ESF), por assumir um caráter abrangente, solidificado em todo o território nacional, não cabendo portanto a denominação de programa.

Em 2012 a PNAB, ratifica as atribuições dos membros da ESF, integra de forma mais clara a política de atendimentos em redes de assistências articuladas como grande eixo de construção de políticas públicas na saúde.

De forma gradual e contínua a ESF vem se consolidando como a grande política nacional para Atenção Básica em todo território nacional,

sendo responsável hoje por mais da metade do atendimento desta modalidade no Brasil em municípios de todos os tamanhos e com complexidades variadas que passam de áreas rurais e longínquas, a grandes centros urbanos e metrópoles , tendo diversas respostas satisfatórias em indicadores vitais na gestão do acesso, do cuidado e da vulnerabilidade, provocando impacto substanciais nos indicadores de morbimortalidade desde de sua implantação.

3.4 Política de Educação no Ensino Médico/Internato

O relatório Flexner marcou profundamente o ensino médico no mundo estabelecendo novos paradigmas para a organização das escolas americanas:

Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, a realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento elaborado após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, reforça a luta pelo ideário científico da medicina. Um novo paradigma médico surge desse episódio: a Medicina Científica, ou Flexneriana, passa a nortear a formação dos futuros médicos e se insinua na reconstituição do próprio processo de trabalho médico. (AGUIAR, 2007, p.17)

O caráter científico baseado nos avanços biológicos representou grande avanço para o seu contexto histórico da época, estruturando os currículos médicos a partir da lógica que buscava a especialização, incentivo a pesquisa biológica e vinculando as escolas médicas as universidades. O relatório Flexner apresentava como propostas:

Definir padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica. (AGUIAR, 2007, p.17)

Sob influência destes paradigmas o ensino médico migrou para práticas que privilegiavam atividades no âmbito hospitalar, gerava a especialização médica como objetivo de formação para estudantes e focava a maior parte dos esforços dos profissionais na cura do adoecimento, visão antagônica aos princípios da APS que só tiveram maior desenvolvimento na segunda metade do século.

A evolução do ensino médico no Brasil, passou pelos movimentos da Reforma Sanitária, se consolida com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e é ratificada pela Assembleia Nacional Constituinte de 1998. O desenvolvimento desse processo no campo da Educação Médica tem sua continuidade em 2001 com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Graduação em Medicina, sendo ratificado pela DCN-2014.

Faz parte das DCN – 2014, do Curso de Graduação em Medicina:

Art.3º O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacidade a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. [...]. Parágrafo Único – A formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. (BRASIL, 2014)

O novo perfil de egresso médico provoca em todo aparelho formador sérios questionamentos, impactando toda a estrutura dos projetos políticos pedagógicos ensejando mudanças de metodológicas nos processos de ensino e avaliação.

Art. 12 Utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. [...] Vincular, através da integração ensino-

serviço, a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. (BRASIL, 2014)

Sobre o ensino médico em Atenção Primária, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a ABEM, em 2009 estabeleceram as diretrizes para o ensino médico no âmbito da APS ressaltando a relevância do estabelecimento de momentos formativos:

Momentos formativos - destacam-se as seguintes orientações gerais quanto aos tempos de inserção do ensino da APS nas grades curriculares de Medicina: deve ser uma inserção longitudinal e com continuidade ao longo do curso, num modelo em espiral crescente de complexidade e, de preferência, com atividades na APS em todos os períodos (semestre ou anos) do curso; devem ser incluídas, desde o primeiro ano, atividades envolvendo as abordagens do indivíduo, da família e da comunidade, de forma integrada; devem ser introduzidos módulos, disciplinas, unidades educacionais ou estágios de APS centrados na clínica do médico de família (método clínico centrado na pessoa), nos ciclos e anos intermediários (terceiro e quarto anos e períodos correspondentes); as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) adquiridas ao longo dos anos na APS, incluindo os estágios práticos, devem ser mais bem sedimentadas durante o internato (quinto e sexto anos), em estágios de treinamento clínico em serviços de APS, sob supervisão. (SBMFC, 2011)

Quanto às diretrizes metodológicas e estratégias didáticas:

Inserção significativa, com objetivos claros de ensino-aprendizagem e cronograma de trabalho, evitando-se apenas estágios de observação; com estratégias que impliquem o estudante na responsabilização do cuidado, contribuindo efetivamente para o serviço em que ocorre a prática, construindo projetos terapêuticos em conjunto nas equipes de APS dentro de cada unidade; metodologias dialógicas e ativas de ensino-aprendizagem como referência no ensino na APS, integrando prática e teoria, problematizando a realidade e possibilitando a reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos de forma espiral (progressiva) e com diversidade de cenários e atividades; favorecimento de ambiente multi e interdisciplinar e atuação conjunta com estudantes e profissionais de outras áreas; inserção no contexto do desenvolvimento das habilidades clínicas,

com foco no seguimento de pessoas e famílias, desde o início da graduação; integração com outras disciplinas do curso de Medicina, possibilitando espaços de troca, tanto ao longo do curso como num semestre específico; estímulo para a utilização adequada e contextualizada de condutas clínicas baseadas em evidências científicas, estimulando e aproximando o estudante da investigação e produção científica; ao mesmo tempo, singularizando o processo de produção do cuidado, com foco nas pessoas e comunidades; pactuação conjunta com as equipes de APS, gestor local e com a comunidade das atividades e ações individuais e coletivas a serem realizadas pelos estudantes; incentivo para a utilização de estratégias de ensino à distância e telessaúde; busca de integração com pesquisa e extensão; utilização de métodos avaliativos formativos, além dos somativos, os quais sejam contextualizados e adequados ao desenvolvimento da competência em APS. (SBMFC, 2011)

No tocante aos espaços formativos, os cenários desejados para o ensino médico devem ter as seguintes características:

Entende-se, como cenários ou equipamentos de APS adequados enquanto espaços formativos para a graduação em Medicina unidades, equipamentos de saúde e redes de apoio social próprios de APS, incluindo o sistema suplementar, desde que possibilitem o desenvolvimento das competências definidas nestas diretrizes, dentro da lógica definida atualmente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³, com estrutura adequada para receber atividades de ensino e estudantes; a estrutura adequada deve ser pactuada entre os atores da integração ensino-serviço-gestão e comunidade, com base nas diretrizes de qualidade do Ministério da Saúde e da Educação, levando-se em consideração: a existência de um número e tamanho adequados de salas de atendimento individual e coletivo para participação efetiva dos estudantes nas atividades da equipe de APS; a existência de espaço físico de estudo e conforto para os estudantes, com acesso ao material bibliográfico próprio da APS; a existência de meio de transporte público que permita o acesso adequado dos estudantes às unidades e aos equipamentos de saúde; o estabelecimento de instrumentos jurídico-legais firmados entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o gestor municipal, os quais estabeleçam o desenvolvimento de atividades em longo prazo, com a inclusão de colegiados gestores paritários, tendo a participação de estudantes e do controle social; Unidades de Saúde da Família ou similares, integradas à rede municipal de saúde, articuladas em todos os níveis do sistema, com estímulo para que as IES participem no desenvolvimento dessa rede; preferencialmente, concentrando as atividades em determinado território ou distrito, a fim de permitir melhor acompanhamento, continuidade e contextualização do desenvolvimento das atividades, integrando os diversos equipamentos da rede de atenção à saúde; preferencialmente em Unidades de Saúde

que tenham Programas de Residência em MFC; utilizando equipamentos comunitários enquanto espaços de formação.(SBMFC, 2011)

As DCN impactam a organização do Internato Médico, que teve discussões iniciais para sua criação desde a década de 60 no âmbito da Associação Brasileira do Ensino Médico (ABEM) que provocou a discussão do ciclo do internato que corresponderia a estruturação do 6º ano médico, movimento consolidado pela reforma sanitária de 1968. O parecer 506/69 do MEC define o Internato como estágio obrigatório do curso médico que pode ser realizado em hospitais e centros de saúde.

Define-se Internato Médico como:

Último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica. (MEC, 1984)

Tendo como objetivos, segundo o Manual do Internato:

Representar a última etapa da formação escolar do médico geral, dando-lhe capacidade de resolver, ou bem encaminhar, os problemas de saúde da população a que vai servir; oferecer oportunidades para ampliar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de graduação; desenvolver no aluno as competências e habilidades indispensáveis ao exercício da medicina; promover o aperfeiçoamento, ou a aquisição, de atitudes adequadas à assistência aos pacientes; possibilitar a prática da assistência integrada, pelo estímulo à interação dos diversos profissionais da equipe de saúde; proporcionar uma experiência acadêmico-profissional através da vivência no mercado de trabalho hospitalar e extra-hospitalar; estimular o interesse pela promoção e preservação da saúde e pela prevenção das doenças; desenvolver a consciência das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico, perante o paciente, a instituição e a comunidade; aprimorar hábitos e atitudes éticas e humanas; fortalecer a ideia da necessidade de aperfeiçoamento profissional continuado. (MEC,1984)

Por ser a etapa derradeira na formação da graduação médica no Brasil , o internato médico é revestido de muito simbolismo para o estudante de medicina, época em que se avizinha o final do curso e se aproxima do estudante o grande desafio profissional que está por vir, geralmente precedido por um momento de intenso conflito, pois é chegada a hora da escolha da especialidade médica a ser escolhida, o local de trabalho ou de residência médica a ser cursada, etapa precedida por uma prova ou seleção para o ingresso, nem sempre bem elaborada, nem sempre justa.

3.5 Avaliação no Internato Médico

O processo de avaliação tem aspecto fundamental na aprendizagem e no ensino, pois consolida uma visão dialógica, democrática e franca na relação docente-discente.

Segundo (LUCKESI, 1997, p.166):

A avaliação da aprendizagem necessita para cumprir seu verdadeiro significado, assumir a função de subsidiar a construção da aprendizagem bem sucedida. A condição necessária para que isto aconteça é que deixe de ser utilizada como um recurso de autoridade, que decide sobre os destinos do educando, e assuma o papel de auxiliar o crescimento.

Portanto o momento de avaliação não é apartado da construção da aprendizagem, muito pelo contrário, o processo de avaliação é parte intrínseca desta construção, pois permite quando sua execução é bem implementada a consolidação e avanço no desenvolvimento de competências que devem estar claras e pactuadas por professores e alunos.

Não se pode pensar em um ensino avançado, quando este é acompanhado por uma avaliação arcaica e castradora, que reforça paradigmas de poder, não possibilitando a crítica e a reflexão, porém, mesmo em uma avaliação democrática e plural, não se

exclui a hierarquia e o respeito entre docente e discente, estando muito claro o que se espera de cada membro e seus papéis nesta empreitada.

A avaliação deve portanto balizar e ampliar o desenvolvimento tanto das aprendizagens dos discentes, como ser parâmetro para a reflexão do docente sobre as estratégias de ensino, promovendo para ambos um fundamental recurso para reflexão e aperfeiçoamento de suas atividades.

O processo avaliativo segundo vários autores assumem diversas estruturas e formatos, que discutiremos a seguir:

A **Avaliação Formativa** que dentro da lógica construtivista destaca-se como altamente desejável, pois entre outras questões aponta elementos fundamentais para avaliação como:

Não se trata de verificar de forma continuada, o quanto o aluno está aprendendo do conteúdo, mas de ajudar a refletir sobre o processo. Isso possibilita uma tomada de consciência das estratégias de pensamento que o aluno está utilizando para progredir na aprendizagem proposta. (PERRENOUD, 1999)

A parti deste conceito refletimos sobre a necessidade da avaliação formativa ter um caráter processual, acompanhando as várias etapas do ensino, promovendo reflexões sobre o seu desenvolvimento e propiciando subsídios para reforço ou mudanças nas estratégias educativas utilizadas para o progresso na aprendizagem.

A avaliação na dimensão formativa favorece sobre maneira uma postura dialógica e de troca entre professor e estudante, podendo ser utilizada várias estratégias pedagógicas para o alcance de tal objetivo:

O processo avaliativo apresentou como pressuposto nuclear a dimensão formativa, envolvendo autoavaliação, portfólio, observação participante, trabalhos individuais e grupais, além do trabalho de conclusão de curso. Investiu-se num percurso avaliativo estruturado a partir de uma triangulação entre o olhar do aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e a dinâmica de ensino implementada (autoavaliação e portfólio), o olhar dos pares (heteroavaliação feita

pelos colegas) e o olhar do professor por meio de comentários orais e pareceres escritos. As autoavaliações, realizadas em todas as sessões tutoriais e de consolidação, objetivaram repensar o desenvolvimento dos alunos, a participação individual no processo da aprendizagem, o envolvimento dos professores e os rumos do curso. (BATISTA, 2005)

Ao adotar uma avaliação formativa, o docente assume a responsabilidades por características singulares, como estar aberto para o diálogo com o discente, discutindo o aprendizado proporcionado pelo curso, numa postura de troca, onde a hierarquia é ancorada no respeito mútuo e as lacunas de aprendizagem são compreendidas como desafios para todos os envolvidos nos processo.

A avaliação formativa por sua natureza construtivista abre espaço para utilização de diversas estratégias, sendo um ponto fundamental em todas elas o feedback, que permite a troca, o aperfeiçoamento e interação não só entre aluno e mestre, mas entre os próprios alunos em um rico processo de aprendizagem e avaliação compartilhada.

A avaliação formativa tem um papel relevante na melhoria da eficácia global do processo de ensino.

Uma avaliação formativa ajuda o aluno a compreender e a se desenvolver. Colabora para a regulação de suas aprendizagens, para o desenvolvimento de suas competências e o aprimoramento de suas habilidades em favor de um projeto. Um professor comprometido com a aprendizagem de seus alunos utiliza os erros, inevitáveis, sobretudo no começo, como uma oportunidade de observação e intervenção. Com base neles, propõe situações- problema cujo enfrentamento requer uma nova e melhor aprendizagem, possível e querida para quem realiza (MACEDO, 2007, p.118)

Consideramos portanto, a avaliação formativa como indispensável para o ensino bem sucedido, pois identifica as situações de fragilidade, permitindo as reformulações para o alcance da aprendizagem desejada por todos os atores, colocando-se num patamar de transformadora das relações entre docente e discente, entre discente e discentes, o que impacta diretamente a relação do estudante com o meio em que vive, para o presente e principalmente para o futuro.

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos para autoridades, se necessita de estar sendo com as liberdade e não contra elas. (FREIRE, 1987, p. 68).

A Avaliação Emancipatória como um novo conceito avaliativo traz para a discussão um olhar de promoção dos sujeitos, em que os discentes tem a habilidade de perceber suas fragilidades e deficiências e elaborar propostas e caminhos para a superação das mesmas.

A avaliação emancipatória caracteriza-se como um processo de descrição, análise e crítica de uma realidade, visando transformá-la. [...] Está situada numa vertente político-pedagógica cujo interesse primordial é emancipador, ou seja, libertador, visando promover a crítica, de modo a libertar o sujeito de condicionamentos deterministas. O compromisso primordial desta avaliação é o de fazer com que as pessoas direta ou indiretamente envolvidas em uma ação educacional escrevam a sua própria história e gerem suas próprias alternativas de ação (SAUL, 1995, p .61)

Por este entendimento a avaliação dita emancipatória visa a autonomia com responsabilidade para o discente, através de processos reflexão-ação-reflexão para a superação de problemas que surgem no seu desenvolvimento, dotando-o inclusive de um instrumental riquíssimo para toda sua vida, pois o trabalhador do campo da saúde precisa constantemente se avaliar mediante os novos desafios que se apresentam na sua trajetória profissional.

A Avaliação somativa, segundo Mediano, em 1977, é avaliação que ocorre no final de um curso, de um semestre ou de um determinado espaço de tempo. Sua principal característica é de se realizar ao término de algum período, com a finalidade de proporcionar uma nota ou um conceito. Dentro do que foi exposto a avaliação somativa permite poucas possibilidades de ressignificar ou recuperar as competências desejadas, sendo do ponto de vista pedagógico insuficientes quando utilizadas isoladamente.

Neste contexto a avaliação somativa, pode empobrecer este processo como um todo, pois pode servir como um elemento que classifica, que rotula, o aproveitamento dos discentes após uma etapa percorrida, tendendo a reforçar características de reprodução de conteúdos ministrados, sem apresentar propostas que convidem a uma postura reflexiva e crítica.

Segundo Haydt (2000), a principal intencionalidade da avaliação somativa é classificar o aluno para determinar se ele será aprovado ou não e estando portanto ligado à noção de medir seu aprendizado.

Medir significa determinar a quantidade, a extensão ou o grau de alguma coisa, tendo por base um sistema de unidades convencionais. Na nossa vida diária estamos constantemente usando unidades de medidas, unidades de tempo. O resultado de uma medida é expresso em números. Daí a sua objetividade e exatidão. A medida se refere sempre ao aspecto quantitativo do fenômeno a ser descrito. (HAYDT 2000, p. 9)

Segundo estes pressupostos, a avaliação somativa carrega consigo uma herança ideológica centrada na educação bancária, na memorização de conceitos e paradigmas já construídos, não permitindo o salto para um processo que envolva o discente no desenvolvimento de suas competências, relegando a este um papel passivo, devendo portanto não ser utilizada como método único nas avaliações, pois não consegue apontar para a educação que se aspira na construção de um projeto de ensino efetivo;

A Avaliação Diagnóstica, segundo Haydt (1997) é aquela realizada no início ou final do curso, período letivo ou unidade de ensino, com a intenção de constatar se os alunos apresentam ou não domínio dos pré-requisitos necessários, isto é se possuem os conhecimentos e habilidades imprescindíveis as novas aprendizagens.

Não existe uma unanimidade no conceito da avaliação diagnóstica entre todos os estudiosos, muitos consideram que sua maior aplicabilidade é alcançada no início de um processo de aprendizagem, possibilitando a observação aos docentes de questões fundamentais acerca do conhecimento prévio dos discentes, dando elementos para um planejamento adequado sobre as melhores estratégias de ensino a ser empregadas para que se alcance o desenvolvimento esperado naquele processo ou etapa de ensino.

A função diagnóstica da avaliação obriga a uma tomada de decisão posterior em favor do ensino, estando a serviço de uma pedagogia que visa a transformação social. A avaliação deve estar comprometida, assim, com uma proposta histórico- crítica. (SANTOS e VARELA, 2007)

Diante do exposto presume-se de forma clara que para que sejam atingidas o perfil desejado dos egressos dos cursos médicos contidos nas DCN 2014, é necessário a superação do modelo de avaliação apenas somativo, devendo-se privilegiar processos que primem pela corresponsabilização do aluno na construção do seu conhecimento gerando no professor um compromisso fundamental com o feedback e tornando a avaliação muito mais do que uma etapa formal do processo de ensino e sim um momento de reflexão conjunta dos pontos positivos e fragilidades deste processo.

Presume-se pela discussão realizada que o docente deve estar muito preparado e consciente do papel estruturante da avaliação no processo de ensino. Este momento não pode ser negligenciado, não cabendo improvisos.

A avaliação é um processo contínuo. Portanto ela não pode ser esporádica nem improvisada, mas ao contrário deve ser constante e planejada. Nessa perspectiva a avaliação faz parte de um sistema mais amplo que é o processo de ensino aprendizagem, nele se integrando. (HAYDT, 1997, p.13)

Nos processos de avaliação se busca a identificação de lacunas singulares no processo de aprendizagem dos estudantes, bem como a verificação da aquisição das competências na esfera cognitiva, psicomotora e afetiva. Competência, conceito entendido neste estudo conforme definição:

O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem entender o mundo; a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido e a atitude diz respeito aos aspectos sociais e afetivos

relacionados ao trabalho, que explicam o comportamento normalmente experimentado pelo ser humano no seu ambiente de trabalho. Dutra (2004 apud RUTHES, CUNHA, 2008, p. 71)

A aquisição destas competências são necessárias e indispensáveis para o exercício profissional de acordo com os mais elevados padrões éticos e o genuíno engajamento na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e no desenvolvimento da APS, elementos importantes na construção de políticas públicas que diminuam as iniquidades sociais e gerem transformações positivas para a nossa sociedade.

