



MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE - UNICHRISTUS

MAYRA COSTA BALTAZAR MARINHO

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E A PERCEPÇÃO
DE DOCENTES E DISCENTES NA CLÍNICA MÉDICA ATRAVÉS DO
INSTRUMENTO MINI-CEX EM UM HOSPITAL EM FORTALEZA/CE**

FORTALEZA

2018

MAYRA COSTA BALTAZAR MARINHO

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E A PERCEPÇÃO DE
DOCENTES E DISCENTES NA CLÍNICA MÉDICA ATRAVÉS DO INSTRUMENTO
MINI-CEX EM UM HOSPITAL EM FORTALEZA/CE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Ensino em
Saúde do Centro Universitário Christus,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof. Dr. Kristopherson
Lustosa Augusto

FORTALEZA

2018

Ficha catalográfica elaborada por Dhanielle Sales Evangelista – CRB 3/854

M337a MARINHO, Mayra Costa Baltazar
Avaliação do processo de ensino-aprendizagem e a percepção de docentes e discentes na clínica médica através do instrumento mini-cex em um hospital e Fortaleza/CE./ Mayra Costa Baltazar Marinho. – Fortaleza, 2018.
53f. ; il.

Dissertação (Mestrado). Centro Universitário Christus – Unichristus, Mestrado em Ensino em saúde, Fortaleza, 2018.
Orientação: Kristopherson Lustosa Augusto
Área de concentração: Metodologia Ativa

1. Feedback 2. Educação em Saúde 3. Avaliação em Saúde 4. Internato e Residência. I. AUGUSTO, Kristopherson Lustosa II. Centro Universitário Christus III. Título

CDD 610.5

MAYRA COSTA BALTAZAR MARINHO

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM E A PERCEPÇÃO DE
DOCENTES E DISCENTES NA CLÍNICA MÉDICA ATRAVÉS DO INSTRUMENTO
MINI-CEX EM UM HOSPITAL EM FORTALEZA/CE

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Ensino em
Saúde (MEPES), do Centro Universitário
Christus, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Ensino em
Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kristopherson
Lustosa Augusto

Aprovada em: 19/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Kristopherson Lustosa Augusto
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Raquel Autran Coelho Peixoto
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Carlos Ewerton Maia Rodrigues
Universidade de Fortaleza

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que participaram deste difícil processo de fazer uma pesquisa de campo e escrever um trabalho científico com rigor e suavidade.

Em primeiro lugar a Deus, que me proporcionou viver este momento. Aos meus pais, que se esforçam e me apoiam para que possa crescer na minha profissão. Ao meu esposo, por estar ao meu lado, ouvindo-me e apoiando-me em tudo que é necessário.

Agradeço ao Kristopherson Lustosa por ter aceitado ser meu orientador em um projeto que não fazia parte da minha linha de pesquisa e me lançava nos mares pouco navegados da metodologia ativa de Ensino em Saúde. Agradeço o olhar curioso e a vontade de me fazer sempre refletir sobre meu projeto.

Agradeço à professora Mônica Cordeiro por ter me auxiliado na pesquisa qualitativa, participando tão ativamente na construção deste trabalho e partilhando sua experiência comigo.

À coordenação da Unichristus, por me proporcionar boas condições de ensino e me ajudar a concretizar este sonho do mestrado.

Aos colegas professores e aos estudantes de Medicina que, ao participarem desta pesquisa, me mostraram ainda mais a complexidade e a beleza que existem na docência.

A todos os amigos e colegas, que, de forma direta ou indireta, ajudaram-me neste projeto com palavras de apoio, com críticas construtivas e com afetividade.

Que Deus, em sua infinita misericórdia, possa derramar muitas bênçãos sobre todos vocês que me ajudaram neste momento de crescimento acadêmico!

Só tenho a agradecer!

RESUMO

Introdução: O Mini-Cex (*“mini-clinical examination exercise”*) é um método de avaliação e informação que abrange os domínios: anamnese, exame físico, aconselhamento, julgamento clínico, organização/eficiência e profissionalismo. O internato de clínica médica é um momento de aprendizagem e informação em cenário de prática, no entanto, muitas vezes, o aluno pode não ser visto diretamente exercendo suas habilidades a serem desenvolvidas na matriz de competências, como a coleta de anamnese. **Objetivo:** Avaliar o Processo de Ensino-Aprendizagem e a Percepção de Docentes e Discentes na Clínica Médica através do Instrumento Mini-Cex em um Hospital em Fortaleza/CE. **Material e Métodos:** Estudo qualitativo realizado no Hospital Geral Waldemar de Alcântara, no período de fevereiro a julho de 2017. Participaram do estudo 20 internos, 13 residentes e 5 preceptores de Clínica Médica. **Resultados:** Durante a aplicação do grupo focal, observamos, nas informações dos internos, uma inquietação quanto à avaliação através do instrumento Mini-Cex, visto que relataram sentirem-se pressionados com a presença do preceptor durante a avaliação à beira do leito, e que o *feedback* era curto para proporcionar ganho de aprendizagem. No grupo focal, os residentes apontaram que é válida a avaliação, pois levou-os a revisarem alguns pontos da literatura médica; e que a inclusão do tempo de *feedback* proporciona uma maior aproximação do preceptor com o residente, mas necessita de padronização do tempo de aplicação. Para os preceptores, a principal dificuldade é com a gestão de tempo em cenário de prática, mas consideram um método eficaz para avaliação do residente e do interno. **Conclusão:** No grupo de internos, foram relatadas dificuldades, como o tempo para aplicação da técnica de Mini-Cex e inabilidade de *feedback* estruturado e efetivo por meio dos preceptores. Nas falas dos residentes, há uma aceitação na avaliação com o Mini-Cex, entretanto necessita de ajustes para que o tempo proporcione um ganho de aprendizagem efetivo. Ressalta-se a importância de treinamento em devolutiva dos preceptores em cenário de prática, bem como uma maior horizontalidade na relação professor/aluno.

Descritores: *Feedback*. Educação em Saúde. Avaliação em Saúde. Internato e Residência.

ABSTRACT

Introduction: The mini-clinical examination exercise is a method of assessment and information that covers the following areas: anamnesis, physical examination, counseling, clinical judgment, organization / efficiency and professionalism. The medical internship is a time of learning and information in practice scenario, however, often the student may not be seen directly exercising their skills to be developed in the matrix of competencies, such as the collection of anamnesis. **Material and Methods:** A qualitative study was performed at Waldemar de Alcantara General Hospital, from February to July 2017, after approval by the Research Ethics Committee of the Centro Universitario Christus, N° 1.881.091/2016. **Results:** During the application of the focal group we observed in the inmates' information a concern about the evaluation through the mini-cex instrument, since they reported feeling pressured by the presence of the preceptor during the assessment at the bedside, and that feedback was short for providing a learning gain. In the focus group, the residents refer that the evaluation is valid because it led them to review some points in the medical literature and that the inclusion of the feedback time provides a greater approximation of the preceptor with the resident, but requires a standardization of the time of application. For preceptors the main difficulty is with time management in a practice scenario, but they consider an effective method for evaluating the resident and the intern. **Conclusion:** In this group of interns it was reported difficulties, such as the time for application of the mini-cex technique and the inability of structured and effective feedback through the preceptors. In the residents' speech there is an acceptance in the evaluation with the Mini-Cex, however, for the group needs adjustments in the semester schedule so that the time provides an effective learning gain. It is important to emphasize the importance of training in the return of preceptors in a practice scenario, as well as a greater horizontality in the teacher / student relationship.

Key-Words: Feedback. Health Education. Health Evaluation. Internship and Residency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Conselho Federal de Educação (CFE)

Ministério da Educação e Cultura (MEC)

Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCN)

Mini-Clinical Examination Exercise (Mini-Cex)

Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed)

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde)

SUMÁRIO

1 Introdução.....	7
2 Objetivos.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 Referencial Teórico.....	16
2.1 Metodologia Ativa de Ensino.....	16
2.2 Mini-Cex.....	18
2.3 <i>Feedback</i>	20
4 Material e Métodos.....	22
5 Resultados e Discussão da Análise Qualitativa.....	26
5.1 <i>Feedback</i> X Aprendizagem.....	28
5.2 Avaliação beira- leito.....	33
6 Conclusões.....	35
Referências.....	36
Apêndices.....	45
APÊNDICE A – Produto da tese: Manual e questionário de Mini-Cex adaptado após discussão em Grupos Focais.....	45
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50

1 INTRODUÇÃO

A educação não pode ser uma prática de depósito de conteúdos apoiada numa concepção de homens como seres vazios, mas de problematização dos homens em suas relações exteriores, propondo a educação de adultos como prática de liberdade. A educação problematizadora fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilita a ambos aprenderem juntos, e trabalha a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas (FREIRE, 2014).

É necessário refletirmos sobre o ensinar e o aprender. Ensinar exige rigor, respeito, estética e ética, aceitação do novo, e rejeição a qualquer forma de discriminação, além da reflexão crítica sobre a prática (FREIRE, 2014).