METODOLOGIA

4 – METODOLOGIA

4.1 Fundamentação metodológica

Para atingir os objetivos dessa pesquisa optamos por uma pesquisa do tipo estudo de caso com abordagens qualitativa e quantitativa.

O estudo de caso se justifica quando se deseja compreender fenômenos sociais complexos (Yin, 2005), propiciando uma investigação significativa de eventos da vida real. O estudo de caso representa a estratégia preferida quando se utilizam indagações do tipo “como” e “por que”. O objeto da pesquisa se adequa a natureza pretendida no estudo de caso por se tratar de um fenômeno social complexo, com relação intrínseca a eventos significativos do cotidiano do grupo de preceptores e internos.

No que se refere aos questionamentos chaves, vemos que ele se relaciona a questão “como” quando se utiliza a seguinte pergunta norteadora: “como os preceptores e internos compreendem a avaliação formativa no interno em APS?”. Em relação ao questionamento que utiliza a indagação “por que”, se verifica na pergunta: “Por que a partir da percepção de internos e preceptores esta avaliação formativa em APS propicia ou não momentos de troca, diálogo, feedback, aprendizagem compartilhada e parâmetros para a tomada de novas decisões?”.

Outras duas características que corroboram com a escolha do estudo de caso para esta pesquisa é que, neste estudo, não temos controle sobre os eventos comportamentais dos pesquisados e o presente estudo analisa acontecimentos contemporâneos.

“A essência de um estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, o motivo pela qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. (SCHRAMM, 1971). Por este prisma, pensando na questão da decisão que levou a proposta de investigação de uma avaliação do internato, o motivo que a ensejou e sua implementação, vemos que o estudo de caso se adequa de forma singular a esta pesquisa.

O estudo de caso pode ser baseado na mescla de provas qualitativa e quantitativas. A pesquisa qualitativa segundo Minayo (2010, p.21-22):

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis.

Com relação à pesquisa quantitativa, Minayo (2010):

Assinalam que ela irá tratar de aspectos como probabilidades, associações estatisticamente significantes, fundamentais para o reconhecimento de uma realidade.

A combinação das pesquisas, quantitativas e qualitativas, quando harmonicamente conduzidas, propiciam uma visão mais global e abrangente do objeto de estudo e responde aos seus objetivos.

4.2 Contexto da pesquisa

Como já foi mencionado, este programa de internato médico iniciado em 1989 funciona de forma ininterrupta segundo as DCN, sendo desenvolvido nas unidades de saúde da ESF da APS Santa Marcelina.

A forma que se procede a avaliação destes internos se propõe a ter um caráter formativo, com múltiplas estratégias pormenorizadas a seguir:

1. **Heteroavaliação** - é realizada pelo preceptor, na metade e no final do estágio, por meio de uma escala de 0 a 10, onde os estudantes são avaliados nos aspectos de responsabilidade, pontualidade, frequência, ética, postura social, espírito de equipe, relação interno-paciente, interno-preceptor e domínio do conteúdo teórico com *feedback* aos internos.

2. **Autoavaliação** – são avaliados os mesmos aspectos, pelos próprios internos.
3. **Portfólio Reflexivo** – são apresentados no final do estágio casos clínicos reais com os devidos cuidados éticos, que tenham se apresentado como desafiadores do processo de aprendizagem para os internos e constem dos portfólios construídos durante o estágio. Estes casos devem conter, além de toda propedêutica médica, visita domiciliar, onde deve ser construído um genograma e escore de vulnerabilidade familiar. A conduta terapêutica deve sempre permitir conter os pressupostos de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, além de ressaltar o trabalho em equipe.
4. **Prova Teórica** – elaborada com os conteúdos vivenciados durante o estágio.
5. **OSCE** – situações simuladas, baseadas num roteiro predefinido onde são avaliados o desempenho do aprendiz nas referidas situações/estações. Nestes momentos são realizadas gravações destas consultas simuladas com consentimento de cada interno, com discussão posterior da aquisição das competências esperadas.

No internato, os preceptores constituem um grupo de 25 médicos que atenderam os critérios de atuação mínima de 3 anos como médico de família e comunidade, ou que sejam egressos da residência médica em saúde da família e comunidade ou titulados como especialistas em medicina de família e comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Os internos são estudantes de medicina oriundos de escolas médicas de vários estados brasileiros que firmam contrato de parceria com a Instituição de Ensino Superior Santa Marcelina como preconizado nas DCN. As faculdades de medicina que atualmente enviam seus alunos para o internato são dos estados de Goiás, Tocantins, Rio de Janeiro e Paraíba. As turmas são compostas por 50 estudantes tendo estágio em APS a duração de 4 meses. Os alunos ao iniciarem o curso, estão no 5º ou 6º ano da graduação de medicina, podendo ou não cursar os outros estágios do internato no hospital Santa Marcelina (pediatria, clínica médica, pronto socorro e ginecologia e obstetrícia).

4.3 População do Estudo

A pesquisa contou com o universo de 22 preceptores, dos quais 14 responderam a Escala *Likert* e de 50 internos, dos quais 41 responderam à escala. Os participantes da pesquisa tinham a seguinte características.

GRÁFICOS INTERNOS

Quanto ao número de internos que responderam à pesquisa, temos:

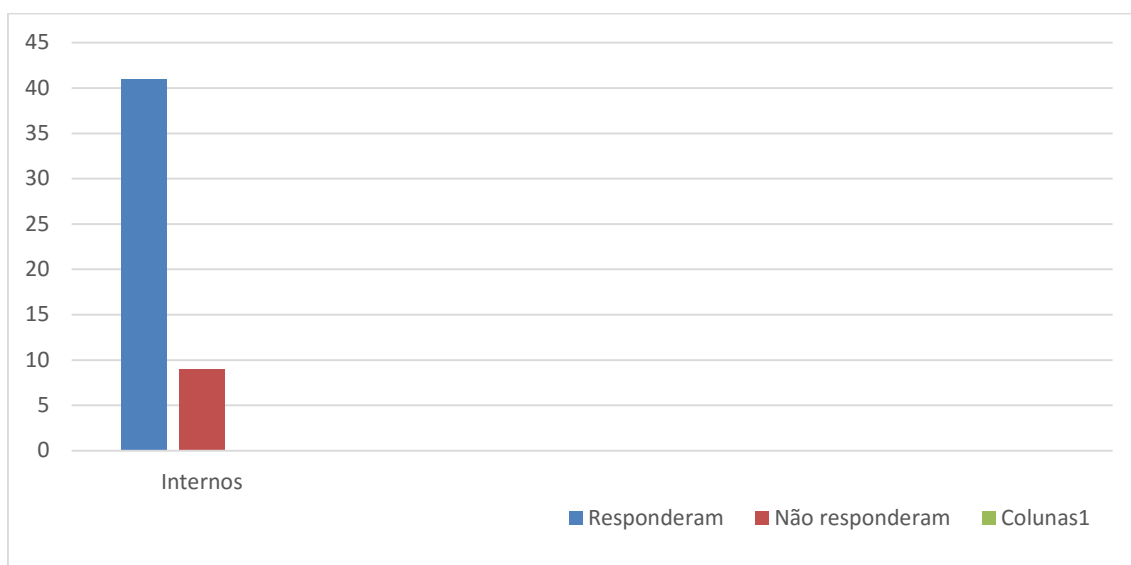


Gráfico 1: Número de Internos pesquisados que responderam a escala Likert

Quanto a faixa etária dos internos respondentes temos:

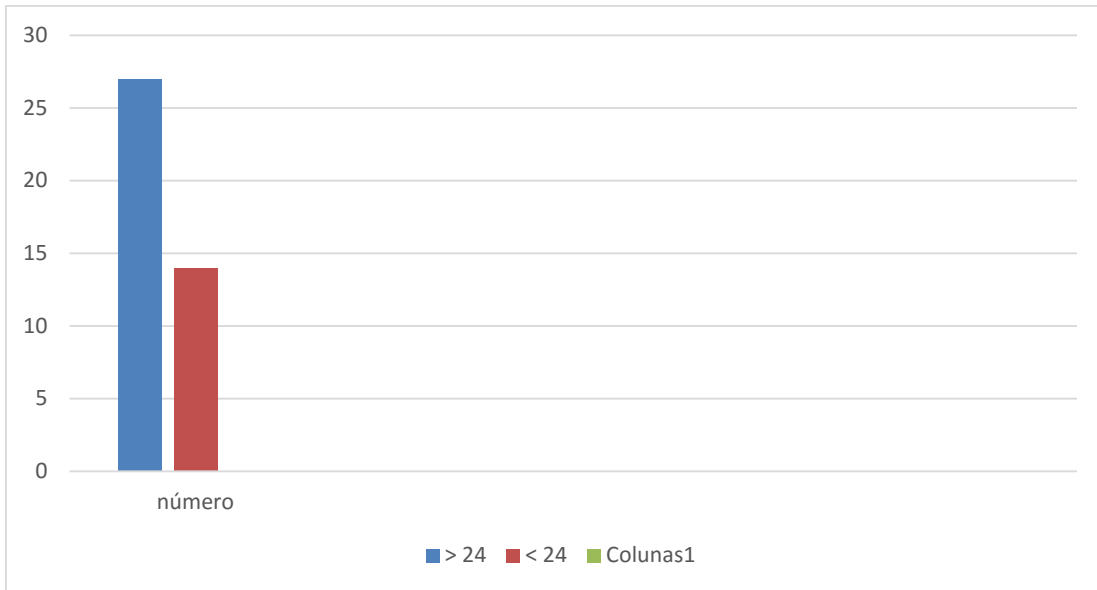


Gráfico 2: Faixa etária dos internos que responderam a escala Likert

GRÁFICOS PRECEPTORES

Quanto ao número de preceptores respondentes, temos:



Gráfico 3: Número de preceptores que responderam a escala Likert

Quanto a formação pregressa dos preceptores, temos:

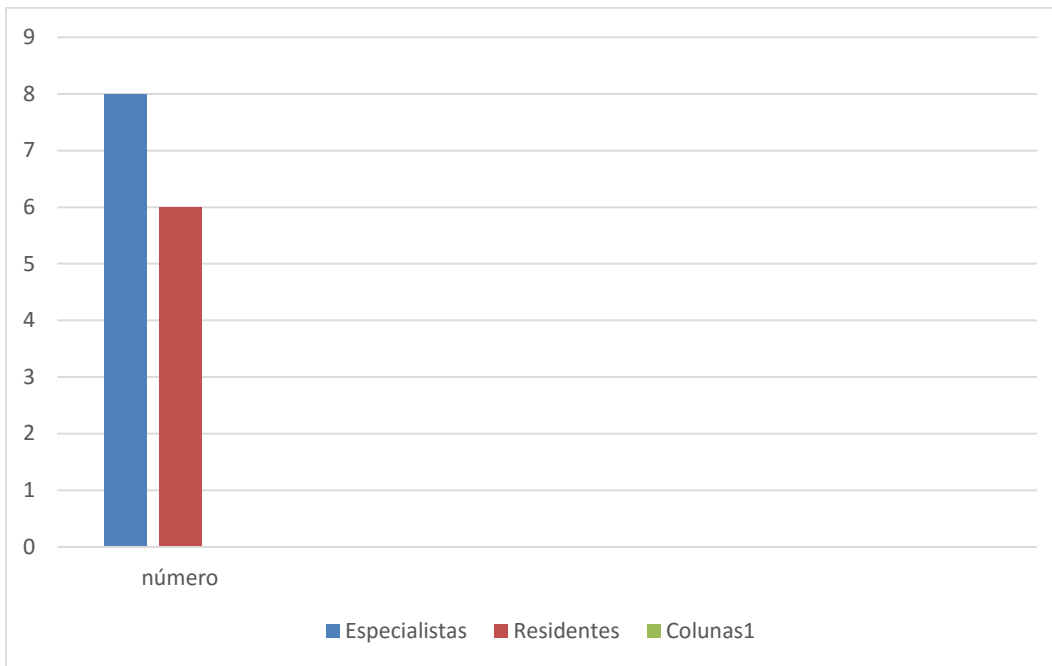


Gráfico 4: Perfil de formação dos preceptores que responderam a escala Likert

Quanto ao tempo de atuação na preceptoria dos profissionais, temos:

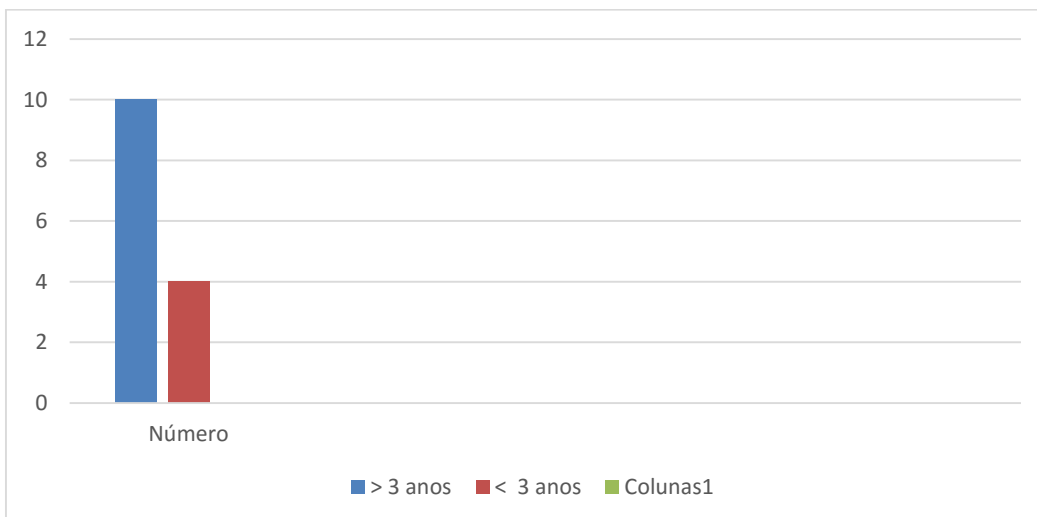


Gráfico 5: Perfil do preceptor por tempo de atuação em preceptoria

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

A realização da coleta de dados foi realizada em uma única etapa na qual foi aplicado um instrumento elaborado com escala atitudinal do tipo *Likert* aos internos e preceptores.

A escala *Likert* se propõe a captar as percepções dos estudantes e preceptores sobre as questões estruturantes da avaliação do internato em APS do Internato em APS no Complexo Santa Marcelina.

A modalidade da escala *Likert* utilizada nesta pesquisa investigou quatro categorias ordinais (1 – discordo plenamente, 2 – inclinado a discordar, 3 – inclinado a concordar, 4 – concordo plenamente) em relação às asserções propostas.

A escala *Likert* procurou averiguar a concordância ou discordância com assertivas propostas aos internos e preceptores em 04 dimensões distintas:

- a. A avaliação do desenvolvimento de Competência
- b. O caráter Formativo da Avaliação
- c. A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos
- d. A meta-avaliação

a. A dimensão do desenvolvimento de competência.

A escolha das assertivas para esta dimensão baseou-se em alguns pressupostos da literatura, bem como nas recomendações das DCN para formação em Medicina.

“A competência médica é o convênio entre conhecimentos, habilidades e atitudes comparáveis a um comportamento adequado e cabível para o saber fazer algo”. (LAFUENTE, 2007)

“As competências básicas a serem conquistadas a capacidade de aprender a aprender. São exemplos destas competências: comunicação verbal, leitura e escrita, trabalho em equipe, resolução de problemas e domínio de línguas estrangeiras”. (HUERTAS, 2000)

As competências são um conjunto de capacidades práticas e conhecimentos organizados capazes de mobilizar seus conhecimentos (saberes) habilidades (saber-fazer) atitudes (saber como), em seu cotidiano. (DEFFUNE, 2000)

As Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizam que a graduação médica deve propiciar o desenvolvimento de conhecimento, habilidades e atitudes gerais e específicas apesar da complexidade desta missão, o processo avaliativo do internato

deve estar atento para o desenvolvimento dessas competências no estudante. (BRASIL, 2014)

Para esta dimensão propomos as seguintes assertivas:

- *O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento dos conhecimentos esperados pelos estudantes para atuação de forma resolutiva e segura sobre as principais necessidades da população;*
- *O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das habilidades esperadas pelos estudantes nas ações fundamentais nas práticas clínicas em APS;*
- *O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das atitudes esperadas pelos estudantes pautadas no respeito aos sujeitos da assistência e no cuidado da relação médico-paciente;*
- *O processo avaliativo do internato procurou analisar o desenvolvimento da comunicação verbal dos estudantes na relação com a sua prática profissional;*
- *O processo avaliativo do internato procurou averiguar o desenvolvimento do domínio da escrita nos processos de construção de histórias clínicas por parte dos estudantes em suas atividades;*
- *O processo avaliativo do internato procurou avaliar o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe nas atividades dos estudantes;*
- *O processo avaliativo do internato procurou avaliar o desenvolvimento da capacidade para resolução de problemas reais nas práticas dos estudantes;*

b. Caráter Formativo da Avaliação

Partimos do pressuposto de que a dimensão do caráter formativo é uma das bases para a construção de um processo educativo democrático e plural que propicie para estudantes e professores *feedbacks*, momentos de

troca, aprendizagem compartilhada e parâmetros para novas tomadas de decisões.

Quando esta prática é assumida ela deve permitir a reflexão do estudante sobre seu próprio desenvolvimento, a análise crítica dos preceptores/tutores que lidam com seus estudantes no cotidiano, e o envolvimento da coordenação do programa num processo contínuo de troca entre estes atores para aquisição dos objetivos acordados e na busca efetiva pelas necessidades de saúde da população, numa lógica de respeito e horizontalidade entre os segmentos envolvidos.

“A avaliação formativa visa fornecer aos alunos feedback de seus progressos, considerando avaliações feitas em diferentes momentos e instrumentos”. (HADJI, 2011)

A autora comenta também que a avaliação formativa é capaz de permitir ao aluno a crítica à realidade, a libertação do sujeito, a saída do imediatismo pedagógico, permitindo ao aluno questionar e refletir sobre determinado assunto.

A avaliação formativa pode utilizar os erros, inevitáveis sobretudo no começo, como um uma oportunidade de observação e intervenção. Com base neles, propõe situações-problemas cujo enfrentamento requer uma nova e melhor aprendizagem, possível e desejada para quem a realiza. (MACEDO, 2007)

Ainda,

A avaliação formativa reforça a ideia de que a avaliação, no desenvolvimento global do currículo, é uma ocasião a mais de aprendizagem e não a interrupção da mesma, tampouco “um prestar contas” mecânico e rotineiro “de” e “sobre” a informação recebida e acumulada previamente. (CIPRIANO, 2007)

Para esta dimensão propomos as seguintes assertivas:

- *O processo avaliativo do internato propiciou feedback aos alunos;*
- *O processo avaliativo do internato na propiciou parâmetros para novas tomadas de decisões;*
- *O processo avaliativo do internato propiciou momentos de diálogo;*
- *O processo avaliativo do internato propiciou aprendizagem compartilhada;*
- *O processo avaliativo do internato utilizou a auto avaliação dos estudantes como processo de construção e aperfeiçoamento de suas competências;*
- *O processo avaliativo do internato propiciou momentos de reflexão sobre a importância e intencionalidade de cada estratégia avaliativa;*
- *O processo avaliativo do internato contemplou os vários momentos de estratégia avaliativa como etapas estruturantes na formação dos estudantes;*

c. A diversidade e complementaridade dos métodos avaliativos

Nesta dimensão consideramos que a combinação de métodos avaliativos deve ser construída para identificar as lacunas na aquisição das competências, singulares ou coletivas nas esferas cognitivas, psicomotoras e afetivas.

Esta combinação de métodos avaliativos deve permitir a docentes e discentes a capacidade de perceber os pontos fortes e fragilidades no processo educativo, assumindo um papel de protagonista nestas ações. Esta combinação permite a construção de uma lógica plural que não privilegie a memorização de conteúdos teóricos sem o desenvolvimento das habilidades para executá-las.