Educar é, portanto, acionar os meios intelectuais do educando para que seja capaz de assumir o pleno uso de suas potencialidades físicas, intelectuais e morais. Esta é uma das condições para que ele se construa como sujeito livre e independente daqueles que o estão gerando como ser humano (KNOWLES; HOLTON III *et al*, 2014).

A avaliação deve ser indissociável do processo educacional, aplicada em vários momentos do curso e reconhecida pelo próprio estudante como um sinal norteador de seu progresso. A observação das habilidades clínicas dos estudantes pelos professores é fundamental para se afirmar que o estudante atingiu o nível de competência necessário a determinada etapa de seu aprendizado. Para o professor, o processo avaliativo também deve funcionar como um recurso no controle de qualidade do que ele está ensinando (SEMIM, DE MELLO *et al* 2009).

O ato de ensinar não pode ser percebido como algo mecânico e, portanto, que não necessita de reajustes constantes. A maneira de ensinar, os meios utilizados, e a forma de avaliação devem passar por um processo que permita o alcance real da aprendizagem. Para isso, o docente deve ter plena noção de seu papel como mediador dos alunos (LIBÂNEO, 2004).

Na educação convencional, centrada no professor, é sugerido que o aluno se adéque a um currículo estabelecido; já na educação de adultos, o currículo é construído em torno das necessidades e dos interesses do aluno, ocorrendo por

meio de situações, e não de disciplinas. Cada adulto se vê em situações específicas em relação ao seu cotidiano e solicitam uma reformulação. É nesse ponto que se inicia a Andragogia (educação de adultos), centrada no aluno. (KNOWLES; HOLTON III *et al*, 2014).

A maior parte do aprendizado do adulto ocorre por meio da substituição indireta da experiência e pelo conhecimento adquirido previamente. A educação de adultos é uma tentativa de descobrir um novo método, proporcionando um incentivo para a aprendizagem; suas implicações são qualitativas, não quantitativas. Os aprendizes adultos possuem ambições intelectuais menos propensas a serem estimuladas pelas exigências rígidas e inflexíveis das instituições autoritárias e convencionais da aprendizagem (KNOWLES; SWANSON *et al*, 2011)

A educação baseada em problemas utiliza a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas. Para ser significativo, o conteúdo deve relacionar-se a conhecimentos prévios do aluno, exigindo deste uma atitude favorável capaz de atribuir significado próprio aos conteúdos que aprendeu; e exigindo do professor uma tarefa mobilizadora para que a aprendizagem aconteça. Por outro lado, o aprendizado mecânico é quando o aluno não consegue estabelecer ligações do conteúdo novo com anteriores, porque não contém os conhecimentos necessários para que tais conteúdos se tornem significativos ou não está mobilizado para uma aprendizagem ativa (AUSUBEL, 1982).

Existem quatro estilos de aprendizagem: ativo, reflexivo, teórico e pragmático. O ativo busca novas experiências, o reflexivo gosta de observar, o teórico busca analisar e sintetizar, e o pragmático formula estratégias para aprender. Em cada pessoa, é possível identificarmos características dos vários estilos de aprendizagem, porém cada um possui um estilo predominante (HONEY; MUMFORD, 2000).

A relação professor/aluno é uma forma de interação que dá sentido ao processo educativo, uma vez que é no coletivo que os sujeitos elaboram conhecimentos. Por isso, o professor precisa refletir, a todo o momento, sobre sua prática, fundamentando-se em uma base teórica e sólida (DA SILVA; NAVARRO, 2012).

Na prática da formação docente, é fundamental o educador assumir que o indispensável pensar certo tem que ser produzido pelo próprio aprendiz em comunhão com o professor formador (FREIRE, 2014).

Na educação e na saúde, observa-se um ciclo permanente de ensinar e de aprender; mesmo inconscientemente, estes espaços de produção e aplicação de saberes destinados ao desenvolvimento humano utilizam uma prática rotineira que, em qualquer nível de atenção à saúde, torna a aquisição de conhecimentos contínua por parte dos profissionais (DE FIGUEIREDO PEREIRA, 2003).

Nas últimas décadas, tem sido utilizado como referência, na construção de currículos orientados por competências na área de saúde, um modelo conceitual integrativo com aspectos relativos a tarefas e deveres do aprendiz, levando em consideração o contexto de trabalho que ele realiza. Podemos definir competência profissional como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao bom desempenho das atividades requeridas no contexto do trabalho (DOS SANTOS, 2011).

Na formação profissional da área da saúde, competência deverá se traduzir na capacidade de um ser humano tanto de cuidar do outro para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional, quanto de buscar uma resposta satisfatória às necessidades dos indivíduos mediante o exercício eficiente da atuação profissional e a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e no âmbito social em que atua (DELUIZ, 2001).

O modelo pedagógico de um curso de Medicina deve utilizar as melhores estratégias para propiciar o desenvolvimento do processo de aprendizagem e utilizar instrumentos eficientes para sua avaliação (MEGALE; DIAS GONTIJO *et al*, 2009).

A formação médica atual exige que o aluno desenvolva qualificações que vão além do domínio cognitivo e das habilidades, devendo incluir qualidades humanísticas. Escolas, médicos e estudantes de Medicina buscam novas formas de atender às demandas sociais por profissionais médicos mais humanizados (MARTINS, 2013).

No que concerne à avaliação, esta deve ser indissociável do processo educacional, aplicada em vários momentos do curso e reconhecida pelo próprio estudante como um sinal norteador de seu progresso. A observação das habilidades

clínicas dos estudantes pelos professores é fundamental para se afirmar que o estudante atingiu o nível de competência necessário a determinada etapa de seu aprendizado. Para o professor, por sua vez, o processo avaliativo também deve funcionar como um recurso no controle de qualidade do que ele está ensinando (ALELUIA, 2015).

O internato, como etapa final do curso de graduação, foi, pela primeira vez, regulamentado no Brasil por Resolução de 1969, do Conselho Federal de Educação (CFE) do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que o tornou obrigatório como período especial de aprendizagem. Atualmente, o internato é regulamentado, por Resolução do CFE de 1983, como um período obrigatório de ensino-aprendizagem, com características especiais, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo e contínuo, sob supervisão docente, em instituições de saúde vinculadas ou não à escola médica (LAMPERT & BICUDO, 2014).

O internato nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCN) de 2014, foi definido como etapa integrante da graduação na forma de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes, com carga horária mínima de 35% da carga total do curso, devendo, necessariamente, incluir aspectos essenciais das cinco grandes áreas da Medicina (Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Saúde Coletiva e Ginecologia/Obstetrícia), com atividades eminentemente práticas (LAMPERT & BICUDO, 2014).

As competências essenciais a serem desenvolvidas durante o internato segundo as DCN são:

- Capacidade para realizar adequadamente a anamnese, de forma integral, o exame físico geral e específico, e formular hipóteses diagnósticas adequadas.

- Solicitar e interpretar exames complementares de acordo com as hipóteses formuladas, considerando custo-benefício, tecnologias de saúde e evidências científicas.

- Orientar o paciente e seus familiares e a equipe de saúde.

- Fazer registros (prontuários, receitas e documentos) de modo completo, ético e legível.

- Conhecer e utilizar, de forma adequada, o sistema de referência e contra referência, através de registros e relatórios bem elaborados, pautados na ética médica.

- Prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar os agravos da saúde física e mental nas enfermidades mais prevalentes e relevantes, considerando o perfil sociodemográfico, epidemiológico e cultural, e respeitando o princípio da integralidade no âmbito regional e nacional.

- Manter educação permanente.

- Promover boa relação médico-paciente, respeitando e reconhecendo o ambiente sociocultural em que está inserido em sua singularidade.

- Acolher o paciente e sua família com empatia, identificando suas necessidades.

- Comunicar-se de modo efetivo com o paciente e sua família, discutindo diagnóstico, prognóstico e terapêutica, considerando os princípios da Bioética.

- Comunicar adequadamente más notícias ao paciente e sua família.

- Atuar adequadamente em situações de estresse no ambiente de trabalho (situações adversas, pacientes agressivos, violência, assédio moral).

- Integrar-se com a equipe interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial.

- Identificar o panorama sanitário, local, regional e nacional. Identificar o território de sua atuação em seus aspectos ambientais, culturais e sociais. Interpretar os indicadores de saúde e dados epidemiológicos.

A residência médica, instituída no Brasil em 1977 pelo Decreto nº. 80.281, é comprovadamente a melhor estratégia de ensino em cenário de prática, sendo considerada o padrão-ouro da especialização médica. Em 1940, no entanto, duas instituições de ensino já iniciaram seus programas tendo como modelo a residência da Universidade Johns Hopkins: Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Como competência médica básica, os residentes devem relatar detalhes clínicos dos pacientes internados e ambulatoriais aos preceptores (SEKI; OTAKI *et al*, 2016). Estes participam integralmente da formação dos residentes como supervisores, professores e modelos, apesar de muitas vezes não terem sido preparados para ela. Idealmente, um programa de residência médica teria que seguir um projeto pedagógico que expressasse seus objetivos educacionais,

conteúdos e métodos de ensino e de avaliação do aprendizado tanto do residente como do próprio programa (SKARE, 2012).