Os processos avaliativos utilizados no internato continham cinco momentos distintos: prova teórica, autoavaliação, heteroavaliação, OSCE e portfólio reflexivo, esta

diversidade de estratégias tinha a pretensão de ter um caráter complementar na aquisição de competências

Por fim é preciso ressaltar que a o processo avaliativo deve buscar um diálogo com um perfil de egresso que vem ao encontro das necessidades do país sendo muito difícil esta busca baseada em modelos únicos de avaliação.

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacidade a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2104)

A diversidade de métodos avaliativos vem sendo por apontado como peça chave na estruturação de uma avaliação vigorosa e capaz de cumprir um dos seus objetivos fundamentais que é a participação efetiva de discentes e docentes na construção de conhecimentos e parti do diálogo e da reflexão.

O processo avaliativo apresentou como pressuposto nuclear a dimensão formativa, envolvendo autoavaliação, portfólio, observação participante, trabalhos individuais e grupais, além do trabalho de conclusão de curso. Investiu-se num percurso avaliativo estruturado a partir de uma triangulação entre o olhar do aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e a dinâmica de ensino implementada (autoavaliação e portfólio), o olhar dos pares (heteroavaliação feita pelos colegas) e o olhar do professor por meio de comentários orais e pareceres escritos. As autoavaliações, realizadas em todas as sessões tutoriais e de consolidação, objetivaram repensar o desenvolvimento dos alunos, a participação individual no processo da aprendizagem, o envolvimento dos professores e os rumos do curso. (BATISTA 2005)

Para esta dimensão propomos as seguintes assertivas:

- A combinação de estratégias avaliativas no internato contribuiu para aquisição das competências (conhecimento, habilidade e atitude), de forma harmoniosa e equilibrada;
- A combinação de estratégias avaliativas no internato contribuiu para a formação de profissionais mais hábeis na resolução de problemas;
- A combinação de métodos avaliativos no internato contribuiu para formação de profissionais com caráter crítico e reflexivo;
- A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para formação de um profissional com caráter generalista, capaz de atuar em todos os ciclos de vida;
- A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para a formação de profissionais mais atentos com as questões éticas na sua atuação profissional;
- A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para provocar *insights* nos estudantes para a busca de pontos frágeis nas distintas dimensões das competências;
- A combinação de estratégia avaliativa contribuiu para o aperfeiçoamento das ações de preceptoria no transcorrer do internato.

d. Meta-avaliação

A dimensão da Meta-avaliação tem despertado crescente aumento de interesse. Scriven (1991), a definiu como a avaliação de uma avaliação. Davidson (2005) estabelece cinco critérios fundamentais para determinar mérito deste processo: validade, utilidade, conduta, credibilidade e custos.

Diversas áreas do conhecimento tem se debruçado sobre a meta-avaliação pelos grandes investimentos realizados nessa área e pela imensa responsabilidade na análise dos dados gerados pelas diversas pesquisas, uma vez que estes resultados orientam questões cruciais para a vida de grandes coletividades, não cabendo improvisos ou empirismos em quaisquer aspectos dos momentos avaliativos.

Segundo Letichevssky (2007), o debate sobre os mecanismos de meta-avaliação é o mesmo da qualidade do processo avaliativo.

Para esta dimensão propomos as seguintes assertivas:

- O processo avaliativo abordou de forma correta e clara os conteúdos e vivência discutidos no transcorrer do internato.
- Os conteúdos escolhidos para serem avaliados apresentam relevância para o processo de aprendizagem e para a vida profissional do estudante.
- O processo de avaliação se pautou por uma postura ética e comprometida com respeito aos indivíduos.
- O processo de avaliação foi desenvolvido de forma justa e imparcial.
- O tempo e a energia dispensados para o processo avaliativo foi adequado.
- O processo avaliativo teve seus resultados discutidos por todos os atores envolvidos.
- O processo avaliativo contribuiu para o aperfeiçoamento dos momentos educativos do internato.

Este escala foi randomizada para não induzir quaisquer tipos de resposta, não explicitando as dimensões que as distinguiam. Este instrumento está disponível na íntegra no anexo 3 desta pesquisa.

4.5 Procedimentos Éticos

Esta pesquisa foi realizada após solicitação e consentimento das autoridades locais, a Coordenação da Atenção Primária à Saúde da CSSM, Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRSL) da Prefeitura Municipal de São Paulo e Coordenação do Internato Médico da CSSM para o posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Todos os internos e preceptores que participaram da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com a resolução do capítulo IV CNS 196/96.

O Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o trabalho pelo seu parecer consubstanciado número 522.154 no dia 05 de fevereiro de 2104.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

4.6.1 Validação do Instrumento Atitudinal

A validação do instrumento atitudinal foi baseada em BRUNO (1999), FERREIRA (2004; 2012; 2013) e consta de validação de asserção e confiabilidade do instrumento.

4.6.2 Análise da Validação das Asserções

Esta análise visa assegurar que houve dispersão mínima de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta, que existe consistência entre pontuação baixa na asserção e pontuação total baixa no instrumento e vice-versa. Esta análise foi feita utilizando-se o recurso estatístico do cálculo do coeficiente de correlação linear (r), uma vez que, como se pode observar na fórmula abaixo, (x) refere-

se à resposta do respondente na asserção em análise e (y) refere-se à pontuação total do respondente no instrumento.

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right]}}$$

O valor de (r) é calculado para todas as asserções na simulação da primeira administração, visando à sua depuração com a eliminação das asserções com correlação linear inferior a 0,25. Na sequência, o valor de (r) é calculado novamente no que se denomina segunda administração, levando-se em consideração apenas as asserções validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos. Caso alguma asserção ainda apresente correlação linear inferior a 0,20, essa deve ser eliminada do cômputo final de pontos por respondente. Associa-se à escala atitudinal de concordância plena e discordância plena, com termos intermediários, inclinado a concordar ou inclinado a discordar, uma escala numérica de intervalo constante que, neste caso, será de 4, 3, 2, 1 ou 1, 2, 3, 4, dependendo do fato de a asserção ser favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r).

A Tabela 1 mostra os resultados da análise das asserções da primeira e da segunda administração do instrumento.

Tabela 1: Resultado das correlações das asserções para a primeira e para a segunda administrações da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

		1ª Administração	2ª Administração
Asserção	Média	Correlação 1	Correlação 2
A1	3,69	0,47	0,47
A2	3,75	0,58	0,58
A3	3,71	0,48	0,48
A4	3,73	0,36	0,34
A5	3,60	0,32	0,31
A6	3,60	0,45	0,44
A7	3,71	0,31	0,29
A8	3,73	0,32	0,31
A9	3,56	0,35	0,36
A10	3,75	0,34	0,35

A11	3,84	0,40	0,42
A12	3,85	-0,03	-
A13	3,58	0,60	0,61
A14	3,76	0,57	0,58
A15	3,71	0,44	0,46
A16	3,71	0,61	0,62
A17	3,45	0,61	0,61
A18	3,71	0,46	0,45
A19	3,78	0,56	0,58
A20	3,78	0,33	0,32
A21	3,78	0,56	0,57
A22	3,65	0,43	0,43
A23	3,76	0,32	0,32
A24	3,65	0,36	0,34
A25	3,67	0,62	0,61
A26	3,75	0,33	0,35
A27	3,69	0,41	0,42
A28	3,84	0,14	-
		Nº de Asserções Validadas	26

Tabela 2: Resultado da dispersão das asserções validadas da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

Nº de asserções validadas	26
Dispersão	0,68

4.6.3 Análise de Confiabilidade do Instrumento de Percepção

A forma mais direta para se verificar a confiabilidade de um instrumento é aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então reaplicá-lo ao mesmo grupo.

O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecida como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado chama-se método do teste-reteste (SCHIMIDT, 1975).

Neste trabalho, foi utilizado o método de split-half (divisão ao meio), conforme descrito por RITZ (2000), que implica aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das asserções pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento, procedendo-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calcula-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (SCHIMIDT, 1975), objetivando-se conhecer qual a porcentagem do tempo que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior que 0,80.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

$$R = \frac{2r_{XY}}{1 + r_{XY}}$$

O teste de confiabilidade foi de 0,81, conforme podemos observar na Tabela 5, mostrando que o instrumento de pesquisa foi bem concebido e contém densidade estatística.

Tabela 5: Resultado da confiabilidade das asserções validadas da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

Nº de asserções validadas	26
Confiabilidade	0,81

4.6.4. Primeira Administração

O coeficiente de correlação linear calculado é uma medida resumo de como é a relação, de uma forma geral, entre a pontuação de cada um dos respondentes naquela asserção e sua pontuação total no instrumento.

Na tabela 3 podemos ver o resultado da média de cada asserção na primeira administração e sua média geral. Após essa administração foram eliminadas duas asserções e foram validadas as restantes. Uma vez eliminadas as asserções não validadas, foi realizada uma nova administração com as asserções restantes e suas médias foram recalculadas, gerando os resultados apresentados abaixo.

Tabela 3: Resultado das médias das asserções para a situação inicial, para as asserções não validadas e para as asserções validadas da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

Asserções - Média Geral		Asserções não validadas - Média Geral		Asserções validadas - Média Geral	
Asserção	Média	Asserção	Média	Asserção	Média
A1	3,69	A12	3,85	A1	3,69
A2	3,75	A28	3,84	A2	3,75
A3	3,71	Média	3,85	A3	3,71
A4	3,73			A4	3,73
A5	3,60			A5	3,60
A6	3,60			A6	3,60
A7	3,71			A7	3,71
A8	3,73			A8	3,73
A9	3,56			A9	3,56

A10	3,75
A11	3,84
A12	3,85
A13	3,58
A14	3,76
A15	3,71
A16	3,71
A17	3,45
A18	3,71
A19	3,78
A20	3,78
A21	3,78
A22	3,65
A23	3,76
A24	3,65
A25	3,67
A26	3,75
A27	3,69
A28	3,84
Média	3,71

A10	3,75
A11	3,84
A13	3,58
A14	3,76
A15	3,71
A16	3,71
A17	3,45
A18	3,71
A19	3,78
A20	3,78
A21	3,78
A22	3,65
A23	3,76
A24	3,65
A25	3,67
A26	3,75
A27	3,69
Média	3,70

4.6.5 Segunda Administração

Na segunda administração foram perdidas duas asserções (12 e 28) num total de 28 perfazendo um percentual de 7,14%. Foram perdidas somente duas asserções, ambas com médias altas respectivamente 3,85 e 3,84, o que evidencia uma situação de consenso.

É importante, ressaltar, que estes dados revelam a excelente qualidade da validação de conteúdo, com asserções construídas de forma clara, objetiva proporcionando uma percepção entre os respondentes bastante consistente.

Tabela 4: Apresentação das dimensões com suas asserções validadas e suas médias finais para as asserções validadas da dissertação “A Avaliação Formativa no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

Dimensões	Assertivas validadas	Média
Dimensão 01		
Desenvolvimento de Competência	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25	3,62
Dimensão 02		
Caráter Formativo da Avaliação	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26	3,71
Dimensão 03		
A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27	3,74
Dimensão 04		
Meta-avaliação	4, 8, 16, 20, 24	3,72

A análise na escala Likert ficou baseada em três intervalos de pontuação: de 1 a 1,99 pontos a percepção é negativa e mudanças de curto prazo devem ser tomadas; de 2,00 a 2,99 pontos, a percepção revela aspectos a serem melhorados exigindo medidas a médio prazo e de 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva e pode ser potencializada.

INTERVALO	CLASSIFICAÇÃO	PROVIDÊNCIA
1,0 – 1,99	PERIGO	MUDANÇA IMEDITA
2,0 – 2,99	ALERTA	APRIMORAMENTO
3,0- 4,0	CONFORTO	MANUTENÇÃO

TABELA 01: Tabela da Escala Likert, com respectivos intervalos de medida, classificação das percepções obtidas e providências a serem adotadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.0 Resultados e Discussão

Discutiremos a partir de agora os principais resultados encontrados nesta pesquisa, mostrando inicialmente um panorama geral das quatro dimensões estudadas, salientando sua pontuação e as questões trazidas pela análise da escala Likert nas 26 assertivas validadas.

O resultado do estudo apresentou 02 asserções não validadas, que também serão discutidas, considerando sua relevância e capacidade de promover uma maior qualificação do estudo em questão.

O gráfico abaixo mostra a pontuação média das dimensões investigadas, sendo D 1 - Desenvolvimento de competências, D 2 - O caráter formativo da avaliação, D 3 - A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos e D 4 - A de Meta-avaliação.

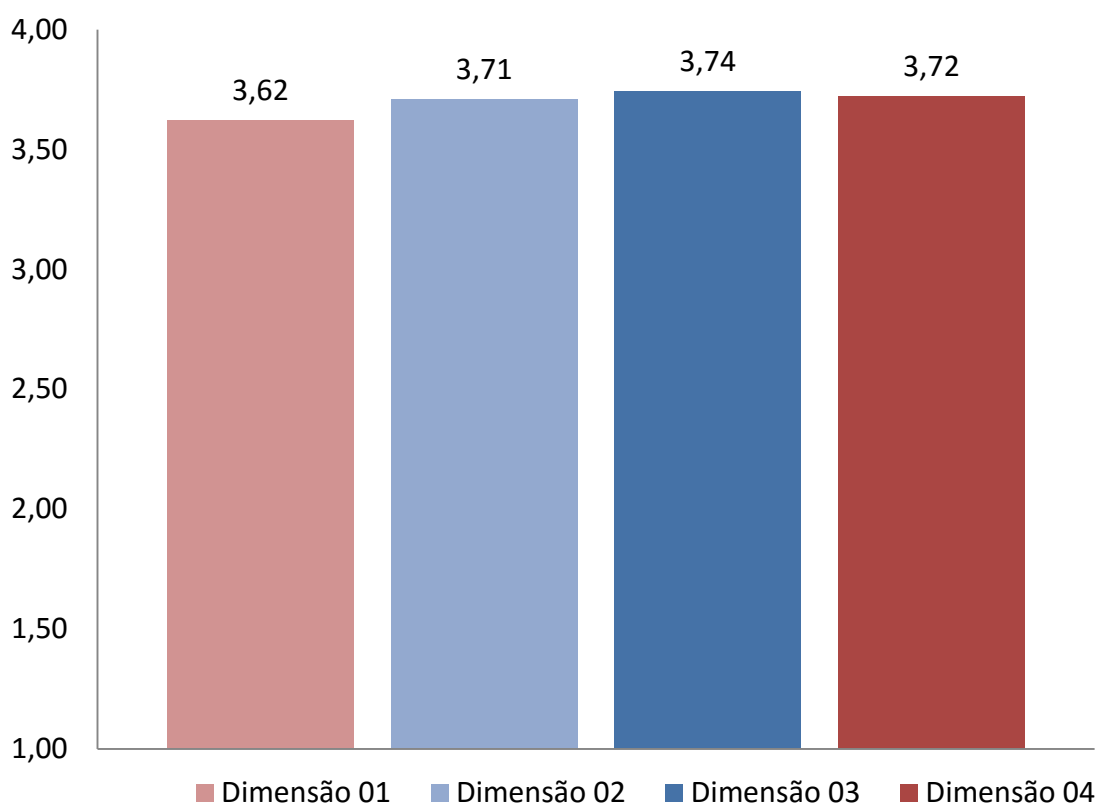


GRÁFICO 1: Perfil Geral Atitudinal por Dimensão da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2014.

Nota-se uma semelhança de resultados nas quatro dimensões sendo que “A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos” foi a melhor pontuada com 3,74 pontos, seguida da “Meta-avaliação” com 3,72; a seguir tivemos “Caráter Formativo da Avaliação” com 3,71 pontos e por último “Desenvolvimento de Competência” com 3,62 pontos.

No quadro 1 apresentamos as asserções validadas por dimensão:

Dimensões	Assertivas validadas	Média
Dimensão 01		
Desenvolvimento de Competência	1, 5, 9, 13, 17, 21, 25	3,62
Dimensão 02		
Caráter Formativo da Avaliação	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26	3,71
Dimensão 03		
A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27	3,74
Dimensão 04		
Meta-avaliação	4, 8, 16, 20, 24	3,72

QUADRO 1: Apresentação das dimensões com suas asserções validadas e suas médias finais para as asserções validadas da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2012.

No GRÁFICO 2 são demonstradas os resultados obtidos em todas as assertivas para que se propicie uma visão geral do processo de pesquisa e se possa comparar todos os resultados encontrados nas assertivas.

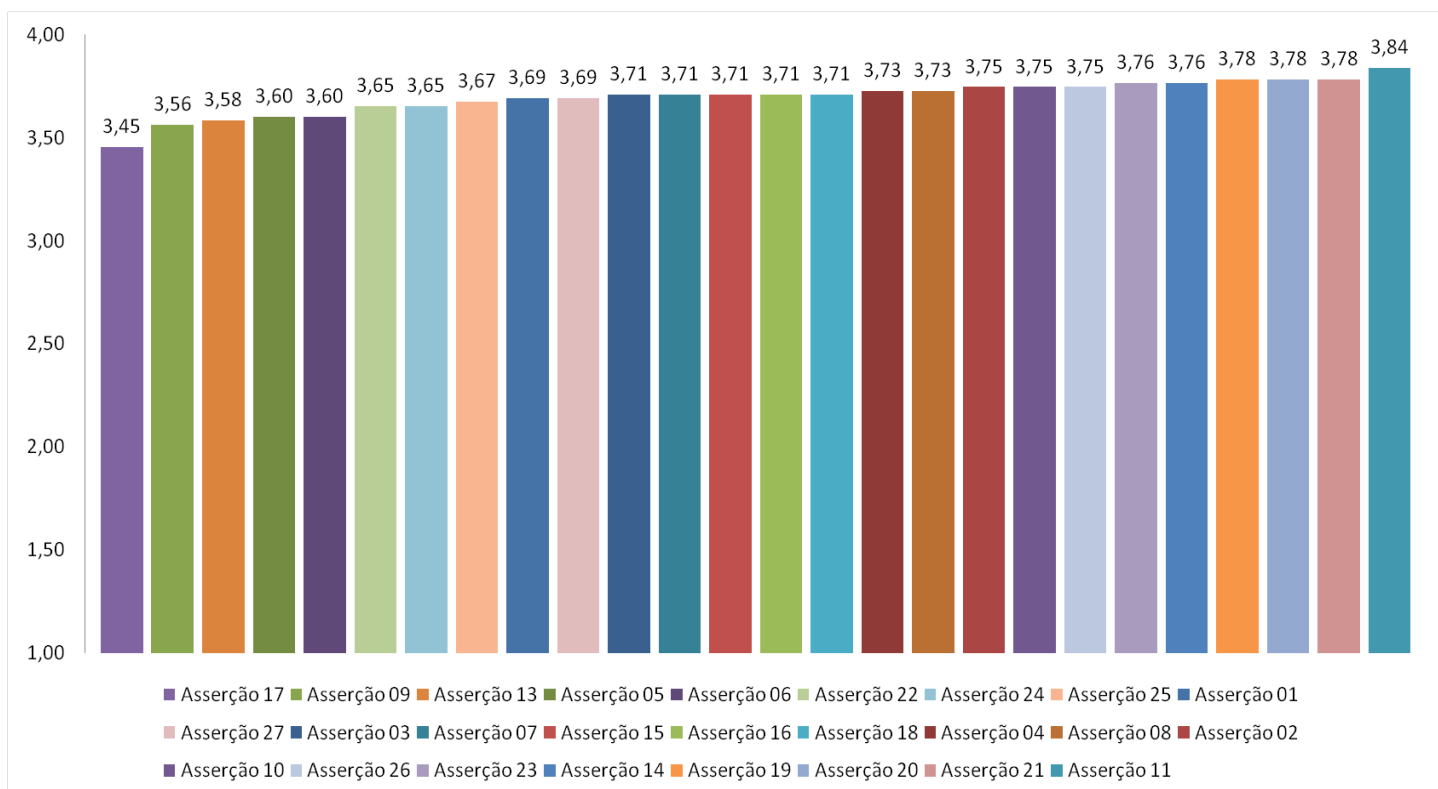


GRÁFICO 02: Valores das médias das asserções validadas na segunda administração da dissertação “A Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2014.