A característica mais marcante da residência é o treinamento em serviço, articulando ensino e trabalho, aprendizado e treinamento profissional, além de contribuir na construção de um modelo para a conformação ideológica, ética e da identidade profissional dos médicos brasileiros. A competência profissional ultrapassa o conhecimento técnico, abrangendo também competências e atitudes que permitem mostrar habilidades efetivas de equipe, liderança, habilidades de comunicação, empatia, autocontrole e metacognição (SEKI; OTAKI *et al*, 2016).

O internato e a residência de clínica médica são, portanto, momentos de aprendizagem e informação em cenário de prática; no entanto, muitas vezes, o aluno pode não ser visto diretamente exercendo suas habilidades a serem desenvolvidas na matriz de competências, como a coleta de anamnese. O preceptor recebe, em geral, impressões de terceiros que também estão em formação a respeito das habilidades de coleta de história clínica dos alunos. Faz-se necessário um momento formal de avaliação do professor com o aluno para identificar as características da coleta de história clínica, relação médico/paciente, diagnóstico e relações profissionais. (MEGALE; DIAS GONTIJO *et al*, 2009).

Nesse contexto de ensino-aprendizagem, o preceptor é um profissional com experiência reconhecida que possui elevado padrão ético e centra o aprendizado de seus alunos em atividades práticas. Ele assume a figura de um facilitador que serve de guia para um processo de aprendizagem focado no aluno, fornecendo instrumentos para que este desenvolva por si próprio as habilidades necessárias para exercer a profissão. Esta é uma atividade que requer planejamento, competência, capacidade de improvisação e sensibilidade, exercício na qual o treinamento na área pedagógica pode fornecer instrumentos para o melhor desempenho (SKARE, 2012).

A avaliação do estudante e do médico residente representa, possivelmente, a etapa de maior relevância no processo educacional, permitindo a obtenção de informações sobre o aprendizado e auxiliando na tomada de decisões fundamentais. As metodologias pedagógicas devem eleger estratégias capazes de fomentar o desenvolvimento da aprendizagem e utilizar instrumentos eficientes para sua avaliação (MEGALE; DIAS GONTIJO *et al*, 2009). Entre as ferramentas de

avaliação orientadas para diferentes competências em evolução durante anos, a observação direta no local de trabalho tem desempenhado um papel importante no processo destas reformas educacionais. Além de servir como orientação sobre o desempenho dos alunos, os resultados de várias avaliações podem ser úteis para o educador modificar os programas de treinamento como um processo da melhoria da qualidade (LIAO; PU *et al*, 2013).

O Mini-Cex (“*mini-clinical examination exercise*”) foi introduzido pelo Conselho Americano de Medicina Interna como um método de avaliação e informação para os médicos de pós-graduação. O questionário foi aplicado internacionalmente para avaliar as competências clínicas de estagiários em diferentes subespecialidades em uma ampla variedade clínica (NORCINI; BLANK *et al*, 1995). É realizado por um período de 30 minutos de observação clínica, que pode ser conduzida a nível ambulatorial, hospitalar ou sala de emergência (MALHOTRA; HATALA *et al*, 2008).

Com a característica de fornecer *feedback* após uma avaliação clínica, o Mini-Cex também serve como um método de formação para guiar o desenvolvimento profissional de formandos e formadores. Pesquisas anteriores sobre o Mini-Cex focam na sua validade, confiabilidade e viabilidade para avaliar as habilidades clínicas dos residentes, bem como na educação e no impacto do *feedback* eficaz para promover aprendizagem e aperfeiçoamento (COOK; BECKMAN *et al*, 2010).

O Mini-Cex abrange os seguintes domínios: anamnese, exame físico, aconselhamento, julgamento clínico, organização/eficiência e profissionalismo. Além disso, um escore global sobre a impressão de desempenho do aluno pode ser atribuído (ROGAUSCH; BEYELER *et al*, 2015). Este questionário irá avaliar a capacidade do interno para se concentrar, priorizando o diagnóstico e tratamento no contexto da clínica prática (NORCINI; BLANK *et al*, 2003).

A justificativa deste estudo baseia-se na ausência de avaliações à beira-do-leito com alunos em formação; na necessidade de avaliação objetiva do treinamento em serviço do aluno ao longo do mês; na capacitação de preceptores em metodologia ativa de ensino, promovendo maior retenção de conhecimento no corpo discente.

Baseado nesta temática, o presente estudo propõe avaliar o processo de ensino-aprendizagem e a percepção de docentes e discentes na Clínica Médica através do instrumento Mini-Cex em um Hospital de Fortaleza/CE.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o Processo de Ensino-Aprendizagem e a Percepção de Docentes e Discentes na Clínica Médica através do Instrumento Mini-Cex em um Hospital de Fortaleza/CE.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar quais as dificuldades de docentes e discentes encontradas na aplicação do Mini-Cex;

Identificar se o uso do Mini-Cex proporcionou melhorias no processo de ensino/aprendizagem.

Elaborar um manual explicativo com o questionário mini-cex.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Metodologia Ativa de Ensino

A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética (DE LIMA FERREIRA; CARPIM *et al*, 2010).

Essa fragmentação do saber se manifestou no aguçamento das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem, igualmente contaminado, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que, ao discente, cabe a retenção e repetição deles — em uma atitude passiva e receptiva — tornando-se mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (BEHRENS, 1999).

No modelo hegemônico, a formação tem por base um currículo tradicional, que não estimula adequadamente o desenvolvimento de autonomia, capacidade de análise, julgamento e avaliação, bem como raciocínio crítico, investigativo e criativo (MAMEDE; PENAFORTE, 2001).

A passagem da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece a realidade como mutável (CRUZ, 2009).

Atualmente, nos meios de comunicação, observa-se o avanço das novas tecnologias e a percepção do mundo vivo como uma rede de relações dinâmicas e em constante transformação, revelando a reflexão da necessidade de urgentes mudanças nas instituições de ensino superior que visem, entre outros aspectos, à reconstrução de seu papel social (MITRE; SIQUEIRA-BATISTA, *et al*, 2008).

As diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde priorizam, também, a formação de um profissional com uma visão ampliada da clínica e um senso de responsabilidade social, que dê conta não somente de atender ao paciente, mas de torná-lo cidadão, sujeito único e responsável por sua

existência. Visam atingir, ao final do curso, a meta de formação do profissional-cidadão, crítico e reflexivo (GOMES; REGO, 2011).

As instituições têm sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência, bem como a eficiência e a relevância do trabalho em saúde. O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, e um deles é romper com estruturas cristalizadas e com modelos de ensino tradicional, formando profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

A abordagem da competência, na perspectiva dialógica, supõe a articulação do ensino ao mundo do trabalho na saúde, cenário cotidiano no qual o estudante constrói a sua prática profissional, desenvolvendo atributos enquanto se depara com situações reais complexas e diversas. Isso exige uma metodologia crítica, que valorize a problematização da realidade, a autonomia do estudante e o professor como facilitador de aprendizagem (SEMIM; DE MELLO *et al*, 2009).

Na busca de reorientar os produtos da escola médica a fim de reforçar as mudanças no modelo de atenção à saúde e fortalecer a atenção básica, em 2001, foi lançado o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed). A proposta do referido programa apresentou a necessidade de mudanças em diversos pontos da formação: orientação teórica, abordagem pedagógica e cenários de prática (GOMES; REGO, 2011).

A incorporação da noção integralizada do processo saúde-doença e da promoção da saúde deram ênfase na atenção básica: a ampliação dos cenários e da duração da prática educacional na rede de serviços básicos de saúde; e a adoção de metodologias pedagógicas ativas e centradas nos estudantes. Entretanto, a focalização das escolas médicas se deu, sobretudo, nas questões metodológicas (DA SILVA; NAVARRO, 2012).

Em 2005, os ministérios da Saúde e Educação lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde). Seu objetivo é reorientar a formação profissional, visando à integração ensino-serviço, assegurando uma abordagem integral com ênfase na atenção básica (GOMES; REGO, 2011).

No auge da mudança, surgem as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Em outras palavras, os métodos ativos de ensino-aprendizagem,

como parte da formação do estudante de Medicina, buscam enquadrar-se no perfil das Diretrizes Curriculares Nacionais (ALBUQUERQUE; GOMES *et al*, 2008).

As metodologias ativas permitiriam a articulação entre a universidade, o serviço e a comunidade, pois criam possibilidades de leitura e intervenção rápida sobre a realidade, valorizando os diversos atores no processo de construção coletiva e seus diferentes conhecimentos, e também promovendo a liberdade no processo de pensar e a consciência da importância de trabalhar em equipe (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Por conta destas qualidades, as metodologias ativas vêm sendo muito utilizadas nos contextos de mudanças na formação profissional na área da saúde, sobretudo nas mudanças curriculares no ensino médico, já que pontuam que o professor ou educador deve ser um reconstrutor do conhecimento sob o ponto de vista não só da ciência e tecnologia, mas também da humanização na educação (DEMO, 2010).

Estas metodologias, ao compreenderem a complexidade do processo ensino-aprendizagem, assim como também seu caráter dinâmico, permitem a aprendizagem significativa, e não a memorização mecânica e isolada, e a real apreensão dos conceitos fundamentais ao estudo da Medicina (GOMES; REGO, 2011).

Avaliação e aprendizagem estão intimamente ligadas, inclusive sendo questionado se o principal objetivo da avaliação é ou não a própria aprendizagem. Nesse contexto, a literatura mostra que tem havido muitos progressos nesta área, com pesquisas sendo desenvolvidas no intuito de analisar os métodos de avaliação, seus impactos no processo de aprendizagem do estudante e o papel do professor (VAN DER VLEUTEN; SCHUWIRTH *et al*, 2010).

3.2 Mini Exercício Clínico Avaliativo

A utilização do Mini-Cex (Mini Exercício Clínico Avaliativo), método desenvolvido para avaliação prática baseado na observação de um encontro real entre o médico residente e paciente pelo preceptor, engloba o estímulo correto com a resposta adequada, já que o núcleo central é o *feedback* estruturado, baseado na observação feita. Estudos mostram sua eficácia como instrumento de avaliação

formativa no nível 1 da escala de Kirkpatrick (MILLER; ARCHER, 2010). Enquanto ferramenta avaliativa serve para avaliar o conhecimento no nível do “Fazer” de acordo com a pirâmide de Miller (ABBADE, 2012).

O Mini-Cex foi desenvolvido para avaliar habilidades clínicas, atitudes e comportamentos de médicos residentes ou estudantes de Medicina, visando melhorar a *performance* destes e, conseqüentemente, o atendimento ao paciente (NORCINI; BURCH, 2007).

É um método de avaliação testado e validado, que pode ser utilizado em qualquer cenário de prática. Utiliza um tempo relativamente curto, onde o preceptor avalia o treinando utilizando um *checklist* com pontuação de 1 a 9 (1-3: insuficiente; 3-6: suficiente; 7-9: superior) e dá o *feedback* ao final da observação. Pode avaliar as seguintes competências (FEITOSA, 2015):

1. Habilidade em entrevistar o paciente: coleta de anamnese;
2. Habilidade em exame físico;
3. Profissionalismo/Habilidades humanísticas;
4. Julgamento clínico: conhecimento médico;
5. Habilidade em orientar: habilidades de comunicação interpessoal;
6. Organização;
7. Competência clínica.

O uso do Mini-Cex na graduação tem sido estimulado pelas características do método e pela ligação direta com o *feedback*, proporcionando o exercício da reflexão sobre a prática de ensino e aprendizagem (NORCINI; BURCH, 2007).

Um ponto positivo desta avaliação é a possibilidade do uso do *feedback* imediato, o que coloca o Mini-Cex como uma ferramenta de avaliação e aprendizagem de fácil adaptação para uso com estudantes do internato e da residência (KOGAN; HAUER, 2006).

3.3 Feedback

Feedback é uma informação específica sobre a comparação entre observação da *performance* ou do conhecimento de um aluno no desempenho de uma tarefa e *performance* ou conhecimento padrão desejado tendo em vista seu aprimoramento o, reduzindo a distância existente entre o ideal e a prática (STONE, 2014).

Na perspectiva construtivista, *feedback* não é apenas uma informação transmitida de professor para aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação (PRICINOTE; PEREIRA, 2016).

O estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para que possa confirmar adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, as habilidades e as atitudes, desenvolvendo novas ideias e capacidades (MURDOCH-EATON, 2012).

Caracteriza-se por um processo diálogo entre o provedor e o receptor, importante em si, assegurando que a mensagem foi recebida, como foi interpretada e como precisa ser contextualizada e colocada em prática em nova oportunidade (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004).

Os estudantes desejam receber *feedback*; porém, em geral, os professores não têm formação para tal nem experiência em dar *feedback* efetivo. Isso reduz bastante o uso dessa estratégia na prática. Essa situação gera a necessidade de formação docente adequada, a fim de que o potencial do *feedback*, enquanto ferramenta de reflexão e aprendizagem, seja aproveitado (ZEFERINO, DOMINGUES *et al*, 2007).

Para ser considerado efetivo, o *feedback* deve ser ordenado por prioridade: assertivo, respeitoso, descritivo, oportuno e específico. Deve ser efetivado em um ambiente de segurança e confiança, reduzindo a carga de emoção que pode contaminar o processo (ARCHER, 2010).

Existem várias técnicas para dar um *feedback* efetivo. Em todas elas, o princípio do não julgamento deve ser observado, e o *feedback* deve ser precedido da observação atenta da *performance* do estudante (STONE, 2014).

Pode-se usar o “*feedback sandwich*”, em que a observação negativa venha entre duas positivas; tem-se o modelo Pendleton, no qual o estudante é estimulado a falar sobre os pontos positivos e negativos de sua *performance*, e o professor faz os comentários, posteriormente, sobre o que precisa ser melhorado (PRICINOTE; PEREIRA, 2016).

Existe também a conversa reflexiva, que se assemelha ao modelo Pendleton, mas tem maior foco na reflexão do estudante e estimula-o a criar suas estratégias de ação (CANTILLON; SARGEANT, 2008).

4 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada pesquisa de campo com abordagem qualitativa no Hospital Geral Waldemar de Alcântara, localizado na cidade de Fortaleza-CE.

A abordagem qualitativa destaca-se por propiciar que um conjunto de diferentes técnicas interpretativas descreva e decodifique componentes existentes em um sistema complexo de significados, expressando a problemática por meio do método compreensivo do tipo fenomenológico (BRÜGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Assim, para a efetivação da pesquisa, em todo estudo, é necessário definir quem são os informantes e qual o critério de participação foi significativo à inclusão dos alunos do internato devidamente matriculados e docentes do Centro Universitário Christus, e residentes de Clínica Médica do Hospital Geral Waldemar de Alcântara.

Então, participaram do estudo 20 internos, 13 residentes e 5 preceptores das enfermarias de Clínica Médica do Hospital Geral Waldemar de Alcântara. O estágio de Clínica Médica constitui um período de 30 dias nas clínicas médicas I, II e III.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus, Nº 1.881.091/2016. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de fevereiro a julho de 2017 e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Os riscos desta pesquisa são mínimos, e ela obedeceu à Resolução 466/12 que visa aos benefícios de melhoria na qualidade do ensino-aprendizagem dos envolvidos nesta pesquisa.

Para uma primeira fase da pesquisa, houve uma reunião com docentes do internato de Clínica Médica do Centro Universitário Christus do Hospital Geral Waldemar de Alcântara, para realizar uma capacitação com o objetivo de apresentar o instrumento para os docentes participantes da pesquisa.

No segundo momento, referente ao segundo e ao quarto mês da pesquisa, os docentes aplicaram o instrumento com os internos de Clínica Médica; no terceiro e no quinto mês, foi aplicado o mesmo instrumento nos residentes de Clínica Médica, como forma de avaliação a beira-leito. Cada aluno realizava dois

Mini-Cex durante o mês da pesquisa, um com seu paciente e outro com um paciente de outra pessoa.

Figura 1 – Meses de aplicação do questionário em residentes e internos

Período	Março	Abril	Maio	Junho
Participantes	Internos	Residentes	Internos	Residentes

Nos meses da pesquisa, os alunos eram avaliados pelos docentes de forma subjetiva, baseado na *performance* do discente ao longo do mês, sendo atribuída uma nota de 0 (zero) a 10 (dez) durante aquele período. A avaliação do Mini-Cex teve caráter formativo.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista gravada através de aplicação de grupos focais com os internos, os residentes e os docentes, sobre a percepção da metodologia empregada no impacto da qualidade da avaliação do interno e residente no processo de ensino-aprendizagem. Torna-se significativo ressaltar que a abordagem qualitativa aplicada à saúde, na tese de Turato (2005), não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o seu significado no âmbito individual ou coletivo.

Para atender a esta expectativa à estratégia de Grupo Focal, utiliza-se de uma diversificação da entrevista aberta, em que grupos são estimulados a dialogar e discutir sobre um determinado tema. É uma atividade relativamente simples e rápida, que parece responder a contento à nova tendência de pesquisa em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social (DE SOUZA SILVA; DE ASSIS, 2010).

Essa técnica tem suas características próprias e distingue-se das demais principalmente pelo processo de interação grupal, em que a fala a ser trabalhada não é meramente descritiva ou expositiva, e sim uma “fala em debate” (GONDIM, 2002; IERVOLINO, 2001).