Os resultados serão apresentados e discutidos em quatro subcapítulos, agrupando as asserções nas suas respectivas dimensões:

- 5.1 – Avaliação do desenvolvimento de competências
- 5.2- Caráter formativo da avaliação
- 5.3- Diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos
- 5.4- Meta- avaliação.

5.1 - Avaliação do desenvolvimento de competências.

Para a discussão desta dimensão definiu-se como competência:

Para saber si alguien es competente es indispensable observarle. No se es competente cuando sólo se sabe como “se debe hacer”, sino cuando se hace efetivamente y de una manera adecuada. Em segundo lugar, la definición hace referencia a algo sobre lo que se sabe hacer, que es el contenido de la competencia. En último lugar, para poder afirmar que alguien es competente no basta saber que hace ese algo, es muy importante la manera o la actitud con la que actúa. Nuevamente se hace referencia a los aprendizajes que hacen a alguien competente, saber qué es, saber hacerlo, saber comunicarlo, saber cómo hacer para saberlo. (LAFUENTE, 2007, p.89)

Ou ainda,

Competência como “um conjunto de capacidades práticas e conhecimentos organizados capazes de mobilizar seus conhecimentos (saberes) habilidades (saber-fazer) atitudes (saber como), em seu cotidiano” (DEFFUNE, 2000, pag 51)

A discussão sobre a construção das competências médicas aqui avaliadas no âmbito da APS se constitui em um dos principais desafios do processo de ensino/aprendizagem na área da saúde. Vários programas de formação de recursos humanos em saúde como o PROMED, FAIMER, PRÓ-SAÚDE, entre outros, somados a Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN de 2014 buscaram e buscam a consolidação dos aspectos afetos aos domínios do “saber”, “saber ser”, “saber fazer”, “saber conviver”. Os dados obtidos nesta pesquisa nos levam a perceber muita coerência no uso da avaliação na construção dessas competências, onde todas as asserções situaram-se em zona de conforto.

Apresentamos no gráfico abaixo os resultados obtidos nesta Dimensão a parti da percepção dos internos, divididas por gênero e faixa etária:

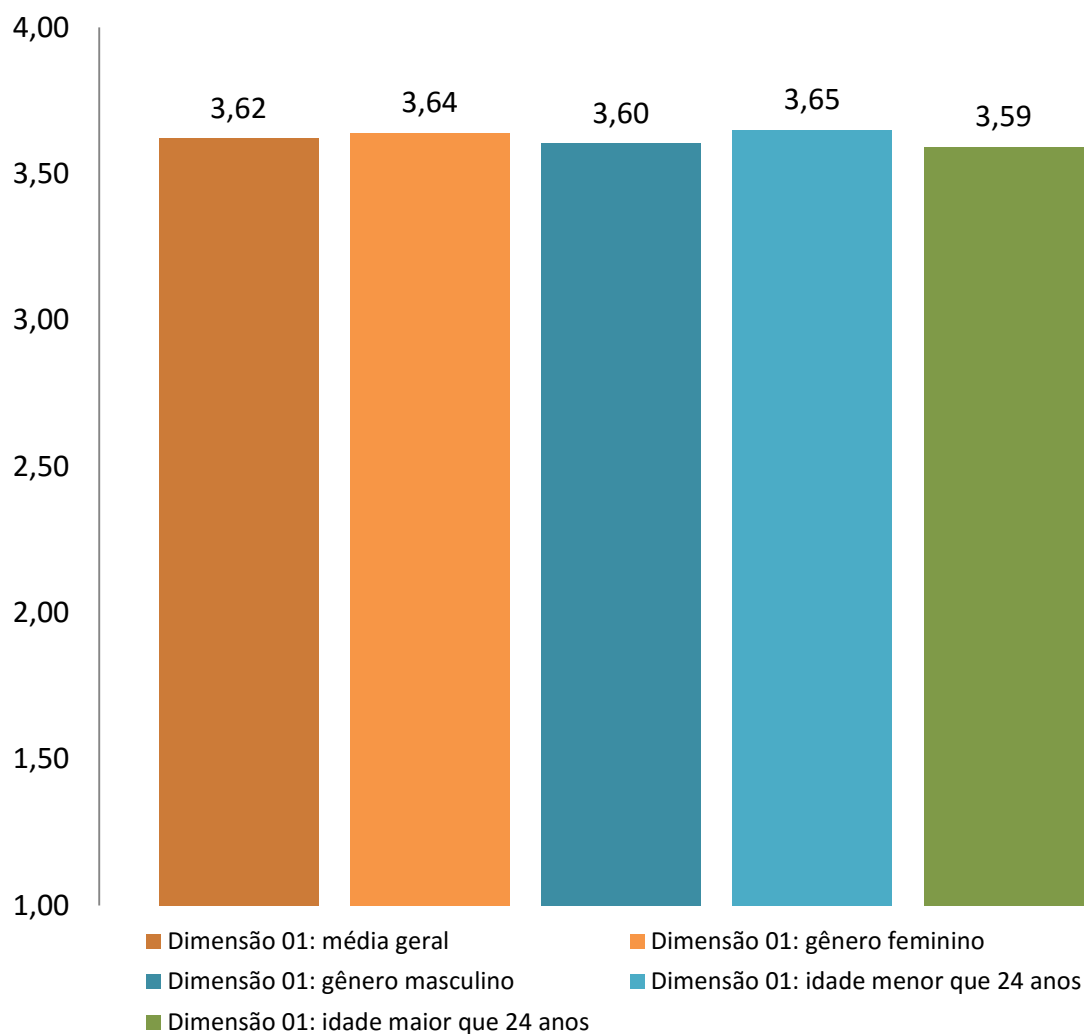


GRÁFICO 3: Perfil Geral Atitudinal da Dimensão 1 “Desenvolvimento de Competência”, por gênero e faixa etária, São Paulo, 2014.

Podemos perceber que gênero não se constituiu um fator de alteração da percepção com médias muito próximas. Em relação à faixa etária, os internos com mais de 24 anos foram mais críticos ao processo de avaliação ao qual são submetidos.

O gráfico 4 mostra a dimensão do Desenvolvimento de Competências a partir da percepção dos preceptores, divididos pela formação profissional que possuem e pelo tempo de atuação como preceptor do Internato em APS.

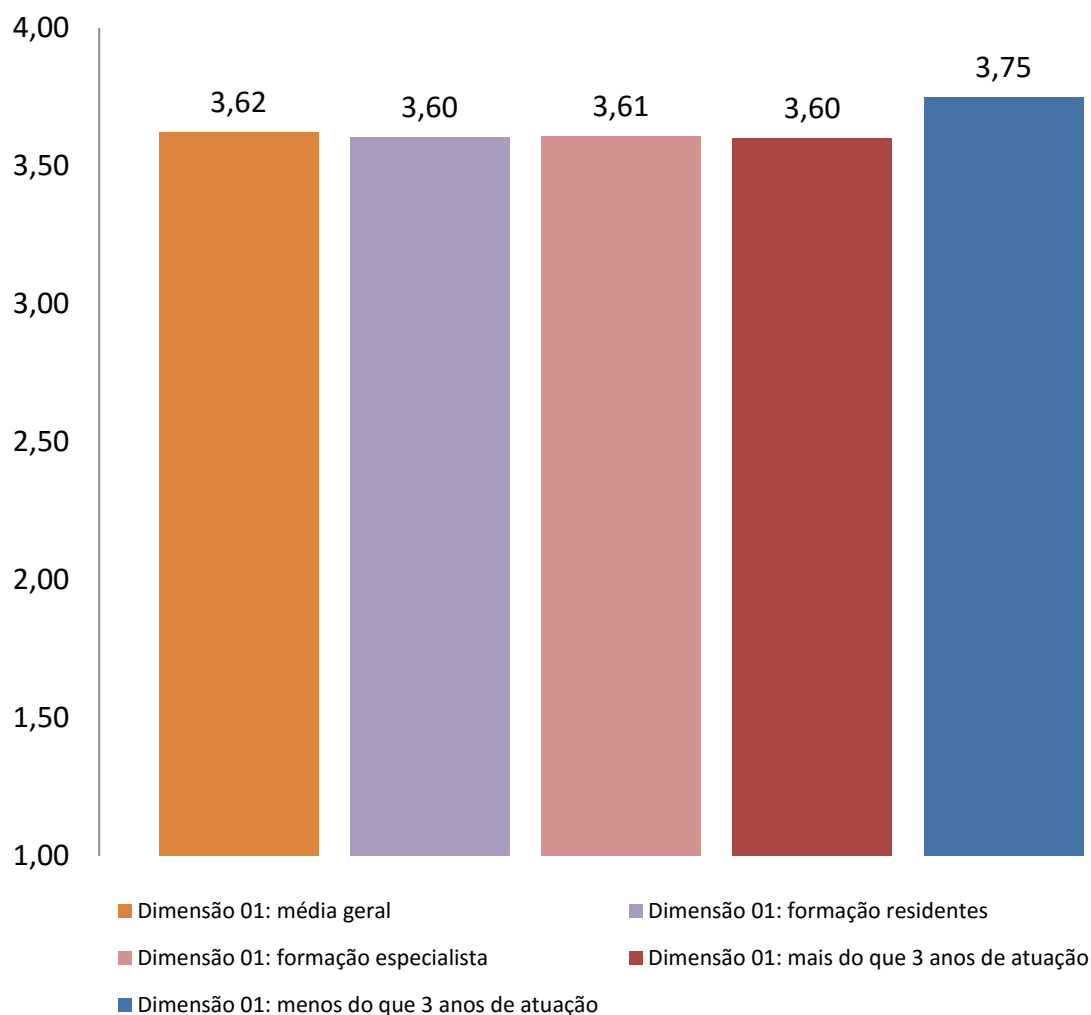


GRÁFICO 4: Perfil Geral Atitudinal da Dimensão 1 “Desenvolvimento de Competência” por formação profissional e tempo de atuação, São Paulo, 2014.

Observamos que os preceptores se dividem em especialistas de medicina de Família e Comunidade e os que possuem residência prévia em APS. Percebemos que a percepção é positiva entre os dois grupos com pontuações muito semelhantes (3,61 e 3,60). Já quando consideramos o tempo de formação observamos que os profissionais com menos tempo de atuação em preceptoria demonstraram uma percepção mais positiva (3,75) do que os do grupo com mais de três anos de trabalho (3,60).

O gráfico 5 mostra de forma conjunta, as 7 asserções da dimensão do desenvolvimento de competências, com seus respectivos resultados.

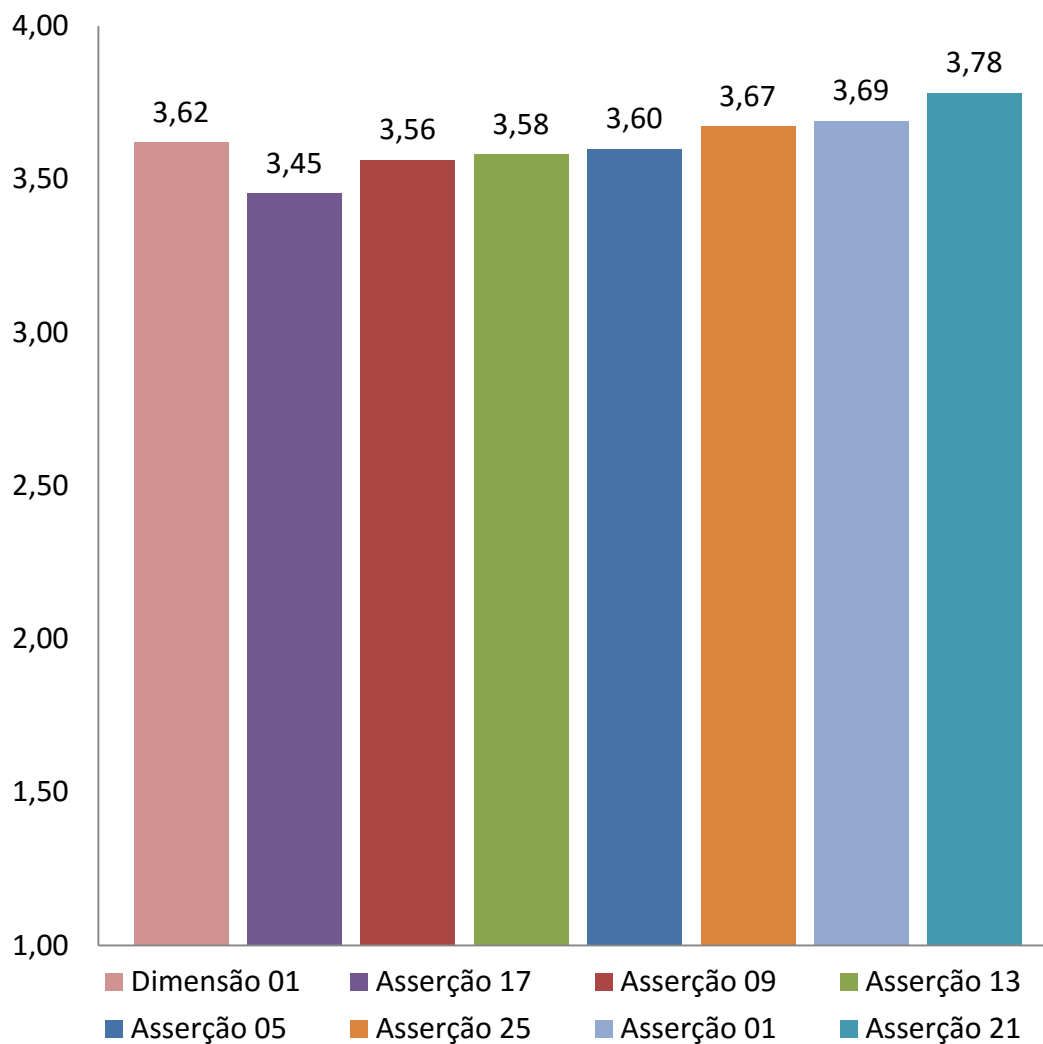


GRÁFICO 5: Valores das médias das asserções validadas da Dimensão 1, “Desenvolvimento de Competência”, São Paulo, 2014.

Verificamos que em todas as asserções, os atores postaram-se inclinados a concordância sendo a concordância plena pontuada com 4 pontos em todas elas.

Na **asserção 1** com 3,45 pontos afirmou-se que **“O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento dos conhecimentos esperados pelos estudantes para atuação de forma resolutiva e segura sobre as principais necessidades da população.**

O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do egresso o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacidade a atuar, pautado nos

princípios éticos, no processo saúde- doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2014)

Neste aspecto, as necessidades da população são consideradas como centro das atenções do processo de ensino e avaliação, na lógica do enfrentamento do processo saúde-doença que aflige estes grupos populacionais, centrados em práticas integrais e resolutivas.

Observamos que, segundo os sujeitos desta pesquisa, o processo avaliativo em estudo dialoga com o mundo real, com as necessidades de saúde da população assistida, foco principal de todo processo de ensino-avaliação, formando profissionais preparados para a melhor e mais adequada assistência possível como já ressaltados nas DCN 2014.

A **asserção 5** teve 3,60 pontos e defendia que **“O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das habilidades esperadas pelos estudantes nas ações fundamentais das práticas clínicas em APS”**.

A habilidade para realizar com perícia as ações esperadas pelo médico são questões que devem nortear qualquer processo avaliativo, sob o risco de reduzi-lo a processos teóricos de memorização descartáveis para realização de testes e provas rapidamente esquecidos pelos alunos ou traduzidos como algo sem relevância. Neste sentido, Ruthes e Cunha (2008, p.71) comentam que:

O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo, que lhe permitem entender o mundo; a habilidade corresponde a capacidade de aplicar e fazer o uso do conhecimento adquirido com vistas a consecução de um propósito definido.

A habilidade deve ser, portanto, vista como a possibilidade de execução dos conhecimentos adquiridos durante a jornada que este aluno percorreu, um elemento de diálogo entre o mundo teórico e as atividades práticas, devendo portanto ser avaliada de forma competente e contínua.

Frente à **asserção 9** **“O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das atitudes esperadas pelos estudantes pautadas no respeito aos sujeitos da assistência e no cuidado da relação médico-paciente”**, os respondentes também mostraram inclinação à concordância.

Isto reforça, como aspecto fundamental de uma avaliação, que esta olhe para a relação que se estabelece entre quem atende e quem é atendido, buscando o desenvolvimento de atitudes pautadas no respeito, fraternidade e cumplicidade entre os atores deste momento terapêutico e, assim, buscando uma prática clínica que supere a figura autoritária do terapeuta, bem como o papel da pessoa atendida que, passivamente, aguardava as regras de como se comportar ou de como obedecer as regras impostas.

Isto vai ao encontro de Freire (1987, p.67), quando afirma que “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa”.

Entendendo o atendimento terapêutico como essencialmente um momento educativo, esta postura democrática entre os alunos e as pessoas por eles atendidas devem ser sempre buscadas e pontuadas como muito positivas nos processos de avaliação. Isto tem sido observado nas questões atitudinais nos vários momentos avaliativos.

A **asserção 13** afirmava que “*O processo avaliativo do internato procurou analisar o desenvolvimento da comunicação verbal dos estudantes na relação com a sua prática profissional*”. Nesta asserção, também ocorreu tendência a concordância.

Este aspecto tem sido uma preocupação constante do nosso processo avaliativo, dado uma percepção dos preceptores sobre os internos de uma dificuldade em verbalizar com clareza e lucidez ideias fundamentais na relação do médico com seu público, seja em ações individuais com os pacientes, em momentos de educação em saúde com a comunidade ou mesmos em ações educativas entre pares.

A busca da chamada oralidade deve ser quesito observado como competência desejável pelos profissionais de saúde e sua avaliação deve ser criteriosa com feedback para que se propicie o desenvolvimento esperado.

Segundo Ferreira, Ribeiro & Leal (2002, p. 54-55):

As qualidades pessoais do médico, sua cultura técnica e humanística e especialmente suas atitudes, são fatores decisivos, destacando-se a capacidade de escuta e de comunicação. Atitudes positivas do médico, percebidas pelo paciente abrem caminho para que este se coloque mais à vontade, com informações mais completas, sinta-se seguro, confiante e disposto a aderir ao tratamento. Esta é a relação terapêutica.

Desenvolvendo no estudante a clareza do uso da linguagem que transite entre o coloquial possibilitando o entendimento da pessoa que escuta e a o discurso mais formal ou elaborado quando a situação exigir ou seja a forma mais erudição.

Na asserção 17 afirmou-se que **“O processo avaliativo do internato procurou averiguar o desenvolvimento do domínio da escrita nos processos de construção de histórias clínicas por parte dos estudantes em suas atividades”**.

Desta mesma maneira, o adequado registro da escrita das ideias, condutas, procedimentos realizados são momentos absolutamente indispensáveis nos processos avaliativos, visto a necessidade vital do profissional médico se fazer entender quando prescreve para seus pacientes condutas ou orientações diversas. É relevante também quando o profissional médico tem que se comunicar por este meio com os demais profissionais da equipe de saúde com vistas a composição de uma rede de interesse do processo terapêutico de cada situação, situação cada vez mais comum dado o novo paradigma de atendimento em redes.

Buscamos esta avaliação na construção de Portfólios reflexivos, onde os discentes são estimulados, por meio da escrita, a expressarem não apenas os termos mais técnicos da sua atuação, mas também os sentimentos e significados mais relevantes de sua prática profissional.

Por último, a asserção 21 nos disse que *“O processo avaliativo do internato procurou avaliar o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe nas atividades dos estudantes”*. Os respondentes também se mostraram inclinado a concordar.

Este aspecto foi contemplado no processo avaliativo proposto, através da observação nos momentos de autoavaliação e héteroavaliação, onde os preceptores e os internos refletem sobre a sua capacidade de trabalho em equipe nas atividades do cotidiano das UBS; o trabalho em equipe também é observado na avaliação do portfólio, atividade desenvolvida em pequenos grupos e com discussão posterior do coletivo de estudantes.

Vale destacar que a escolha das competências para a dimensão acima avaliada revelou a percepção positivo dos investigados sobre os instrumentos avaliativos nesta dimensão. Estas competências são ferramentas centrais para um diagnóstico resolutivo e portanto qualificá-las no âmbito da APS, é indiscutivelmente promover uma sustentabilidade no nosso sistema de saúde público e privado e o resgate da figura médico como uma das figuras capazes de prover o cuidado.

5.2 Avaliação Formativa

Esta dimensão buscou evidenciar como foi percebido o caráter formativo da avaliação no processo avaliativo proposto. Este caráter formativo é defendido aqui como “uma das bases para a construção de um processo educativo democrático e plural que propicie para estudantes e professores *feedbacks*, momentos de troca, aprendizagem compartilhada e parâmetros para novas tomadas de decisões”. Esta dimensão teve 3,71 pontos como média de suas asserções.

O gráfico abaixo apresenta os resultados obtidos na pesquisa com os internos, aqui divididos por gênero e faixa etária.

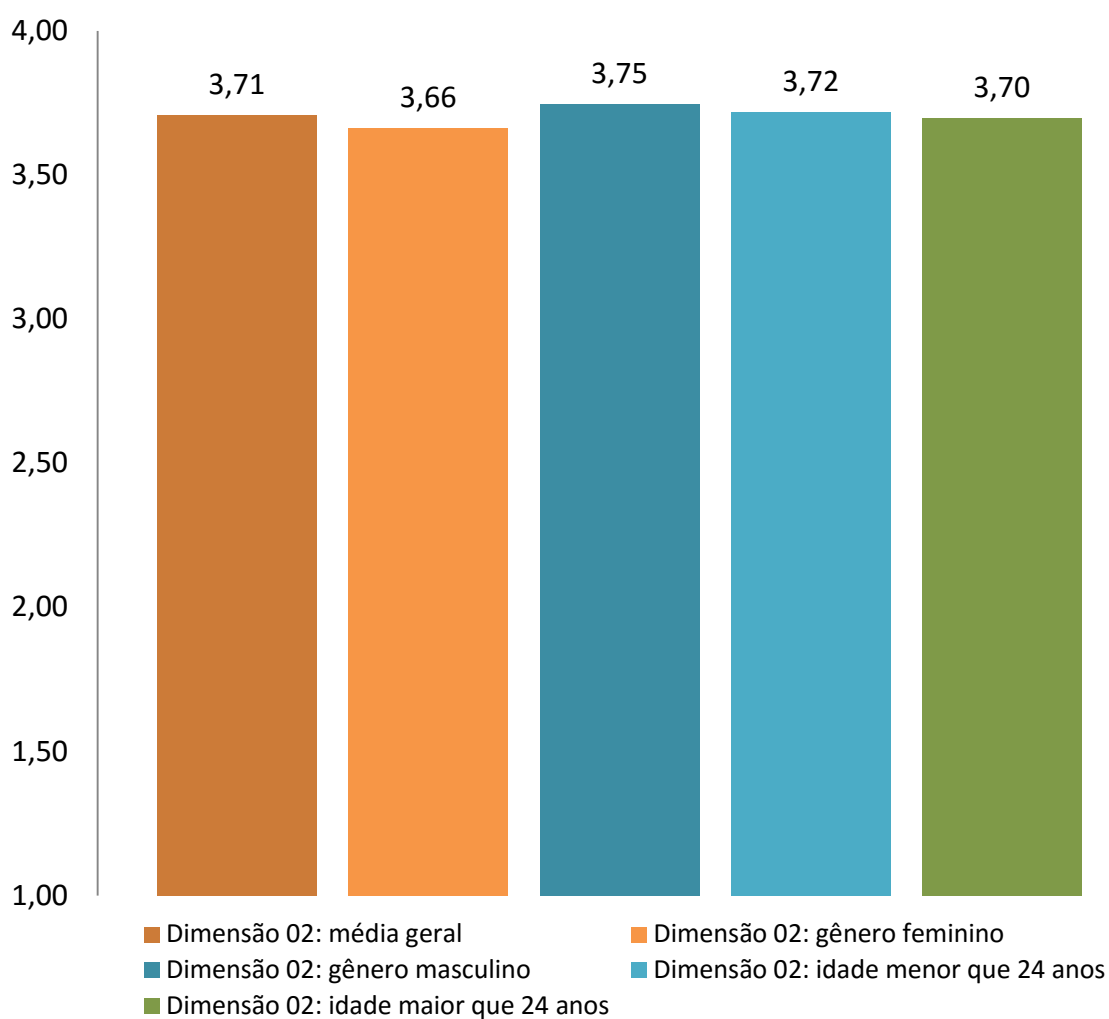


GRÁFICO 6: Perfil Geral Atitudinal da Dimensão 2 “Caráter Formativo da Avaliação”, por gênero e faixa etária, São Paulo, 2014.

Observamos que os eixos gênero e faixa etária não foram determinantes na percepção dos envolvidos; notamos que as mulheres foram discretamente mais críticas que os homens e em relação a idade não houve diferença significativa entre os dois intervalos etários propostos.

No Gráfico 7 analisamos os eixos formação profissional e tempo de atuação dos preceptores.

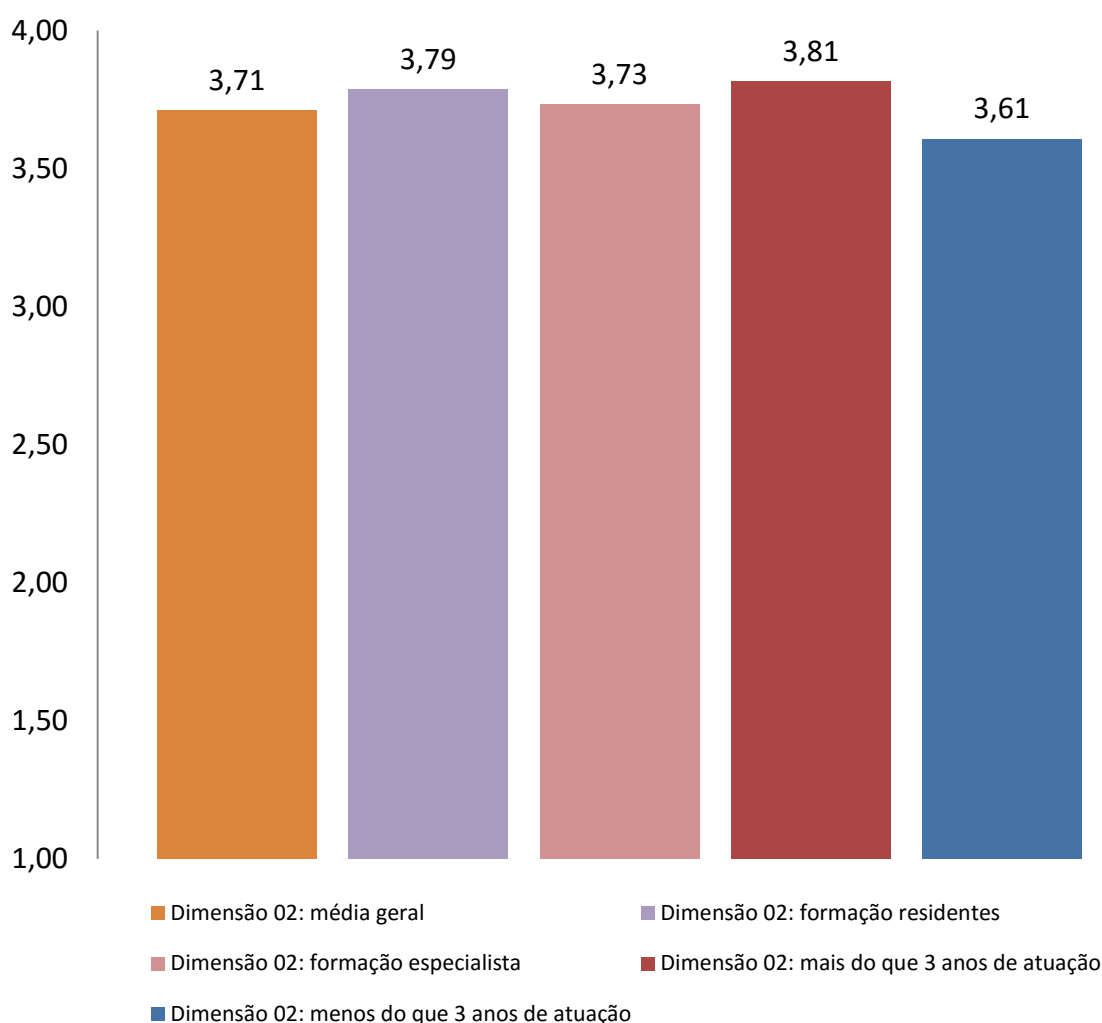


GRÁFICO 7: Perfil Geral Atitudinal da Dimensão 2 “Caráter Formativo da Avaliação” por formação profissional e tempo de atuação, São Paulo, 2014.

Podemos perceber que os preceptores egressos de residência foram discretamente mais positivos na percepção do caráter formativo da avaliação do que os especialistas. Já os preceptores com mais de 3 anos de atuação mostram-se mais otimistas com a avaliação formativa em relação aos preceptores com menos de 3 anos.

Podemos inferir que o processo de exercício profissional vai paulatinamente “marcando” os aspectos positivos e negativos relativos ao processo de formação profissional. A literatura por meio de autores como LUCKESI, FREITAS, CUNHA, TARDIF entre outros, nos mostram a importância da avaliação em seu caráter formativo; assim, podemos dizer que a experiência profissional desses preceptores demonstrou a relevância da avaliação como elemento qualificador do processo de ensino/aprendizagem pelos quais passaram e seu impacto em seu exercício profissional.

O próximo gráfico apresenta as médias das asserções desta dimensão e suas variações.

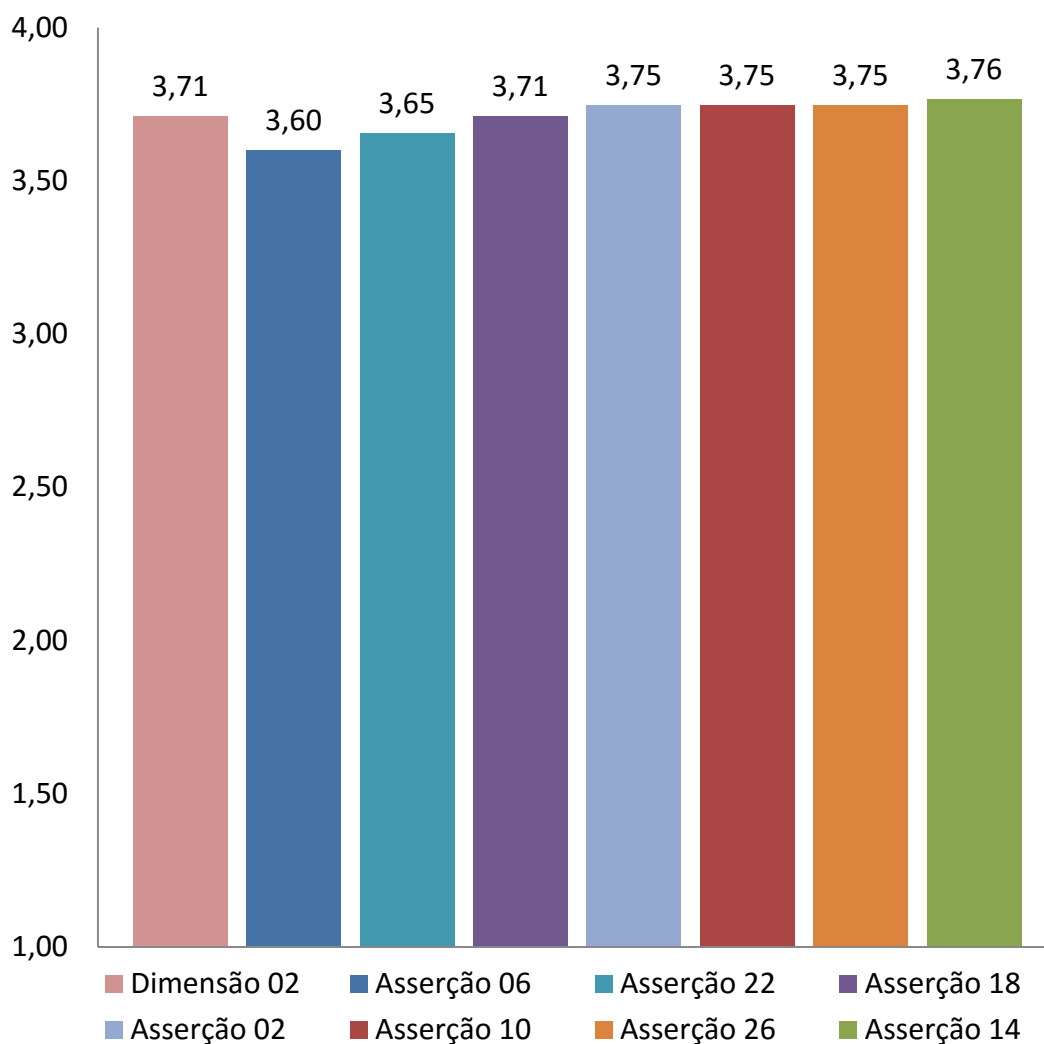


GRÁFICO 08: Valores das médias das asserções validadas da Dimensão 2, “Caráter Formativo da Avaliação”, São Paulo, 2014.

Importante relembrar que todas as asserções tiveram atribuídos 4 pontos para a concordância plena e os atores envolvidos postaram-se inclinados à concordância.

Iniciamos agora de forma individualizada, a discussão das asserções, demonstrando a média obtida em cada uma delas, bem como seus pressupostos teóricos.

A asserção 2 dizia que *“O processo avaliativo do internato propiciou feedback aos alunos”*.

Esta é uma premissa fundamental para que qualquer experiência avaliativa tenha a pretensão de ter caráter formativo, pois o feedback contínuo nos processos de ensino-avaliação propicia o diálogo constante do

docente com o discente, possibilitando a ambos um olhar ampliado sobre o aprendiz. As trocas que se pretende alcançar, fazendo com que o discente reflita acerca do seu desenvolvimento e o docente possa constantemente avaliar suas metodologias para que o processo globalmente flua de forma harmoniosa e efetiva são também aspectos deste tipo de avaliação.

Nos vários momentos de nossa experiência avaliativa a realização do feedback procurou superar o modelo meramente somativo, privilegiando processos que primassem pela responsabilização do estudante no que diz respeito ao seu desenvolvimento e por situações que favorecessem a análise conjunta de professores e aprendizes sobre as metas pactuadas por este coletivo.

Para Luckesi (1997, p.85) “A avaliação da aprendizagem necessita cumprir seu verdadeiro significado, assumir a função de subsidiar a construção de aprendizagem bem sucedida”.

Este papel tão nobre citado pelo autor, vai acontecer de fato se os momentos educativos forem permeados por feedbacks; sem estes momentos, a avaliação pode tornar-se mecânica, pouco reflexiva, tendo poucas possibilidades de ser efetiva e bem sucedida.

A assertiva número 6 sustentou que **“O processo avaliativo do internato propiciou parâmetros para novas tomadas de decisões”**. Frente a esta, os respondentes também concordaram.

Observa-se que durante o processo de aprendizagem, o aluno se depara com situações de desafios em que descobre lacunas importantes nas suas competências, experimentando um turbilhão de emoções que devem ser detectadas no processo avaliativo. Como processo, a avaliação pode permitir que preceptor perceba esta situação, devendo estar preparado para oferecer suporte adequado nesta fase.

O estudante, após o choque inicial, deve ser estimulado a pensar sobre as dimensões de suas fragilidades e qual deva ser o caminho mais adequado para saná-las ou minorá-las, cabendo ao preceptor o papel de mediador e inspirador neste caminho conjunto. Não se trata de verificar de forma

continuada, quanto o aluno está aprendendo do conteúdo, mas ajuda-lo a refletir sobre o processo. (PERRENOUD, 1999).

Já a asserção 10, defendeu que **“O processo avaliativo do internato propiciou momentos de diálogo”**, o que foi reafirmado pelos investigados.

A busca constante de momentos de diálogo deve ser uma meta sempre desejada, pois provoca um enriquecimento global destes momentos, gerando sensação de pertencimento e protagonismo nos estudantes. Isto reveste o processo avaliativo de credibilidade a partir da postura democrática assumida pelo docente que, dialogando, percebe as nuances e dificuldades experimentadas pelos internos, podendo pactuar com os mesmos possibilidades no progresso do desenvolvimento de suas competências.

“A avaliação é um processo contínuo, portanto ela não pode ser esporádica nem improvisada, mas ao contrário deve ser constante e planejada”. (HAYDT, 1997).

Neste sentido, o planejamento é fundamental para a avaliação, e os momentos de diálogo são estratégicos, na busca efetiva para uma avaliação bem sucedida.

A asserção 14, **“O processo avaliativo do internato propiciou aprendizagem compartilhada”** foi também reconhecida pelos investigados.

Nesta experiência avaliativa, momentos de aprendizagem compartilhadas a partir do revezamento de tarefa nas UBS, trocas de experiências na sua execução, sobretudo nas questões relacionadas a novas habilidades no campo da psicomotricidade, são contemplados. A realização de exame físico e discussões de casos clínicos em pequenos grupos ou duplas, planejamento em duplas de uma proposta de projeto terapêutico comum para os usuários descritos no Portfólio reflexivo constituem-se em outros momentos de aprendizagens compartilhadas.

Investiu-se num percurso avaliativo estruturado a partir de uma triangulação entre o olhar do aluno sobre o seu próprio processo de aprendizagem e a dinâmica de ensino

implementadas (autoavaliação e portfólio), o olhar dos pares (héteroavaliação feito por colegas) e o olhar do professor por meio de comentários orais e pareceres escritos. (BATISTA 2005, 231-237)

A assertiva 18 traz no seu bojo a discussão se **“O processo avaliativo do internato utilizou a autoavaliação dos estudantes como processo de construção e aperfeiçoamento de suas competências”**.

Esta asserção trouxe uma resposta afirmativa, comprovando que os internos dispõem de instrumento formal baseado nos conhecimentos, habilidades e atitudes, esperados para o desenvolvimento naquela fase do internato. Nesta fase é oferecido a cada estudante um instrumento de autoavaliação para que ele reflita sobre o seu nível e estabeleça para si uma nota variando de 0 a 10. Este mesmo instrumento é entregue ao preceptor da dupla de alunos que frequenta a UBS para que este proceda da mesma forma. Posteriormente é incentivado uma troca de informações entre discente e docente sobre cada uma das questões avaliadas.

Mensalmente os preceptores do Internato em APS Santa Marcelina se reúnem com a Coordenação do mesmo e dentre outras pautas é realizado, por meio de roda de conversa, uma avaliação de todo o processo de ensino do Internato, no sentido de aperfeiçoá-lo pedagogicamente, entender as dificuldades e facilidades para o seu bom transcorrer, possibilitando autoavaliações dos preceptores e aprendizagem compartilhadas entre estes.

Para Batista (2005, p.231-237), “As auto avaliações realizadas em todas sessões tutoriais e de consolidação, objetivam repensar o desenvolvimento dos alunos, o envolvimento dos professores e os rumos do curso”.

Nas assertivas 22 e 26 foram discutidos respectivamente se **“O processo avaliativo do internato propiciou momentos de reflexão sobre a importância e intencionalidade de cada estratégia avaliativa”** e por último **“O processo avaliativo do internato contemplou os vários**

momentos de estratégia avaliativa como etapas estruturantes na formação dos estudantes”, sendo entendidas positivamente

No início do ciclo do Internato em APS, são apresentados aos alunos todas as etapas de avaliação que serão vivenciadas por eles, bem como o propósito ou intencionalidade de cada etapa, sua importância para o desenvolvimento das competências, gerando um pacto entre discentes e docentes que deve ser constantemente revisitado por ambos na busca da melhor performance possível, o que em última análise significa a busca para formação de médicos com o perfil esperado pela população brasileira.