Nesse contexto, depreendemos que a pesquisa qualitativa possibilita a compreensão das experiências humanas em relação a um dado fenômeno em

investigação. Assim, os dados qualitativos por meio das categorias analíticas e das categorias empíricas do presente estudo possibilitam avançar nessa interpretação.

Reconhecemos que, na pesquisa qualitativa, não é usual tabular resposta ou apresentar índices e proporções da presença de eventos, pois como mais importante se apresenta seu caráter explicativo. Nessa perspectiva de extrair os significados dos atores envolvidos no estudo, tomamos a análise temática de conteúdo de *Bardin*. Metodologicamente, essa análise de conteúdo organiza-se em torno de 3 polos cronológicos distintos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (PIZZANI; LOPES *et al*, 2014).

A Pré-análise é a fase de organização, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 2009). Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 2012). Esta fase se decompõe em três tarefas: leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos.

A primeira delas consiste em tomar contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 2012). O termo flutuante é uma analogia à atitude do psicanalista, pois, pouco a pouco, a leitura se torna mais precisa, em função das hipóteses e teorias que sustentam o material (BARDIN, 2009).

Já a constituição do corpus concerne à organização do material, de forma que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (deve obedecer com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho) (BARDIN, 2009; MINAYO, 2012).

Na reformulação de hipóteses e objetivos, por sua vez, determinam-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2013).

Na segunda fase, a da exploração do material, analisa-se o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2013). Tendo em vista as regras de seleção do *corpus* de análise dessas categorias, que é composto por todos os documentos selecionados para análise durante a coleta de informações, foram significativos, junto ao grupo de participantes desta pesquisa, os seguintes contextos: quais as dificuldades encontradas na aplicação do Mini-Cex; quais os pontos que fortaleceram o seu entendimento sobre o interno neste processo; quais os pontos frágeis e fortes deste processo; se o tempo de aplicação foi adequado ou não.

A partir disso, seguindo as orientações de Minayo (2013), chegou-se à terceira fase, em que foram realizadas as interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, sugerido pela leitura do material.

Reconhecemos, nesse contexto, que, na pesquisa qualitativa, não é indicado tabular respostas ou apresentar índices e proporções da presença de eventos, visto que é mais significativo apresentar seu caráter explicativo, pois o critério numérico não se aplica a tal abordagem.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ANÁLISE QUALITATIVA

Para elucidar as dimensões operacionais da pesquisa, consideramos a análise de conteúdo temática de Bardin (2009), visto que esta se propõe a descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, utilizando-a de forma mais interpretativa, em vez de realizar inferências estatísticas.

A análise categorial temática funciona em etapas, por operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias (analíticas e empíricas)¹ para reagrupamento analítico posterior. Para tanto, na pesquisa, tivemos como núcleo de sentidos relevantes a percepção de docentes e discentes sobre o instrumento Mini-Cex.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias de Residentes

Categoria	Subcategorias
<i>Feedback X Aprendizagem</i>	Foi válido
	Revisão de alguns pontos esquecidos
	Ganho de aprendizado
	Analisa o desempenho
	Foi essencial para o crescimento do aluno e do avaliador
Avaliação beira-leito	Nunca tinha tido
	Foi bom
	Voltada mais para o interno
	Estimula o raciocínio
	Gera ansiedade e nervosismo
	Forma completa de avaliar
Tempo de observação X Tempo de <i>feedback</i>	O tempo de 30 minutos é adequado para realidade do residente
	O tempo de 15 minutos é pouco tempo
	No tempo curto, você esquece de avaliar algumas coisas
Ambiente	Necessitaria ser mais privativo
	Simula a realidade do dia a dia
Sugestões	Deveria avaliar a história da doença atual
	Padronizar o tempo de avaliação
	Capacitar os avaliadores

¹ As analíticas são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação. Já as empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica (MINAYO, 2006).

	Parece abordagem de pronto atendimento
	Modificar a abordagem para o residente
	O Mini-Cex foi visto como uma avaliação, mas não como um processo de ensino
	É bom para treinamento de prova de residência e concursos
	Comunicar ao paciente que será feita uma avaliação do aluno durante o atendimento

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Quadro 2 – Categorias e subcategorias de Internos

Categoria	Subcategorias
<i>Feedback X Aprendizagem</i>	Primeira vez que fiz
	Não vai mudar nada
	Não foi proveitoso
	A parte melhor
	Principal parte no Mini-Cex
	Mal estruturado
Avaliação beira-leito	Nunca acontece
	Até porque ninguém nunca tinha feito isso
	Pressionado
	Experiência válida
	Subjetividade do avaliador
Tempo de observação X Tempo de <i>feedback</i>	Foi rápido
	15 minutos de aplicação
	Foi adequado o tempo de aplicação
Sugestões	Avaliador não ficar ao lado
	Avaliação de pacientes que não sejam acompanhados por você
	Treinar primeiro com ator para depois ir ao paciente beira-leito.
	Capacitar os avaliadores para um <i>feedback</i> mais produtivo.
	Método bom para treinamento para prova de residência médica

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias de Preceptores

Categoria	Subcategorias
<i>Feedback X Aprendizagem</i>	Foi muito elogiado
	Movimento de busca do conhecimento
Avaliação beira-leito	Ansiedade e nervosismo do aluno
	Subjetividade do instrumento
	Observação mais próxima da realidade
	Parecia uma encenação

	Avaliação pontual
Tempo de observação X Tempo de <i>feedback</i>	Não foi adequado para realidade
	Subjetividade do avaliador
Ambiente	Não permite sigilo
	O aluno fica disperso
	Inadequado para avaliação
	Expõe o paciente
Sugestões	Disponibilizar um tempo para realizar a avaliação
	Realizar a avaliação em uma sala reservada
	Abordar a História da Doença atual
	Treinar os avaliadores
	Capacitar os avaliadores para fazer <i>feedback</i> estruturado
	Utilizar instrumentos diferenciados para interno e residente
	Planejar, dentro do cronograma, um tempo para a avaliação

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

5.1 *Feedback* X Aprendizagem

O *feedback*, na tese de Borges, Miranda, Santana e Bollela (2014), é a atividade central da avaliação formativa, visto que regula o processo de ensino-aprendizagem, fornecendo, continuamente, informações para que o estudante perceba o quão distante, ou próximo, ele está dos objetivos almejados.

O fato de o *feedback* ser contínuo permite que os ajustes necessários para a melhor qualidade da aprendizagem sejam feitos precocemente. No entanto, segundo os autores supramencionados, se, por um lado, o *feedback* é essencial, ele não garante a aprendizagem sem que haja adequado estímulo aos processos cognitivos e metacognitivos do estudante, que devem ser o centro do processo de ensino-aprendizagem.

No grupo de internos, foi relatado ser a primeira vez que estes realizavam este tipo de abordagem, que incluía um tempo de *feedback*. Eles comentaram não ter sido um *feedback* efetivo, pois não estava bem estruturado, conforme constatamos nas entrevistas a seguir:

“Em relação ao *feedback*, eu acho que assim, pelo menos na vez que eu fiz, eu acho que foi improdutivo o *feedback* porque o que o avaliador achou que eu falhei, ele não corrigiu, entendeu? Ficou assim... Você fez isso, poderia

ter feito isso, mas eu acho que seria muito mais válido se o *feedback* fosse... Eu acho que assim: a tua forma de abordar a queixa principal poderia entrar mais a fundo em isso aqui, fazer desse jeito, sugerir, ensinar... e não apenas você marcar no papel, quanto você acerta, quanto ela vai ser suficiente...” (Interno 1)

“Eu não achei proveitoso, eu achei que foi um pergunta-resposta, que basicamente serviu para o orientador avaliar se no julgamento dele era insuficiente, moderado ou bom, mas para mim, como retorno, foi inútil!” (Interno 2)

Por outro lado, percebemos, no grupo de residentes, que o *feedback* foi considerado como válido, visto que propiciou a revisão de alguns pontos que haviam sido esquecidos, conforme identificamos nas falas abaixo:

“Eu acho que é muito válida, a questão do *feedback* mesmo, detalhar esse tipo de coisa que às vezes é muito básico, às vezes muito óbvio, mas que a gente acaba deixando passar.” (Residente 4)

“É, eu acho que o que mais valeu a pena foi o *feedback* no final, dele apontar aonde é que a gente, você devia ter perguntado isso, você devia ter feito isso, eu acho que o *feedback* foi bem válido.” (Residente 3)

Podemos refletir a respeito da diferença entre os dois grupos (internos e residentes), por qual motivo ocorreu essa divergência entre as opiniões a respeito do *feedback*, pois observamos que os internos se sentiam avaliados por um instrumento que poderia ser implantado no semestre seguinte e leva-los a ter mais tempo de avaliações, sendo estes mais exigidos a nível acadêmico. Já os residentes, compreenderam que era meramente um estudo que os levaria a rever o seu ponto forte e fraco na busca do conhecimento.