A segunda assertiva estudada mostra que o processo descrito no parágrafo acima contempla como estruturante cada etapa da avaliação pois discute o sentido de cada uma delas (Autoavaliação, Héteroavaliação, OSCE, Portfólio reflexivo e Prova Teórica) com preceptores e alunos ressaltando a importância e a necessidade das vivências em cada etapa avaliativa no desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes.

5.3 – Diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos.

O entedimento dos preceptores e internos sobre como se desenvolveu o processo avaliativo no que se refere a diversidade e complementariedade, apresentou-se como o mais positivo entre todas as dimensões estudadas.

Os processos avaliativos utilizados no internato são compostos por cinco momentos distintos: prova teórica, autoavaliação, heteroavaliação, OSCE e portfólio reflexivo, esta diversidade de estratégias teve como objetivo fundamental buscar o desenvolvimento de competências nos campos do conhecimento, habilidade e atitudes.

Esta dimensão a partir da percepção dos preceptores e internos alcançou escore de 3,74 pontos, situando-se em região de grande conforto na escala Likert.

O gráfico abaixo mostra as informações colhidas dos internos, sendo a apresentação dividida por gênero e faixa etária.

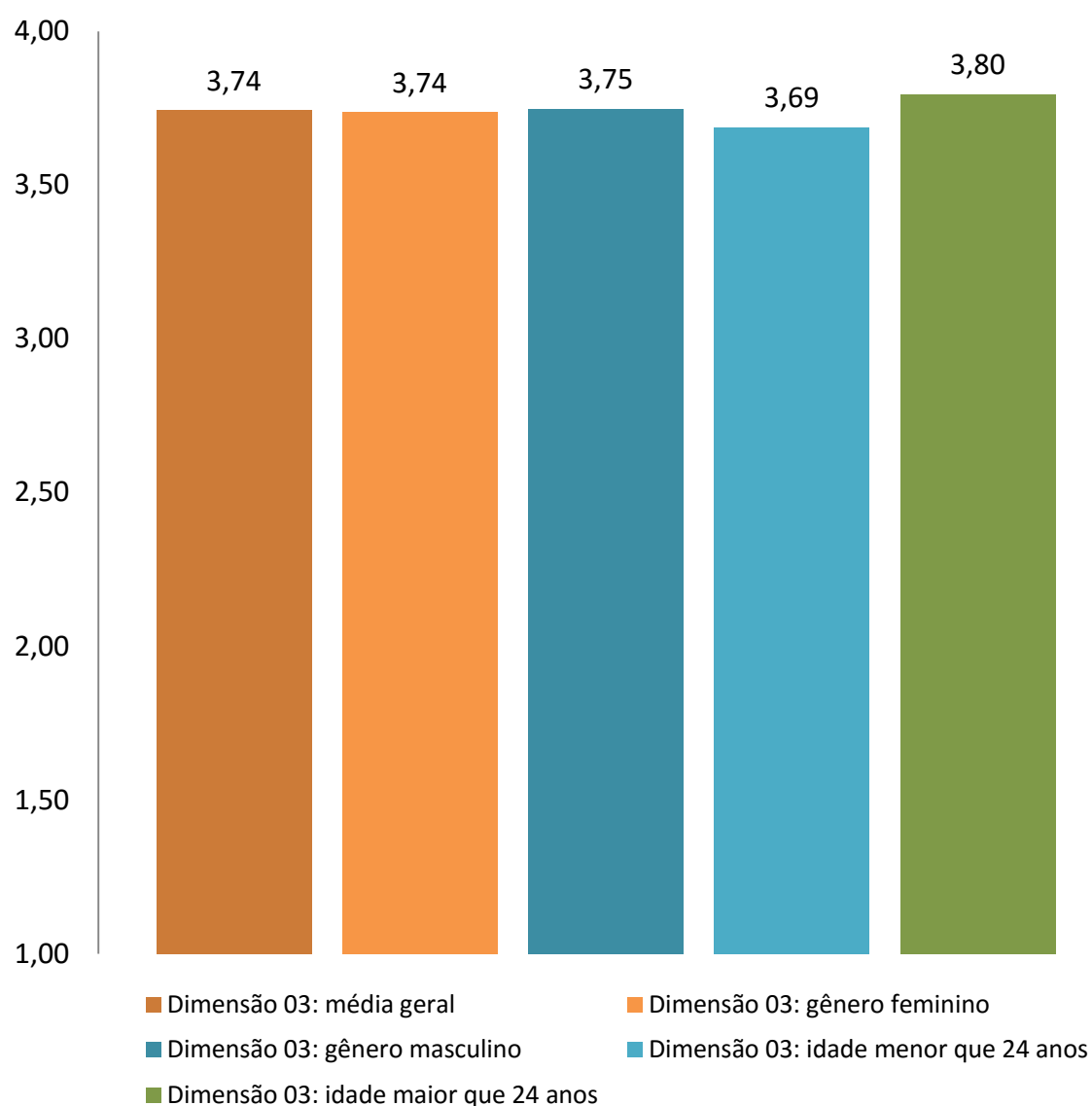


GRÁFICO 09: Perfil Geral Atitudinal da “A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos”, por gênero e faixa etária, São Paulo, 2014.

Podemos perceber que o eixo gênero não impactou a percepção dos respondentes quanto à diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos.

A faixa etária evidenciou que os atores envolvidos com mais de 24 anos foram mais positivos sobre este aspecto.

O gráfico a seguir explicita as informações colhidas com os preceptores, sendo apresentadas informações a partir da formação profissional de cada preceptor e do tempo de atuação de preceptor no programa do internato.

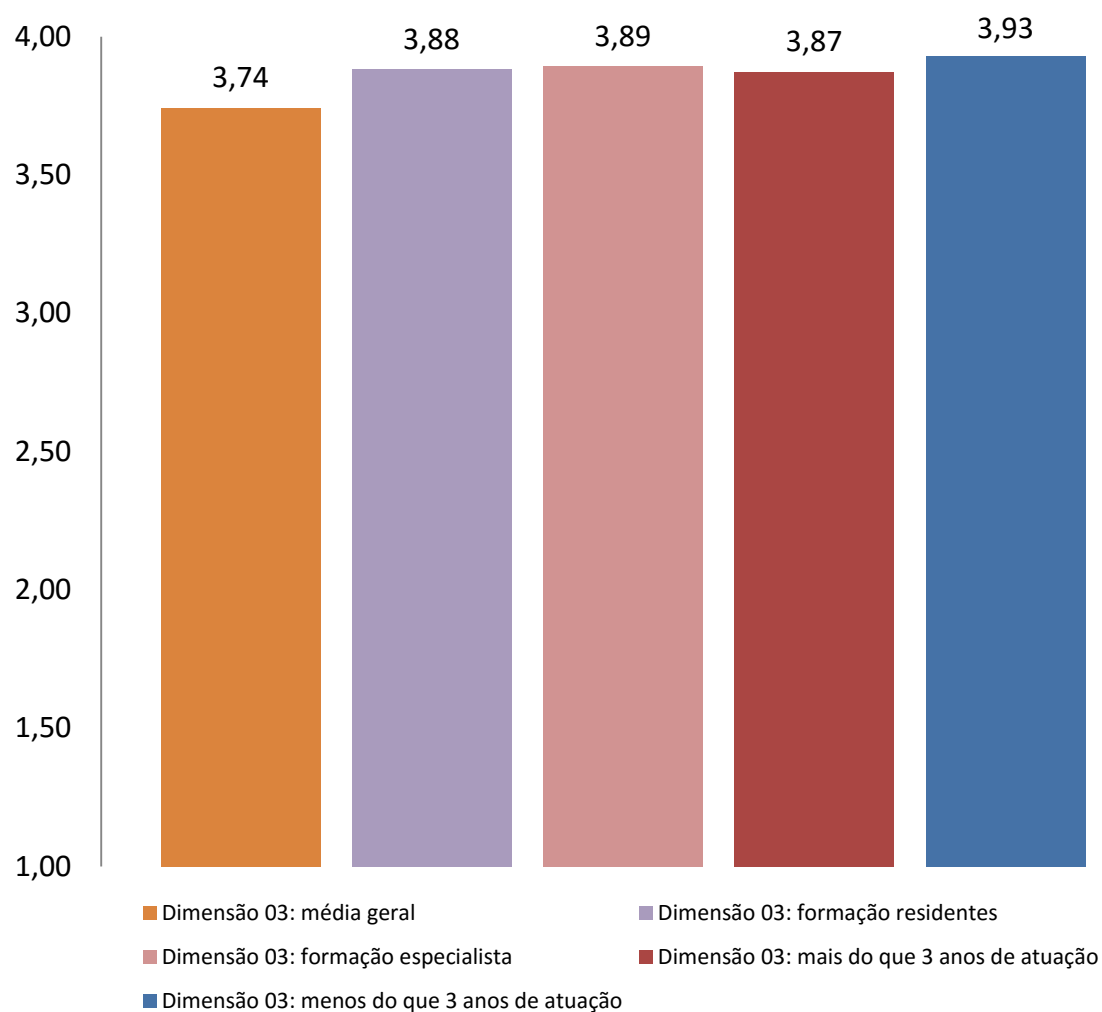


GRÁFICO 10: Perfil Geral Atitudinal, “A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos”, formação profissional e tempo de atuação, São Paulo, 2014.

Observamos que não houve diferença na percepção a partir da formação prévia, bem como o tempo de atuação não mostrou discrepâncias nos seus resultados.

No próximo gráfico, apresentaremos as médias obtidas por todas as assertivas de forma conjunta da dimensão em discussão.

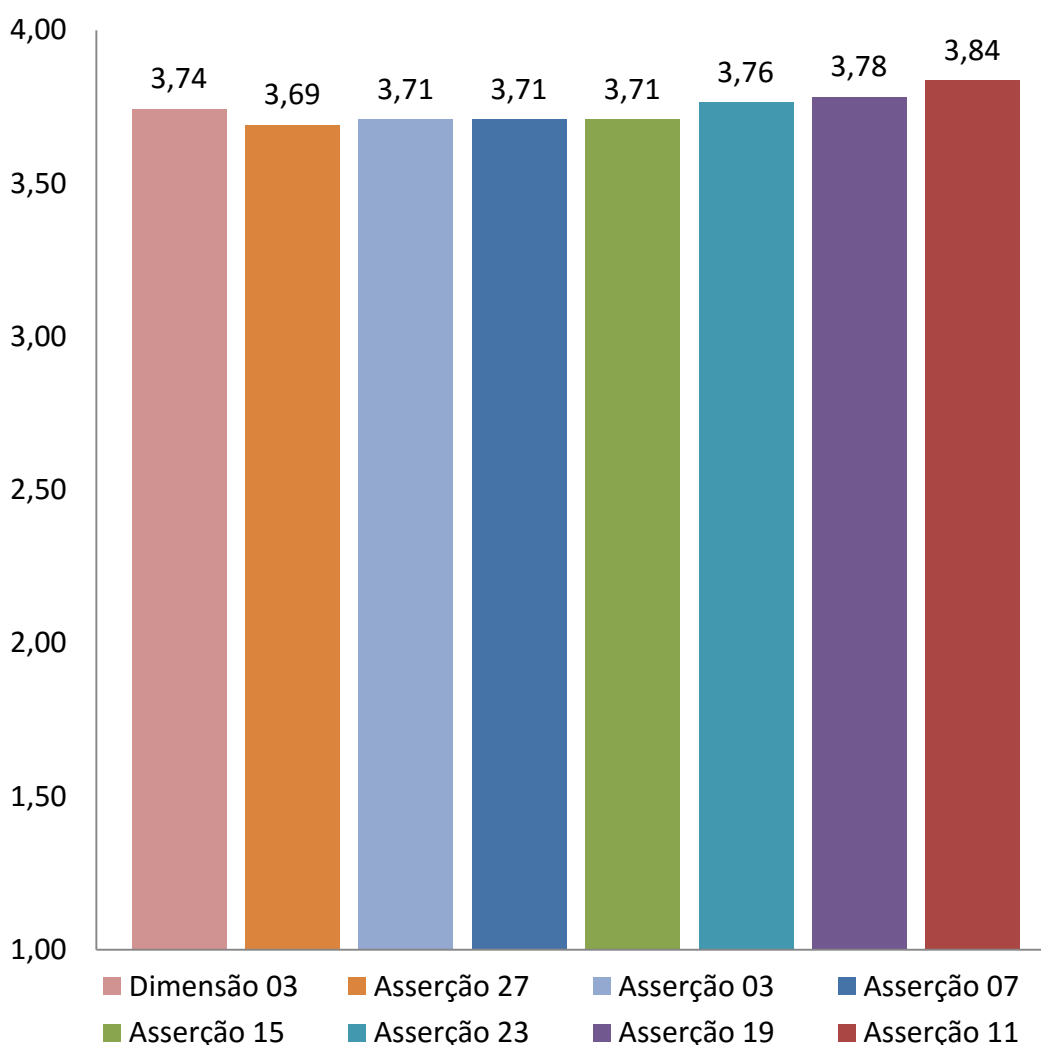


GRÁFICO 11: Valores das médias das assertões da Dimensão 3, “A diversidade e complementariedade dos métodos avaliativos, São Paulo, 2014.

No Gráfico podemos observar as médias das asserções que compõem esta dimensão. Todas foram pontuadas com 4 pontos para a concordância plena e os discentes e preceptores envolvidos inclinaram-se a concordância em todas.

Iniciamos neste momento a análise individualizada de cada asserção, demonstrando a média obtida por cada uma e a ancoragem teórica que lhe dá sustentação.

Na asserção 3 afirmou-se que **“A combinação de estratégias avaliativas no internato contribuiu para aquisição das competências (conhecimento, habilidade e atitude), de forma harmoniosa e equilibrada”**. Com avaliação positiva dos entrevistados.

Percebeu-se nesta discussão nos dois grupos pesquisados que o conjunto de estratégias avaliativas de forma harmoniosa e integrada muito colaboram para que de forma equilibrada ocorra o desenvolvimento das competências esperadas.

Estratégias diversas na nossa experiência, como o OSCE marcam de forma muito contundente questões ligadas a habilidades e atitudes, o portfólio reflexivo provoca no estudante reflexões e significados sobre seu aprendizado, a auto e a héteroavaliação induzem o diálogo franco entre docentes e discentes promovendo um debate quanto o desenvolvimento das distintas esferas de competência.

Preservamos na nossa experiência avaliativa o espaço para a prova teórica que é sempre acompanhada por feedback no seu final, sendo aberto uma discussão entre os estudantes sobre as respostas num exercício de aprendizagem compartilhada.

No que se refere a combinação de métodos avaliativos para o desenvolvimento de competências:

O processo avaliativo apresentou como pressuposto nuclear a dimensão formativa, envolvendo portfólio, observação participante, trabalhos individuais e grupais, além de trabalho de conclusão de curso. (BATISTA, 2005, p. 231-237)

Na asserção número 7 **“A combinação de estratégias avaliativas no processo avaliativo vivenciado procurou se pautar na resolução de problemas que**

dialogassem com a matriz epidemiológica real das comunidades em que os alunos estão inseridos. Esta asserçãoa apresentou entre os respondentes tendência a concordância.

No processo avaliativo em estudo, são priorizados durante o ciclo de quatro meses, as questões de maior incidência, prevalência e magnitude, tendo os momentos avaliativos sempre a intencionalidade de desenvolver profissionais com competência para a resolução de situações reais, sempre com respeito aos sujeitos atendidos e suas histórias de vida.

Na ótica da SBMFC a avaliação deve se pautar por problematizar situações reais utilizando formato diversos:

Problematizando a realidade e possibilitando a reflexão sobre a prática profissional, trabalhando em pequenos grupos de forma espiral e com diversos cenários e atividades (SBMFC 2011)

Esta combinação de cenários e avaliações propiciam ao aluno a capacidade de aumentar a sua habilidade na resolução de problemas, pois os problemas reais são complexos e multifacetados, envolvendo as pessoas nas suas distintas dimensões.

Na asserção 11 e 15 podemos notar resultados exitosos na percepção dos participantes da pesquisa, nas assertivas que afirmam que **“A combinação de métodos avaliativos no internato contribuiu para formação de profissionais com caráter crítico e reflexivo”** e **“A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para formação de um profissional com caráter generalista, capaz de atuar em todos os ciclos de vida”**.

Estas assertivas trazem no seu bojo, o olhar deste processo avaliativo em discussão que prioriza sempre uma avaliação crítica e reflexiva, em todos os ciclos de vida.

Os momentos avaliativos divesos, tem uma intencionalidade de promover uma postura cidadã, de engajamento e comprometimento com os processos vivenciados, cabendo ao aluno assumir o protagonismo de sua condição de sujeito que pode transformar as realidades a partir da sua atuação.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: “O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando-egresso o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”. (BRASIL, 2014).

Assim, verificamos como extremamente desejável que se busque construir um perfil de egresso do curso médico que prime pela postura reflexiva e crítica e tenha na sua formação um caráter generalista, sendo capaz de atuar nos cenários de prática que a população brasileira necessite, contrapondo-se a especialização precoce.

Neste prisma o desenho proposto na avaliação desta experiência na opinião dos respondentes prima pela busca deste perfil.

De forma positiva os respondentes opinaram sobre a assertiva **“A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para a formação de profissionais mais atentos com as questões éticas na sua atuação profissional”**.

A discussão trazida na assertiva 19, contempla na percepção dos pesquisados uma tendência positiva, corroborando, que o caráter ético em que se ancoram os momentos avaliativos, buscam este pressuposto como um norte.

Nesta experiência a partir da percepção dos entrevistados, o respeito nas relações entre todos os envolvidos são pontos primordiais, tendo na autoavaliação e héteroavaliação, momentos onde as questões de cunho ético são apresentadas e discutidas de forma franca e aberta entre os pares e discentes–docentes.

Ainda, segundo as DCN 2014, o egresso do curso médico deve desenvolver:

Capacidade de atuar, pautado em princípios éticos, nos processos saúde-doença e nos diferentes níveis de atenção, com ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação a saúde. (BRASIL, 2014)

Este processo acima discutido necessariamente deve envolver os profissionais das equipes, os preceptores, os internos e sobretudo a população assistida.

Princípios éticos são balizadores fundamentais em qualquer processo de ensino e devem ser avaliados por todos individualmente, em pequenos grupos e em coletivos maiores em discussões que abarquem a questão atitudinal de forma compromissada, dando a ela relevância devida.

As asserções 23 e 27 foram avaliadas positivamente por internos e preceptores e trazem que; **“A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para provocar insights nos estudantes para a busca de pontos frágeis nas distintas dimensões das competências” e “A combinação de estratégia avaliativa contribuiu para o aperfeiçoamento das ações de preceptoria no transcorrer do internato”**.

Foram evidenciados nestas assertivas com tendência a concordância pelos respondentes, que o processo avaliativo provocou a ampliação da percepção nos estudantes e preceptores sobre as fragilidades no desenvolvimento nas distintas dimensões das competências, a partir das combinações das avaliações realizadas (portfólio, autoavaliação, OSCE)

Este processo é ancorado em feedbacks constantes, num processo democrático que intenciona construir a partir de diálogos e pactos seu melhoramento e evolução contínua no processo de aprendizagem.

A adoção de uma prática formativa e democrática na avaliação, permite que também os docentes possam em diálogo constante com os discentes, avaliarem o próprio processo de ensino do internato, buscando seu aperfeiçoamento e melhoria.

Ainda segundo Batista (2005, p.231-237):

As autoavaliações, realizadas em todas as sessões tutoriais e de consolidação, objetivaram repensar o desenvolvimento dos alunos, a participação individual no processo de aprendizagem e o envolvimento dos professores nos rumos do curso.

5.4 – Meta- avaliação

A meta-avaliação considerada como a avaliação da avaliação, vem sendo cada vez mais utilizada como elemento que organiza e discute todo o processo avaliativo, conferindo a este mais consistência e rigor metodológico.

Esta dimensão na percepção dos respondentes, apresentou avaliação com tendência a concordância em 5 das 7 assertivas apresentadas, sendo a única dimensão com perda de assertivas neste estudo.