Borges, Miranda, Santana e Bollela (2014) também afirmam que é importante ressaltar o fato de a avaliação formativa apresentar características interessantes, e que ela tem um importante papel, pois, quando bem aplicada, aponta uma excelente capacidade para avaliar aquisição de conhecimentos e habilidades nos cursos da área de saúde. Essa compreensão dos referidos autores é identificada nas entrevistas dos residentes quando se reportam ao *feedback* como um instrumento que, normalmente, proporciona um ganho de aprendizado, e por isso torna-se essencial para o crescimento do aluno diante da análise do seu desempenho diário.

Na fala dos preceptores, destaca-se, também, a importância do *feedback*, levando o aluno à busca do conhecimento que não havia adquirido anteriormente.

“O que foi muito elogiado foi o *feedback*, os internos gostam, os residentes também, [...] é a oportunidade de você ver o que às vezes você não está fazendo, o *feedback* que não fez em algum momento durante o mês, aquilo meio que formaliza e padroniza o que você deveria lembrar.” (Preceptor 2)

“Algumas das pessoas que eu apliquei, percebi um movimento de busca, no sentido de eu fiz o primeiro Mini-Cex e percebi que falhei neste sentido, que eu esqueci este aspecto e que eu deixei de fazer isso e voltei para o livro e revi que na hora que fui fazer o segundo Mini-Cex eu preciso corrigir isso aqui, achei isso bem interessante.” (Preceptor 1)

De acordo com Zeferino, Domingues e Amaral (2007), aprender a partir do *feedback* requer que este seja fornecido de forma construtiva e positiva, colaborando para que o aluno reflita criticamente e elabore um plano de melhoria em prática. Com esse sentido, os internos relatam ter gostado do *feedback*. Todavia, concordam ser a melhor parte do instrumento Mini-Cex, mas necessitaria ser bem estruturado para se tornar efetivo o ganho de aprendizagem, como podemos observar nas falas abaixo:

“A parte que eu achei melhor foi na hora do *feedback* em relação à parte que ele perguntou assim: qual seria sua conduta? Qual seria seu tratamento? Porque a gente já tá ‘careca’ de saber como é que se faz toda a coleta, a questão da HDA, mas assim tomar conduta, tratamento assim não, porque na maioria das vezes você já recebe a conduta na mão, já tem um paciente de um residente ou de um staff e você não pensa como poderia ser melhor fazer aquela conduta.” (Interno 6)

“O que é bom é que eles apontam assim, tem que ter melhora nisso, alguns erros que como [...] falaram que com o tempo a gente pega alguns vícios, aí é bom para gente voltar, assim, foi muito bom.” (Residente 1)

Os preceptores relataram que sentiram muita dificuldade em dar *feedback* estruturado, pois era o primeiro contato com esse tipo de metodologia de ensino, e por muitas vezes, os alunos avaliados não tinham a compreensão necessária para receber as críticas após a visita a beira leito.

Dar *feedback*, segundo Zeferino, Domingues e Amaral (2007), exige habilidade, compreensão do processo, criação de um ambiente propício e de uma relação de confiança. Não há como informar ao aluno que a sua hipótese diagnóstica estava errada ou que ele não colheu todos os dados necessários durante a história clínica sem lhe causar uma sensação de desapontamento ou frustração. Por outro lado, essa informação é essencial e, portanto, não pode ser omitida.

Um aspecto interessante do estudo realizado por Bohnacker-Bruce (2013) é o do ponto de vista da satisfação e do engajamento de estudantes com o *feedback*. O estudo aponta que eles se relacionam diretamente com *feedback* individual, embora uma minoria tenha essa oportunidade. Evidencia-se, nas entrevistas dos alunos, um apoio a essa assertiva, uma vez que consideram o *feedback* uma importante ferramenta de aprendizagem e, sobretudo, reforçam que a maneira de fornecê-lo seja de forma eficaz:

“Eu acho que não faz nem sentido não ter *feedback*. E aí? O que foi que eu errei? Eu acho que não faz o menor sentido fazer um Mini-Cex desse e não ter um *feedback*! Pra mim, eu como aluna, é a parte principal pra avaliar o que que eu tô errando, o que eu devo estudar, então sobre o caso, sobre uma conduta.” (Interno 8)

“O *feedback* foi a melhor parte, que ele te devolve literalmente coisas que foram percebidas em você que são positivas e coisas que você deve acrescentar em outro momento e isso tende a melhorar longitudinalmente.” (Residente 9)

“O *feedback* é importante até para o crescimento pessoal de quem está sendo avaliado, do que tem que melhorar, quais são suas falhas e suas qualidades.” (Residente 2)

Watling et al (2013) esclarecem que estudantes de Medicina gostam de *feedbacks* tanto positivos quanto negativos. No entanto, nos comentários negativos, ressaltaram a importância de serem acompanhados por um plano de ação para melhoria. Conforme sugerem Sargeant et al (2009), a principal qualidade para o aluno receber *feedback* é a capacidade de reflexão quanto à autoavaliação e à autopercepção de seu desempenho, bem como desenvolver o *feedback* interno. Essa condição, para os autores, vai facilitar a aceitação do *feedback* externo.

Sobre a condição de receber *feedback*, Borges, Miranda, Santana e Bollela (2014) complementam que, quando somente os pontos negativos da atuação do aluno são destacados, cria-se um ambiente hostil e, normalmente, é enfatizada a superioridade do professor, não se abrindo espaço para o diálogo e reforçando-se a alça inibidora do professor sobre o aluno. O *feedback*, na compreensão dos referidos autores, exige uma interação aberta entre ambos e tem como ponto fundamental o diálogo desprovido de preconceitos e sempre presente no processo de ensino-aprendizagem.

Fortes evidências, identificadas tanto na literatura da área quanto nas entrevistas, sugerem que a qualidade do *feedback* impacta a aprendizagem dos

alunos, talvez mais do que qualquer outro aspecto do processo de ensino. Nesse sentido, percebemos que há uma necessidade de melhores práticas associadas a dar e receber *feedbacks*, assim como sugeriram também comportamentos alternativos, conforme os seguintes relatos dos informantes:

“Então ele me deu um *feedback*, eu não sinto que super acrescentou toda a minha formação, entendeu? Mas talvez, se eu tivesse pegado um caso mais complicado, que eu tivesse um pouco mais de dificuldade, entendeu? Acho que teria ajudado.” (Interno 10)

“Da forma como foi aplicada, eu acho que não teve tanta relevância, acho que teria que mudar um pouco...” (Residente 10)

“Deve ser revisitado esse aperfeiçoamento de quem aplica o *feedback*, [...] que é sempre um momento que eu acho também difícil, pois tem que adaptar, às vezes, a personalidade do aluno onde está ou da forma que o mesmo encara o *feedback*, e às vezes você tem que perceber nos primeiros minutos da conversa como que é a reação” (Preceptor 3)

Em outra pesquisa de Watling *et al* (2014), participantes do estudo ressaltaram maior frequência de devolutivas vagas e não específicas na Medicina, em qualquer contexto de aprendizado, e *feedbacks* com tais características são depreciados por eles. Sugeriram que, na Medicina, seria interessante estipular tarefas desafiadoras com metas claras e consequentes *feedbacks* alinhados.

Borges, Miranda, Santana e Bollela (2014) ressaltam, ainda, que, em relação à frequência, as boas práticas em termos de avaliação formativa recomendam que os *feedbacks* sejam oferecidos regularmente, de modo a favorecer oportunidades para o estudante refletir e rever suas práticas ainda durante a experiência educacional. Além de frequentes, os *feedbacks* devem ser de qualidade.

“E assim, na questão da melhoria do aprendizado, na hora que você está fazendo a anamnese não vai mudar nada, seria no *feedback* depois que ele vai lhe orientar o que você esqueceu o que poderia melhorar.” (Interno 20)

“Porque assim, a gente passa um mês inteiro lá com os preceptores e a gente só recebe *feedback* no final do mês. Então, é a possibilidade de a gente ter um outro *feedback* durante este intercurso, mas na prática eu acho que o nosso pensamento fica um pouco mais rápido.” (Residente 6)

“O *feedback* da avaliação [...] é o que nos faz crescer como profissional e sempre precisamos desse *feedback*, é com isso que descobrimos quais são nossas falhas, é uma avaliação importante e a percepção de ensino e aprendizagem eu acho assim, eu não sou avaliada realmente fazendo o histórico clínico conduzindo uma entrevista com o paciente e geralmente não sou avaliada. Então, eu acho importante ser avaliada nesse momento, me ajuda a organizar minha mente e isso traz muito pra mim. Então, como eu disse, é importante para que eu me avalie, como também para o preceptor me avaliar.” (Residente 11)

Percebe-se, nas entrevistas, que os discentes reconhecem os *feedbacks* como uma ferramenta que possibilita a melhoria e o desempenho de suas condutas, na execução de exames físicos e nas habilidades clínicas de uma forma geral, pois, na medida do possível, quando são identificados seus pontos fracos, essa condição contribui para a possibilidade de alternativas para superá-los.