A meta-avaliação tem despertado crescente aumento de interesse no âmbito acadêmico e, segundo Scriven (1991) é definida como “avaliação de uma avaliação”. Davidson (2005) estabelece cinco critérios fundamentais para determinar mérito deste processo, são eles: validade, utilidade, conduta, credibilidade e custos.

No gráfico a seguir apresentaremos os resultados encontrados no grupo de internos, sendo os mesmos divididos por gênero e faixa etária.

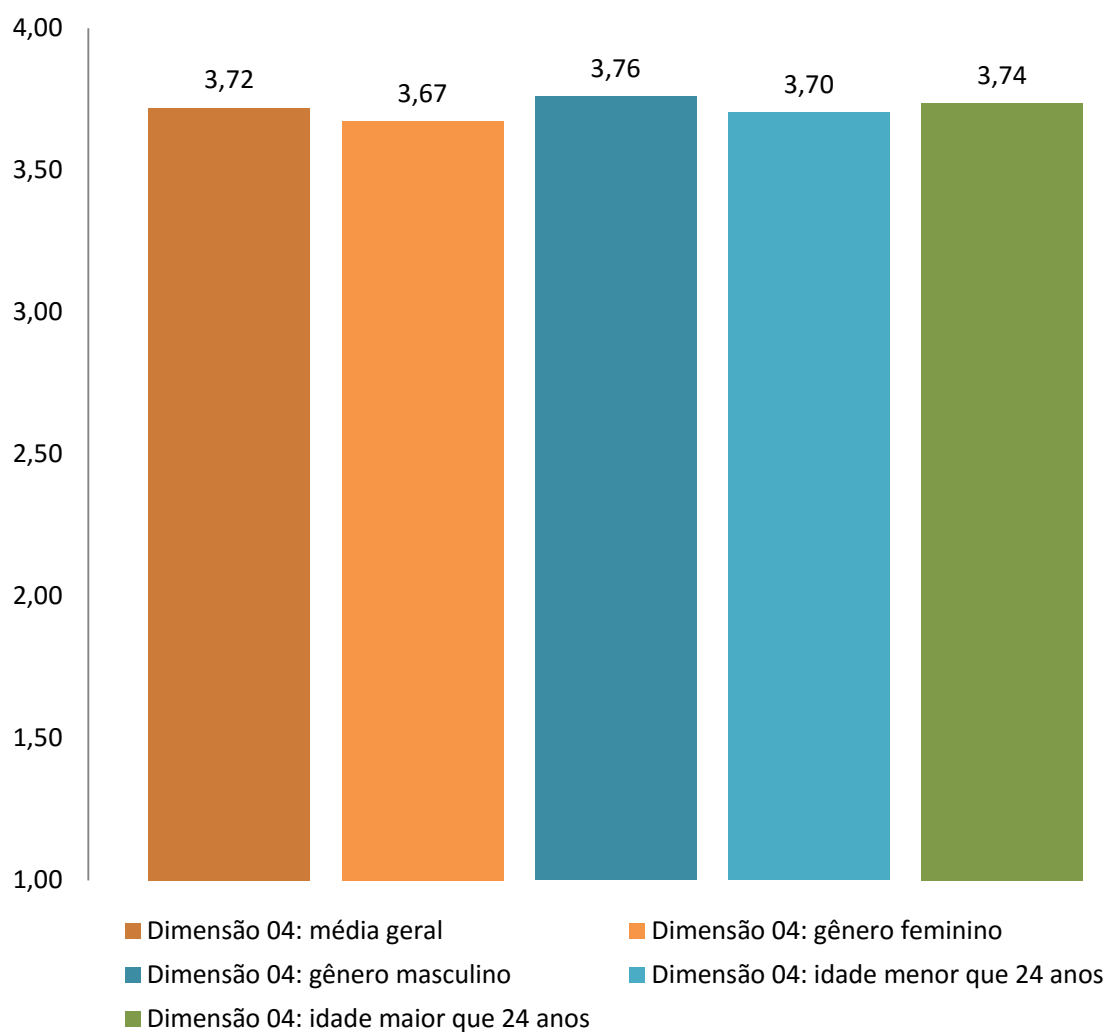


GRÁFICO 12: Perfil Geral Atitudinal da “Meta-avaliação”, por gênero e faixa etária, São Paulo, 2014.

Podemos perceber que as mulheres foram discretamente mais críticas que os homens e que a faixa etária não interferiu.

O próximo gráfico trás os resultados da visão dos preceptores, a partir da formação e do tempo de atuação.

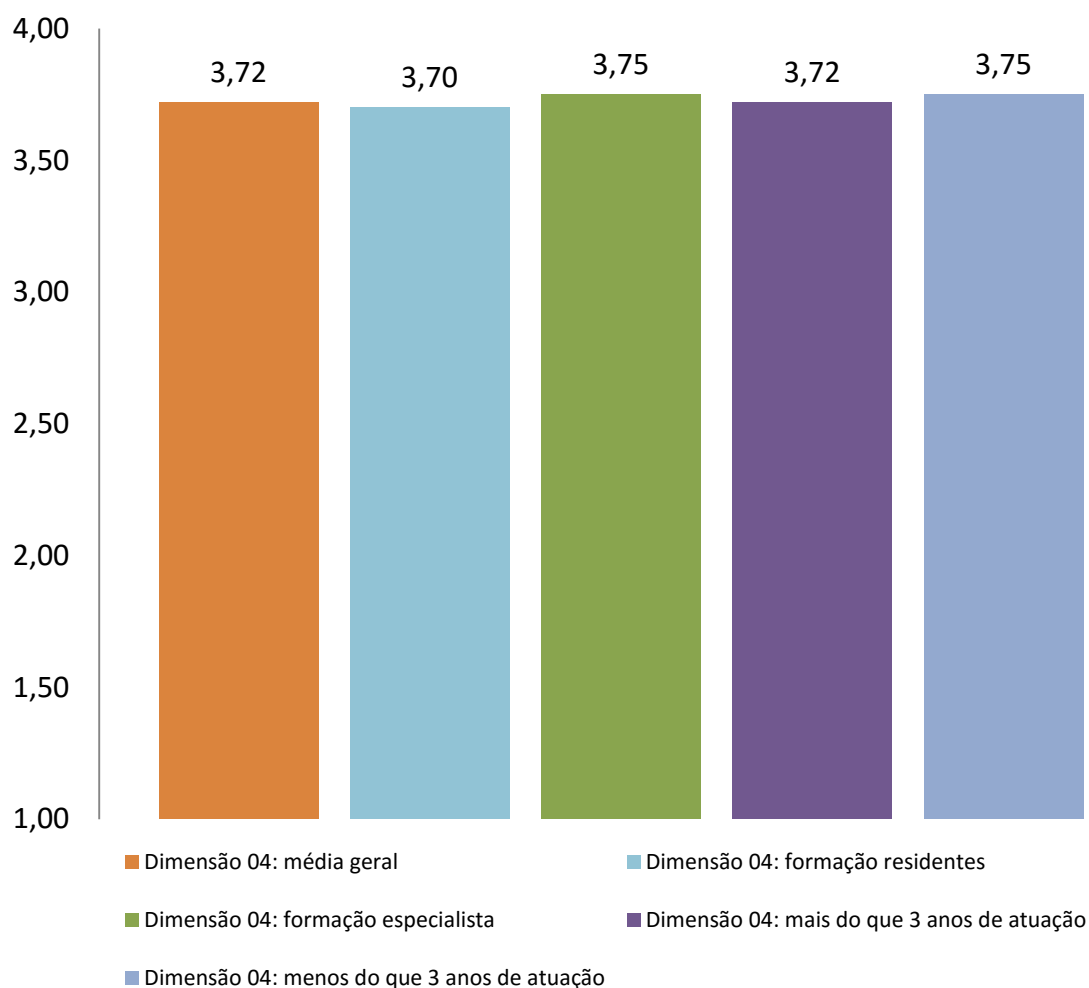


GRÁFICO 13: Perfil Geral Atitudinal da “Meta-avaliação” por formação profissional e tempo de atuação, São Paulo, 2014.

Quando nos detemos sobre a percepção dos preceptores, percebemos que os eixos formação profissional e tempo de atuação não interferiram na percepção deste grupo pesquisado.

Evidencia-se a positividade deste dado, pois, a meta-avaliação, se constitui num eficiente balizador dos modelos avaliativos usados no processo de ensino/aprendizagem e neste caso, foram reconhecidos tanto pelos preceptores com especialização, como pelos egressos de residência em APS.

Apresentaremos a seguir as asserções pesquisadas que foram validadas nesta dimensão e suas respectivas médias.

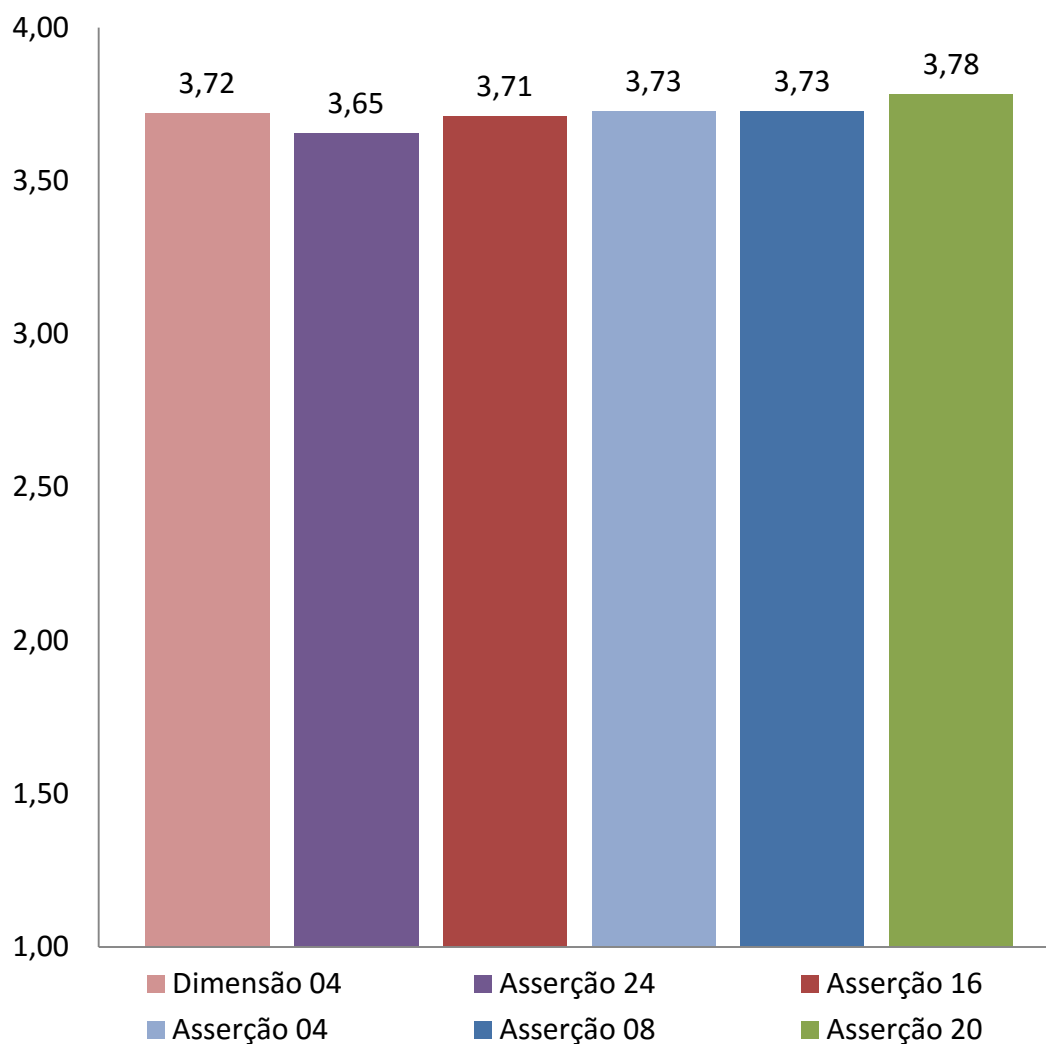


GRÁFICO 14: Valores das médias das asserções, “Meta-avaliação”, São Paulo, 2014.

Individualmente, apresentamos a média obtida por cada asserção, bem como os pressupostos teóricos que embasaram nossa pesquisa.

As asserção 4 foi ratificada pelos estudantes e preceptores e defendeu que **“O processo avaliativo abordou de forma correta e clara os conteúdos e vivência discutidos no transcorrer do internato”**.

Na visão dos respondentes, de forma coerente os processos avaliativos abordaram os momentos diversos do estágio, reforçando a visão positiva sobre o portfólio, discussões grupais de casos clínicos e prova teórica, momentos que refletiram o cotidiano das situações vivenciadas na UBS.

Quando se inicia o estudo de Meta-avaliação é fundamental que os docentes se questionem se as questões formuladas foram elaboradas de forma clara, coerente, permitindo que elas espelhem as realidades vivenciadas, segundo Davison (2005, p.206) são prerrogativas para alcançar este intento:

Para que as questões sejam consideradas corretas e claras e tenham validade é necessário que os seguintes questionamentos tenham sido realizados: (a) O avaliador fez inicialmente as questões corretas? (b) O avaliador dimensionou a avaliação apropriadamente? (c) O que foi deixado de fora deveria ter sido incluídas e vice-versa?

Esta capacidade de análise com maior profundidade dos processos avaliativos permite que o professor elabore as questões com a clareza necessária para o melhor alcance dos seus propósitos.

A asserção 8, avaliada de forma positiva pelos respondentes discutia que **“Os conteúdos escolhidos para serem avaliados apresentam relevância para o processo de aprendizagem e para a vida profissional do estudante”**.

A avaliação positiva desta asserção reflete a postura adotada pelos preceptores, nos vários momentos avaliativos, com o desenvolvimento de habilidades e atitudes que preparem o aluno para o mundo real.

Os questionamentos apresentados na avaliação aos internos levam em consideração além das competências esperadas, a própria questão de um sistema de saúde com déficits e distorções, devendo a avaliação gerar reflexões e compromissos com a superação destas dificuldades.

Segundo Davidson, além de uma avaliação ser relevante, ela deve ser disponibilizada de forma competente e ágil, para que seja possível boas decisões a partir de sua divulgação.

A avaliação deve ser relevante para as questões ou decisão dos interessados; pontuais, de modo que os resultados estejam disponíveis quando as pessoas interessadas necessitarem tomar decisões, e comunicadas claramente em

linguagem, mídia e canais de comunicação apropriados (DAVIDSON, 2005, pag 209)

A assertiva 16, na perspectiva dos entrevistados, mostrou concordância ao discutir que **“O processo de avaliação foi desenvolvido de forma justa e imparcial”**.

Nos vários momentos avaliativos vivenciados por parte dos respondentes, ficou caracterizado a concordância com a justiça e a imparcialidade, entendendo que os discentes apresentam-se de forma heterogêna no desenvolvimento de suas competências, devendo haver um olhar individualizado para cada um no apoio as fragilidades percebidas, sem ferir no entanto o senso coletivo de coerência na avaliação.

A percepção de justiça e coerência precisam estar presentes quando se deseja construir um projeto avaliativo que ambicione ser democrático e participativo, pois apenas com o engajamento efetivo de docentes e discentes se consegue progredir para avaliações com caráter formativo e emancipatório e para que isto ocorra é indispensável que exista uma clara percepção quanto a justiça e imparcialidade do processo avaliativo para todos os envolvidos. Os elementos fundamentais de credibilidade de uma avaliação são; (a) Familiaridade com o contexto; (b) Independência, imparcialidade e ou falta de interesse; (c) Expertise em avaliação e na matéria sob investigação. (DAVIDSON 2005, pág. 221)

A asserção 20 foi validada pelos pesquisados e discute que **“O tempo e a energia dispensados para o processo avaliativo foram adequados”**.

Um processo de avaliação formativo, processual, com feedback, de caráter emancipatório, como tentamos construir, exige um investimento importante de energia e tempo, tanto dos docentes como dos discentes.

Neste sentido a avaliação positiva se justifica pelo esforço coletivo de sair da avaliação tradicional somativa e ousar na qualificação deste processo.

É fundamental construir a ideia que este investimento de tempo, energia e recursos, são prioritários para que sejam melhorados os processos

educativos, não se avança na educação sem que se avance na avaliação, não se pode ter um ensino progressista, com uma avaliação retrógrada.

Na assertiva 24 que foi encarada positivamente pelos alunos e preceptores discute que **“O processo avaliativo teve seus resultados discutidos por todos os atores envolvidos”**.

Em que pese o tempo muitas vezes exíguo para coadunar a assistência e a preceptoria, existe por parte dos preceptores, um grande e genuíno interesse em discutir os progressos alcançados pelos internos, para que se possa qualificar o feedback, discutindo e pactuando novas metas com os discentes, à luz dos resultados alcançados nas avaliações.

Este parâmetro da discussão deve ser garantido com tempo protegido para que os preceptores e internos tenham a possibilidades de dirimir dúvidas e afinar percepções, o que nem sempre é possível pelas demandas de trabalho do preceptor.

Tivemos 02 assertivas não validadas que apresentaremos nos gráficos abaixo.

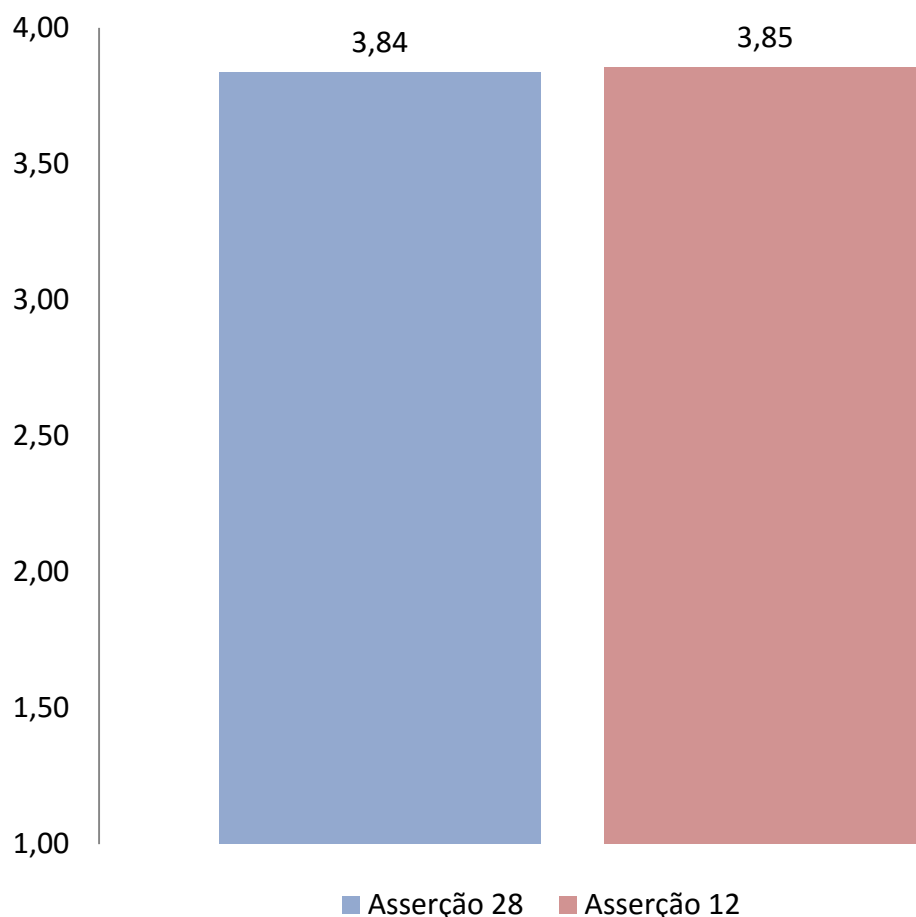


GRÁFICO 15: Valores das médias das asserções não validadas na primeira administração da dissertação “A Avaliação Formativa no Internato Médico em Atenção Primária à Saúde”, São Paulo, 2014.