5.2 Avaliação beira-leito

Nesta categoria, os internos e residentes relataram que não tinham essa experiência de avaliação com o preceptor à beira do leito. Muitas vezes, em virtude do tempo, esta prática não acontecia, conforme os relatos que seguem

“A gente nunca tinha feito isso antes.” (Interno 5)

“Escutando a gente conversar com o paciente não, a gente colhia a história separado e depois repassava, mas na mesma hora não.” (Interno 1)

“Foi a primeira vez que eu fiz uma coisa desse jeito no internato, tinha tido algo parecido no posto de saúde.” (Interno 11)

“Eu gostei, também não tinha contato com essa metodologia, também por na faculdade não ter, nesse tipo de avaliação é estranho ter alguém lhe avaliando.” (Residente 2)

“Eles estão ali com você como parceiro, a gente vai colher a história junto com o paciente, porque no dia a dia você não consegue fazer isso com todos os pacientes não.” (Preceptor 4)

Alguns internos e residentes comentaram que se sentiram pressionados diante da presença do preceptor à beira do leito, gerando uma sensação de ansiedade que os levava a se comportarem de maneira diferente da habitual na sua prática diária, conforme apontam os seguintes comentários

“Normalmente, antes de falar com o paciente, eu lavo as mãos, mas você sabendo que está sendo avaliado, que se você não lavar as mãos você vai perder ponto, você acaba esquecendo, porque traz a sensação da ansiedade da prova em si, então eu acho que não é benéfico para o aluno o preceptor do lado do aluno na questão de chegar ‘pro’ paciente e começar a coletar a anamnese.” (Interno 5)

“Porque na hora eu fiquei muito mais tensa, esqueci o que ia perguntar, às vezes perguntava e não absorvia a resposta, então para mim foi muito ruim essa questão dele estar ali ao meu lado na hora.” (Interno 2)

“Claro que numa avaliação, tem aquele, a pessoa tá... a pessoa que se sente avaliada, que tá sendo avaliada, tem, querendo ou não, tem aquele estresse, entre aspas, né? Porque gera toda a expectativa, a ansiedade. E o preceptor na hora que tá avaliando, ele tem que perceber isso, se a pessoa que tá sendo avaliada ela tá à vontade ou não com a prática. [...] Porque você está sendo avaliado lá tem todo aquele estresse, e o professor pode estimular o raciocínio.” (Residente 9)

“Eu confesso que acho meio esquisito, não sei se é porque na minha formação eu nunca passei por isso, mas eu sempre acho meio “fake”, sabe? Aí eu acho que, logo no começo, o próprio paciente fica meio tenso, então passei por algumas situações que ele ficou... O interno aqui tentando fazer a anamnese e o paciente várias vezes ele começava contando pro interno e se virava para mim pra continuar contando, no instante que ele estava com dificuldade de puxar o foco do paciente, o interno fica nervoso mesmo sabendo que não vai valer nota ele ficar tenso.” (Preceptor 1)

No caso de profissionais recém-formados, médicos residentes, ou mesmo os estudantes da graduação, os métodos de avaliação à beira do leito, ou, como são chamados na língua inglesa, *workplace-based* e *bedside teaching*, são instrumentos interessantes para realizar avaliações formativas (ALELUIA, 2015) como demonstra a fala a seguir.

Em relação a um preceptor à beira-leito ir com você avaliar o que você tá fazendo, eu pelo menos, nunca tinha tido esse tipo de experiência não, e achei assim bem interessante né? (Interno 8)

A avaliação beira-leito permite observação direta e possibilidade de *feedback* imediato, agregando um valor positivo na formação do aprendiz, uma vez que englobam os três requisitos básicos da avaliação: 1. O conteúdo do programa, de acordo com as competências esperadas, alinhado com a prática; 2. Oferta de *feedback* ao estudante durante ou logo após a avaliação; 3. Utilização da avaliação como orientação para atingir os resultados desejados (NORCINI, 2013).

“Eu acho que essa questão de levar mesmo para a beira do leito com a gente é muito válida. Porque às vezes até a nossa anamnese, o nosso exame físico ele é abordado de uma maneira que às vezes, tipo a maneira como o preceptor aborda, complementa alguma coisa, às vezes a gente fica muito no vício né? Da nossa abordagem.” (Residente 5)

6 CONCLUSÃO

De acordo com os dados analisados no presente estudo, pode-se afirmar que, neste grupo de internos, foram relatadas dificuldades, como o tempo para aplicação da técnica de Mini-Cex e inabilidade de *feedback* estruturado e efetivo por meio dos preceptores.

Já nas falas dos residentes, há uma aceitação na avaliação com o Mini-Cex, entretanto, para esse grupo, são necessários ajustes no cronograma semestral, para que o tempo proporcione um ganho de aprendizagem efetivo.

Ressalta-se, ainda, a importância de treinamento em devolutiva dos preceptores em cenário de prática, bem como uma maior horizontalidade na relação professor/aluno.

Após a aplicação desta pesquisa, foi elaborado como produto um questionário de Mini-Cex com manual explicativo (APÊNDICE A), baseado nos Grupos Focais.

REFERÊNCIAS

ABBADE, J. O Mini-Exercício Clínico (Mini-Cex). In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; DAUD-GALLOTTI, R.M.; TRONCON, L.E.A.; MARTINS, M.A. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 89-96.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

ALELUIA, I. M. B. **Implantação e avaliação do impacto de um programa de desenvolvimento docente para utilização do Mini-Cex na avaliação do estudante de graduação em Medicina**. 2015. 112 f. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.

ARCHER, J. C. State of the science in health professional education: effective feedback. **Medical Education**, Rockville Pike (EUA), v. 44 n. 1, p. 101-108, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20078761>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEHRENS, M. A. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Curitiba: Champagnat, 1999.

BOHNACKER-BRUCE, S. Effective feedback: the student perspective. **Capture**, Hampshire (Inglaterra), v. 4, n.1, p. 25-35, 2013. Disponível em:

<https://issuu.com/theunywiviersitinchester/docs/capture_204_20spring_202013_20web>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BORGES, M. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/mmrp/article/view/86685>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 jul. 1981. p. 12789. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm>. Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. Â. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300021>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CANTILLON, P.; SARGEANT, J. Giving feedback in clinical settings. **Bmj**, [S.l.], v. 337, 10 nov. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.a1961>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

COOK, D. A. et al. Internal structure of mini-CEX scores for internal medicine residents: factor analysis and generalizability. **Advances in Health Sciences Education**, Rockville Pike (EUA), v. 15, n. 5, p. 633-645, dez. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21120648>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DA SILVA, O. G.; NAVARRO, E. C. A relação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, [S.l.], v. 2, n. 8, 2012. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/82>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DE FIGUEIREDO PEREIRA, A. L. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/350637/mod_resource/content/1/Pereira-%20tend%C3%A2ncias%20pedag%C3%B3gicas.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DE LIMA FERREIRA, J.; CARPIM, L.; BEHRENS, M. A. Do paradigma tradicional ao paradigma da complexidade: um novo caminho na educação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-59, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/227>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 13-25, mar. 2001. Disponível em: <http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DEMO, P. Educação científica. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 15-25, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/227>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DE SOUZA SILVA, J. R.; DE ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 146-152, 2010. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

DOS SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 35, n.1, p. 86-92, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a12v35n1.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

FEITOSA, T. D. A. F. **Proposta de implantação do método avaliativo de competências clínicas (MINI-CEX) na residência médica em doenças infecciosas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN**. 2015. 42 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-49, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/04.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura)

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem. **Revista**

Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a16v35n4.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

HONEY, P.; MUMFORD, A. **The learning styles helper's guide**. Maidenhead: Peter Honey Publications, 2000.

KNOWLES, M. S.; HOLTON III, E. F.; SWANSON, R. A. **Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

_____. **The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development**. 6th ed. Burlington: Elsevier, 2005.

KOGAN, J. R.; HAUER, K. E. Brief Report: Use of the Mini-Clinical Evaluation Exercise in Internal Medicine Core Clerkships. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], v. 21, n. 5, p. 501-502, may 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484777/?report=classic>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. (Org.). **10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2014.

LIAO, K. et al. Development and implementation of a mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) program to assess the clinical competencies of internal medicine residents: from faculty development to curriculum evaluation. **BMC Medical Education**, Londres, 13(31), 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/31>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

LIBÂNEO, J. C. A aprendizagem escolar e a formação de professores na perspectiva da psicologia histórico-cultural e da teoria da atividade. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 113-147, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a06>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

MALHOTRA, S.; HATALA, R.; COURNEYA, C. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 30, n.4, p. 414-419, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569664> >. Acesso em: 6 jan. 2018

MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.