Conforme podemos perceber as duas asserções não validadas tiveram médias altas revelando uma posição de consenso. A asserção 12 dizia **“O processo de avaliação se pautou por uma postura ética e comprometida com respeito aos indivíduos”** com atribuição de 4 pontos para a concordância e os respondentes mostram-se inclinados a concordar. Evidentemente este posicionamento evidencia o reconhecimento dos atores envolvidos quanto ao processo de avaliação proposto

Na asserção 28 afirmou-se que **“O processo avaliativo contribuiu para o aperfeiçoamento dos momentos educativos do internato”** também com 4 pontos para a concordância plena. É importante destacar a relação das duas asserções, pois, na medida em que a população envolvida reconhece o

compromisso ético da avaliação realizada, a mesma se constitui um aspecto qualificador do processo de ensino/aprendizagem.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

Como conclusões gerais a respeito da percepção dos discentes e preceptores sobre a Avaliação no Internato Médico em Atenção Primária da Casa de Saúde Santa Marcelina podemos destacar:

- Todas as dimensões ficaram numa zona de conforto apontando para a potência do modelo avaliativo proposto;
- Houve grande sintonia entre as percepções dos discentes e preceptores sobre o desenho avaliativo proposto para o internato revelando a assertividade da proposta que é um fator de grande relevância para o processo de ensino/aprendizagem;
- Ao compararmos as percepções dos dois grupos notamos uma percepção discretamente mais positiva e em especial na dimensão D-3 que tratou da diversidade e complementaridade dos métodos avaliativos. É importante ressaltar este aspecto, pois, isto denota claramente o bom uso de todas as práticas avaliativas por parte dos preceptores e a compreensão dos discentes quanto a qualificação que as mesmas trouxeram para o seu processo de formação.
- Os eixos de análise: gênero, faixa etária para os internos e formação e tempo de atuação dos preceptores, não revelaram uma interferência significativa na percepção encontrada.
- O aspecto da resolutividade no âmbito da APS foi avaliado positivamente à luz da percepção discente e docente bem como as ações consideradas fundamentais para o desenvolvimento da prática da APS;
- Os aspectos afeitos a relação médico/paciente como elementos estruturantes para a criação de vínculo tais como respeito e boa comunicação foram avaliados de forma adequada na opinião de discentes e docentes;

- As competências na construção de histórias clínicas e de desenvolvimento de trabalho coletivo (em equipe) também foram avaliadas a contento segundo a percepção dos atores envolvidos.
- Os aspectos constitutivos da avaliação formativa como aprendizagem compartilhada, estímulo ao diálogo, feedback, aperfeiçoamento da autoavaliação e parâmetros para a tomada de decisão foram contemplados no processo avaliativo desenvolvido no internato da APS da Casa de Saúde Santa Marcelina.
- O desenho avaliativo proposto para o referido curso mostrou-se exitoso nos aspectos da diversidade e complementariedade na medida em que provas teóricas, autoavaliações, OSCE, heteroavaliações e portfólios reflexivos desempenharam parâmetros norteadores seguros ao longo do processo de formação.
- Evidenciou-se que no tocante a meta-avaliação que os critérios fundamentais usados nos processos de meta avaliação como: validade, utilidade, conduta, credibilidade e custos foram percebidos com positividade, por ambos os grupos pesquisados.

Esta pesquisa, ao interagir com o campo da avaliação no internato médico, sobretudo na área de Medicina de Família e Comunidade, pretendeu contribuir para o debate desta temática, entendendo a necessidade de aprofundamento do tema em estudos futuros.

O instrumento atitudinal tipo Likert proposto nesta dissertação demonstrou ser um potente instrumento de pesquisa, tendo 26 assertivas validadas de um total de 28 propostas (perda de apenas 7,14 das asserções). No que se refere ao coeficiente de confiabilidade, o instrumento alcançou índice de 0,81 na sua pontuação, demonstrando que foi bem concebido e apresentando densidade estatística para colaborar em futuras pesquisas.

Acreditamos que este instrumento possa ser utilizado em internatos de APS de outras instituições de ensino superior que tenham propostas similares ao investigado nesta pesquisa..

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, Rafael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

BATISTA, Nildo et al. **O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde**. Rev. Saúde Pública [online]. 2005, vol. 39, n.2, pp. 231-237.

BATISTA, N. A. **Conhecimentos, experiência e formação: do médico ao professor de medicina**: estudo sobre a disciplina formação didática- pedagógica em saúde nos cursos de pós-graduação da Unifesp/EPM. São Paulo, 1997.137f. Tese de livre docência – Unifesp / EPM.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Resolução nº 3. Brasília –DF: 2014. Disponibilidade e Acesso < www.mec.gov.br/> Acesso 01 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Manual do internato**. Brasília: MEC; 1984.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Marcos teórico políticos**. Brasília, MS, Editora MS, 2004, p.7. Disponibilidade e Acesso < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf > Acesso 07 jun.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde 2006**: Brasília: Editora MS, 2006. v. 4.

BRUNO, L. F. C. **Qualidade de vida no trabalho** – Universidade do Amazonas, 1999

CIPRIANO, C. L. **A avaliação da aprendizagem escolar**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

CIPRIANO, C.L. **Avaliação da Aprendizagem Escolar**: estudos e proposições. São Paulo: Cortez, 1994.

CUSHING, H. **The life of Sir William Osler**. Clarendon Press, Oxford, 1925.

DANTAS, F. **Avaliação quali-quantitativa das disciplinas curriculares**: A experiência da Universidade Federal de Uberlândia. Revista Brasileira de Educação Médica, ABEM. Rio de Janeiro, V 25, n .1. p. 12-16, jan/abr .2001

DAVIDSON, E. J. **Evaluation Methodology Basics**. Thousands Oaks, CA: Sage, 2005

DEFFUNE, D. **Competências, habilidades e currículos de educação profissional**: crônicas e reflexões. São Paulo: SENAC São Paulo, 2000.

FERREIRA, B. J. – **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico**, Campinas, São Paulo, 2004.

FERREIRA, B.J.; BATISTA, N.A; BATISTA, S.H.S.S. **O Processo de Ensino/Aprendizagem no Mestrado Profissional - MP-Norte: Análise de um experiência.** Enseñanza de las Ciencias **JCR**, v. extra, p. 1246, 2013.

FERREIRA, C.E; RIBEIRO, M.M.C; LEAL, S.S. **Praticando a relação médico – paciente III: aspectos terapêuticos da consulta. Clínica Médica: Relação médico-paciente**, vol 2, n 1. Rio de Janeiro. MEDSI. Editora Médica Científica LTDA, 2002

FREITAS, L.C. de. **Crítica da organização do trabalho pedagógico e da didática.** Campinas: Papirus, 1995.

FREITAS, L. C (Org.). **Avaliação construindo o campo e a crítica.** Florianópolis: Insular, 2002

FREIRE, P. **Educação e mudança.** 21. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada.** New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

HAYDT, R.C. **Avaliação dos processos de ensino aprendizagem.** 6 ed. São Paulo: Ática, 1977

HADJI, C. **A avaliação desmistificada.** Porto Alegre: ARTMED, 2001

HOFFMAN, J. **Avaliação: Mito e Desafio.** Uma perspectiva construtivista. 28. ed. Porto Alegre: Educação e Realidade, 2000.

LAFUENTES. J. V. et al. **El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional.** Educación Médica, 10(2), 86-92, 2007.

LIBÂNEO, J. C. **Tendências pedagógicas na prática escolar.** In: Democratização da escola pública. Loyola, 1999, pag 19-44

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar.** São Paulo: Cortez, 1998.

MACEDO, Lino de. **Avaliação na educação.** Marcos Muniz Melo (Organizador), 2007

MEDIANO, Z. D. **Módulos instrucionais para mediar a avaliação em educação.** 2 edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves 1997.

MINAYO, M.C.S(ORG). **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes ,2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. Clínica Ampliada.** Brasília: Distrito Federal, Editora MS, 2009. Disponibilidade e Acesso < bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf > Acesso 05 jun.2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. **Atribuições Comuns a todos profissionais.** Brasília; Distrito Federal, Editora MS, 2012. Disponibilidade e Acesso < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso 05 jun. 2014.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em 26 nov.2012.

MORAES, S. G; JUSTINO, M. L; FERREIRA, B. J; BARBOSA, E.P; BRUNO, L.F; PEREIRA, L. A. V. – **Development and Validation of Strategy to Assess Teaching Methods**. In: Progress in Education. Volume 28. Nova Science Publishers, Inc, 2012.

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites**. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D (org.) **O sistema único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 38-39.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 nov. 2004.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia**. Revista Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9

PERRENOUD, P. **Avaliação: Da excelência à regulação da aprendizagem entre as lógicas**. Porto Alegre: Arte Médicas,1999

RITZ, M. C. – **Qualidade de Vida no Trabalho: Construindo, Medindo e Validando uma Pesquisa** – Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica (IMECC), UNICAMP, Campinas, dezembro de 2000.

RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. **Contribuições para o conhecimento em sobre gestão e gerenciamento de enfermagem competências**. Rev.Gaúcha Enferm, Porto Alegre, 2007 dez, 28(4) 570-3

SANTOS, M.R, VARELA, S. **A Avaliação como um instrumento diagnóstico na construção de conhecimentos nas séries iniciais do ensino fundamental**. Revista Eletrônica de Educação, Ano 1, n° 1, agosto/dezembro. 2007

SAUL, A. M. **Avaliação Emancipatória: Desafios à teoria e a prática de avaliação e reformulação de currículo**, São Paulo: Cortez, 1995

SBMFC, DOCUMENTO. **Diretrizes para o ensino na Atenção Primária à Saúde na graduação em Medicina**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis. 2011. Abr-Jun; 6(19): 145-50.

SCHIMIDT, M. J. – **Understanding and Using Statistics Basic Concepts** – Massachusetts, USA: D.C. Heath and Company, 1975.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus**. 4. Ed. Newbury Park, CA: Sage, 1991

SILVA, H. R; FERREIRA, B. J; MORENO, L. R. **O Processo de Formação Profissional nos Semi-internatos: a percepção do acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Pará, Brasil**. Enseñanza de las Ciencias **JCR**, v. Extra, p. 3002-3007, 2013.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L.D (org.) **O sistema único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. cap. 10, p. 221-240.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

VUORI, H. **Primary health care in Europe**. Problems and solutions. Community Med, n.6, p.221 – 31. 1984.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**. Planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

ANEXOS

1. Instrumento de Coleta de Dados: Escala Likert

1. O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento dos conhecimentos esperados pelos estudantes para atuação de forma resolutiva e segura sobre as principais necessidades da população.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

2. O processo avaliativo do internato propiciou feedback aos alunos.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

3. A combinação de estratégias avaliativas no internato contribuiu para aquisição das competências (conhecimento, habilidade e atitude), de forma harmoniosa e equilibrada.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

4. O processo avaliativo abordou de forma correta e clara os conteúdos e vivência discutidos no transcorrer do internato.

- (4) concordo plenamente
- (3) inclinado a concordar
- (2) inclinado a discordar
- (1) discordo plenamente

5. O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das habilidades esperadas pelos estudantes nas ações fundamentais nas práticas clínicas em APS.

- (4) concordo plenamente
- (3) inclinado a concordar
- (2) inclinado a discordar
- (1) discordo plenamente

6. O processo avaliativo do internato na propiciou parâmetros para novas tomadas de decisões.

- (4) concordo plenamente
- (3) inclinado a concordar
- (2) inclinado a discordar
- (1) discordo plenamente

7. A combinação de estratégias avaliativas no internato contribuiu para a formação de profissionais mais hábeis na resolução de problemas.

- (4) concordo plenamente
- (3) inclinado a concordar
- (2) inclinado a discordar
- (1) discordo plenamente

8. Os conteúdos escolhidos para serem avaliados apresentam relevância para o processo de aprendizagem e para a vida profissional do estudante.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

9. O processo avaliativo do internato avaliou o desenvolvimento das atitudes esperadas pelos estudantes pautadas no respeito aos sujeitos da assistência e no cuidado da relação médico-paciente.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

10. O processo avaliativo do internato propiciou momentos de diálogo.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

11. A combinação de métodos avaliativos no internato contribuiu para formação de profissionais com caráter crítico e reflexivo.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

12. O processo de avaliação se pautou por uma postura ética e comprometida com respeito aos indivíduos.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

13. O processo avaliativo do internato procurou analisar o desenvolvimento da comunicação verbal dos estudantes na relação com a sua prática profissional.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

14. O processo avaliativo do internato propiciou aprendizagem compartilhada.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

15. A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para formação de um profissional com caráter generalista, capaz de atuar em todos os ciclos de vida.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

16. O processo de avaliação foi desenvolvido de forma justa e imparcial.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

17. O processo avaliativo do internato procurou averiguar o desenvolvimento do domínio da escrita nos processos de construção de histórias clínicas por parte dos estudantes em suas atividades.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

18. O processo avaliativo do internato utilizou a autoavaliação dos estudantes como processo de construção e aperfeiçoamento de suas competências.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

19. A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para a formação de profissionais mais atentos com as questões éticas na sua atuação profissional.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

20. O tempo e a energia dispensados para o processo avaliativo foi adequado.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

21. O processo avaliativo do internato procurou avaliar o desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe nas atividades dos estudantes.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

22. O processo avaliativo do internato propiciou momentos de reflexão sobre a importância e intencionalidade de cada estratégia avaliativa.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

23. A combinação de estratégias avaliativas contribuiu para provocar insights nos estudantes para a busca de pontos frágeis nas distintas dimensões das competências.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

24. O processo avaliativo teve seus resultados discutidos por todos os atores envolvidos.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

25. O processo avaliativo do internato procurou avaliar o desenvolvimento da capacidade para resolução de problemas reais nas práticas dos estudantes.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

26. O processo avaliativo do internato contemplou os vários momentos de estratégia avaliativa como etapas estruturantes na formação dos estudantes.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

27. A combinação de estratégia avaliativa contribuiu para o aperfeiçoamento das ações de preceptoria no transcorrer do internato.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

28. O processo avaliativo contribuiu para o aperfeiçoamento dos momentos educativos do internato.

(4) concordo plenamente

(3) inclinado a concordar

(2) inclinado a discordar

(1) discordo plenamente

APÊNDICE

São Paulo, 14 de janeiro de 2014

Prezada,

Irmã Monique Bourget – Coordenadora Atenção Primária à Saúde da Casa de Saúde Santa Marcelina.

Eu, Martim Elviro de Medeiros Junior, venho por meio dessa, solicitar autorização para a realização do estudo intitulado "*A avaliação formativa no internato médico em Atenção Primária à Saúde*" que objetiva analisar, a partir da percepção dos internos e preceptores, uma proposta com diferentes métodos avaliativos no internato médico em Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que faz parte do projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Centro de Estudos no Ensino Superior em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Para realização da coleta de dados pretende-se utilizar como campo de pesquisa o Internato Médico em Atenção Primária à Saúde (APS) da Casa de Saúde Santa Marcelina da vossa instituição, localizada na região de Itaquera, sediado na rua Santa Marcelina, zona leste do Município de São Paulo.

A pesquisa contará com o universo de 25 preceptores do Programa de Internato em APS e de 1 turma de 50 internos que concluíram seu estágio em APS neste internato.

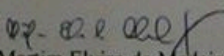
Será utilizada como técnica de coleta de dados a aplicação de questionário elaborado do tipo escala atitudinal *Likert* aos internos e preceptores, e posteriormente, será realizado um grupo focal de aprofundamento com os preceptores.

Os participantes serão informados sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes, bem como da isenção de despesas a todos os participantes que concordarem voluntariamente em participar desse estudo, em conformidade com as Diretrizes da Resolução 466/12 da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP localizado na rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto 14, cep 04023061, SP cujo telefone de contato: 55 (11) 5571 1062 e e-mail: cepunifesp@unifesp.br.

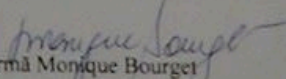
Enquanto pesquisador me comprometo a respeitar todos os preceitos éticos e legais que envolvem a execução dessa pesquisa.

Atenciosamente


Martim Elviro de Medeiros Junior
Responsável pela pesquisa

Data: 14/01/2014

Ciente e de Acordo


Irmã Monique Bourget

Coordenadora Atenção Primária à Saúde da
Casa de Saúde Santa Marcelina

Data: 14/01/2014

Martim Elviro de Medeiros Jr – Coordenador do Internato Médico em Atenção Primária da Casa de Saúde Santa Marcelina.

Eu, Martim Elviro de Medeiros Junior, autorizo a realização do estudo intitulado “*A avaliação formativa no internato médico em Atenção Primária à Saúde*” que objetiva analisar, a partir da percepção dos internos e preceptores, uma proposta com diferentes métodos avaliativos no internato médico em Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que faz parte do projeto de dissertação de mestrado apresentado ao Centro de Estudos no Ensino Superior em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Para realização da coleta de dados pretende-se utilizar como campo de pesquisa o Internato Médico em Atenção Primária à Saúde (APS) da Casa de Saúde Santa Marcelina da vossa instituição, localizada na região de Itaquera, sediado na rua Santa Marcelina, zona leste do Município de São Paulo.

A pesquisa contará com o universo de 25 preceptores do Programa de Internato em APS e de 1 turma de 50 internos que concluíram seu estágio em APS neste internato.

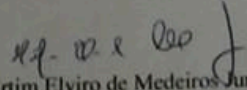
Será utilizada como técnica de coleta de dados a aplicação de questionário elaborado do tipo escala atitudinal *Likert* aos internos e preceptores, e posteriormente, será realizado um grupo focal de aprofundamento com os preceptores.

Os participantes serão informados sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes, bem como da isenção de despesas a todos os participantes que concordarem voluntariamente em participar desse estudo, em conformidade com as Diretrizes da Resolução 466/12 da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde.

Não tenho consideração nem dúvidas sobre a ética da pesquisa, e já entrei em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP localizado na rua Botucatu, 572, 1º andar, conjunto 14, cep 04023061, SP cujo telefone de contato: 55 (11) 5571 1062 e e-mail: cepunifesp@unifesp.br.

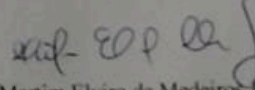
Enquanto pesquisador me comprometo a respeitar todos os preceitos éticos e legais que envolvem a execução dessa pesquisa.

Atenciosamente


Martim Elviro de Medeiros Junior
Responsável pela pesquisa

Data: 14/01/2014

Ciente e de Acordo



Martim Elviro de Medeiros Jr
Coordenador do Internato Médico em Atenção Primária da Casa de Saúde Santa Marcelina

Data: 14/01/2014

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA INTERNOS EM APS DA CASA SAÚDE SANTA MARCELINA
(ESCALA ATITUDINAL TIPO *LIKERT*)

PROJETO: A avaliação formativa no internato médico em Atenção Primária a Saúde.

Você está recebendo nesse momento informações sobre o Projeto “A avaliação formativa no internato médico em Atenção Primária a Saúde”, desenvolvido pelo pesquisador Martim Elviro de Medeiros Junior, sob orientação da Prof. Dr. Nildo Alves Batista na Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP-EPM – no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS).

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que objetiva analisar a partir da percepção dos internos e preceptores, uma proposta de avaliação com diferentes métodos avaliativos no internato médico em Atenção Primária à Saúde.

Solicito autorização para aplicação do questionário (do tipo Likert) a serem utilizados nesta pesquisa. Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo, assim como a qualquer momento da realização dessa pesquisa.

O estudo não apresenta riscos para os participantes. Não há benefício direto para o participante. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador Martim Elviro de Medeiros Jr pode ser encontrada na Rua Aguapeí, 235, apto 11ª – Cep:03325-000 – Vila Santo Estevão – São Paulo – tel: 011 – 953660592.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

É garantida a retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à sua atividade no trabalho.

Você será mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo «A avaliação formativa no internato médico em Atenção Primária a Saúde ».

Eu discuti com o pesquisador Martim Elviro de Medeiros Junior sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido neste serviço.

.....

Assinatura do entrevistado

Data.....

.....

Assinatura da testemunha

Data.....

(Para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a participação neste estudo.

.....

Assinatura do responsável pelo estudo

Data.....