MARTINS, S. M. S. **Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico**. 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

MEGALE, L.; DIAS, E.G.; MOTTA, J.C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MILLER, A.; ARCHER, J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. **Bmj**, [S.l.], v. 341, p. 1-6, 2010. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5064> >. Acesso em: 2 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, pp. 621-626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/en_v17n3a07.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 (Suplemento 2), p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MURDOCH-EATON, D. Feedback: the complexity of self-perception and the transition from 'transmit' to 'received and understood'. **Medical Education**, Rockville Pike (EUA), v. 46, n. 6, p. 538-540, jun. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22626043>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

NORCINI, J.; BURCH, V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide n°. 31. **Medical Teacher**, [S.l.], v. 29, n. 9, nov. 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158655>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

_____ ; BLANK, L.L.; ARNOLD, G.K.; KIMBALL, H.R. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. **Annals of Internal Medicine**, Rockville Pike (EUA), v. 123, n. 10, p. 795-799, nov. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574198>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

_____ ; DUFFY, F.D.; FORTNA, G.S. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. **Annals of Internal Medicine**, Rockville Pike (EUA), v. 138, n. 6, p. 476-481, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639081>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

PIZZANI, L. et. al. A contribuição da análise de conteúdo nos estudos na área da Educação Especial e sua interface com a prematuridade. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 27, n. 49, p. 459-470, maio/ago. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/6446/pdf>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Percepção de Discentes de Medicina sobre o Feedback no Ambiente de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 40, n. 3, p. 470-480, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0470.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

ROGAUSCH, A. et al. The influence of students' prior clinical skills and context characteristics on mini-CEX scores in clerkships – a multilevel analysis. **BMC**

Medical Education, Rockville Pike (EUA), v. 15, n. 208, nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26608836>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

STONE, A. Online assessment: what influences students to engage with feedback? **The Clinical Teacher**, Rockville Pike (EUA), v. 11, n. 4, p. 284-289, jul. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24917098>>. Acesso em: 4 jan. 2018

SARGEANT, J.M. et al. Reflection: a link between receiving and using assessment feedback. **Advances in Health Sciences Education**, Rockville Pike (EUA), v. 14, n. 3, p. 399-410, ago. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528777>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

SEMIM, G. M.; SOUZA, M. C. B. M.; CORRÊA, A. K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 484-491, set. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/9210>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

SEKI, M. et al. How do case presentation teaching methods affect learning outcomes? - SNAPPS and the One-Minute preceptor. **BMC Medical Education**, Rockville Pike (EUA), v. 16, n. 12, 2016. Disponível em: <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0531-6>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/251/241>>. Acesso em: 2 jan. 2018.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

VAN DER VLEUTEN, C. P. et al. The assessment of professional competence: building blocks for theory development. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 703-719, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20510653>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

WATLING, C. et al. Beyond Individualism: professional culture and its influence on feedback. **Medical Education**, Rockville Pike (EUA), v. 47, n. 6, p. 585-594, jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23662876>>. Acesso em: 3 jan. 2018.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. *Feedback* como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/08.pdf> > Acesso em: 3 jan. 2018.

APÊNDICE A – Produto da tese: Manual e questionário de Mini-Cex adaptado após discussão em Grupos Focais

Método desenvolvido para avaliação prática, baseado na observação de um encontro real entre médico residente e paciente pelo preceptor, e que engloba o estímulo correto com a resposta adequada, já que o núcleo central é o *feedback* estruturado, baseado na observação feita.

O que é o Mini-Cex?

O Mini-Cex foi introduzido pelo Conselho Americano de Medicina Interna como um método de avaliação e informação para os médicos de pós-graduação, para avaliar habilidades clínicas, atitudes e comportamentos de médicos residentes ou estudantes de medicina, visando melhorar a *performance* deles e, conseqüentemente, o atendimento ao paciente.

Por que utilizá-lo?

Estudos mostram sua eficácia como instrumento de avaliação formativa no nível 1 da escala de Kirkpatrick. No entanto, enquanto ferramenta avaliativa, serve para avaliar o conhecimento no nível do “Fazer” de acordo com a pirâmide de Miller.

É um método de avaliação testado e validado, que pode ser utilizado em qualquer cenário de prática. Utiliza um tempo relativamente curto de aproximadamente 30 minutos de observação clínica, que pode ser conduzida a nível ambulatorial, hospitalar ou em sala de emergência.

O preceptor avalia o treinando utilizando um *checklist* com pontuação de 1 a 9 (1-3: insuficiente; 4-6: suficiente; 7-9: superior) e dá o *feedback* ao final da observação. Pode avaliar as seguintes competências:

- Anamnese;
- Exame físico;
- Aconselhamento;
- Julgamento clínico;
- Organização/eficiência;

- Profissionalismo/habilidades humanísticas.

Além disso, um escore global sobre a impressão de desempenho do aluno pode ser atribuído.

Este questionário irá avaliar a capacidade do interno e/ou do residente para se concentrar, priorizando o diagnóstico e o tratamento no contexto da clínica prática.

Mini Exercício Clínico Avaliativo (Mini-Cex)

Avaliador: _____ Data: _____

Aluno: _____

Diagnóstico do paciente: _____

Queixa Principal: _____

Local: () Ambulatório () Enfermaria () Emergência () Outros _____

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____ () Paciente do aluno () Paciente de outra pessoa

Domínio na Entrevista Médica [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Identificou-se para o paciente	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Queixa principal identificada	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Hábitos e história psicossocial	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
História patológica pregressa	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
História familiar	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Comunicação não verbal (expressões de descontentamento, falta de empatia)	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Contido em linguagem clara e acessível ao paciente	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Perguntou se o paciente tinha dúvidas no final da entrevista	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Domínio no exame físico [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Higienização das mãos	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Comunica ao paciente que será examinado	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Aplicação adequada das técnicas	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Realizou de forma lógica o exame físico	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Qualidades Humanísticas [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Demonstra empatia, compaixão	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Adota condutas éticas	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Aborda o paciente com confidencialidade e informação	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Discussão

Julgamento Clínico [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Elabora adequadamente os possíveis diagnósticos	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Elege pela aplicabilidade e gravidade a investigação	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Hierarquiza a investigação diagnóstica corretamente	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Explica o diagnóstico para o avaliador	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Tratamento

Aconselhamento [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Elege condutas pela gravidade e aderência ao tratamento	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Considera riscos e benefícios do tratamento	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Prontuário do Interno/Residente

Documentação [() Não observado]	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Escrita no prontuário	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Organização no prontuário	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Retirou do cabeçalho doenças já tratadas	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
A conduta no prontuário foi com impressão geral e útil para o paciente	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
NOTA GLOBAL	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Satisfação	Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
Aluno	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9
Avaliador	1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Avaliação Geral

Insatisfatório	Satisfatório	Excelente
1 - 2 -3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9

Tempo de observação: _____ minutos Tempo de *Feedback*: _____ minutos

Comentários: _____

Assinatura do Aluno

Assinatura do Professor

Vantagens do Mini-Cex:

- Possibilidade de *feedback* imediato e estruturado;
- Avaliação beira-leito;
- Método bom para treinamento para prova de residência médica e concursos;
- Utilização da avaliação como orientação para atingir os resultados desejados;
- Observação mais próxima da realidade.

Como utilizá-lo?

No momento da avaliação, o professor observa o aluno a conduzir uma entrevista ou um exame físico a um doente no seu ambiente diário. No decorrer desse processo, o professor completa o formulário de classificação. Em cada momento de avaliação, o examinador registra os dados solicitados de cada paciente.

Após a conclusão da avaliação beira-leito, o professor fornece *feedback* individual e estruturado, contextualizando o aluno dentro dos pontos fortes e fracos daquela avaliação, levando-o à reflexão das suas habilidades e atitudes.

O que os alunos pensam sobre o Mini-Cex?

“Eu acho que essa questão de levar mesmo para a beira do leito com a gente é muito válida. Porque, às vezes, até a nossa anamnese, o nosso exame físico ele é abordado de uma maneira que às vezes, tipo a maneira como o preceptor aborda, complementa alguma coisa, às vezes a gente fica muito no vício.”

“[...] Percebi um movimento de busca, no sentido de eu fiz o primeiro Mini-Cex e percebi que falhei neste sentido, que eu esqueci este aspecto e que eu deixei de fazer isso e voltei para o livro e revi que na hora que fui fazer o segundo Mini-Cex eu preciso corrigir isso aqui, achei isso bem interessante.”

REFERÊNCIAS:

Cook, D. A., T. J. Beckman, J. N. Mandrekar and V. S. Pankratz (2010). "Internal structure of mini-CEX scores for internal medicine residents: factor analysis and generalizability." Advances in health sciences education**15**(5): 633-645.

Malhotra, S., R. Hatala and C.-A. Courneya (2008). "Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise." Medical teacher**30**(4): 414-419.

Norcini, J. J., L. L. Blank, F. D. Duffy and G. S. Fortna (2003). "The mini-CEX: a method for assessing clinical skills." Annals of Internal Medicine**138**(6): 476-481.

Rogausch, A., C. Beyeler, S. Montagne, P. Jucker-Kupper, C. Berendonk, S. Huwendiek, A. Gemperli and W. Himmel (2015). "The influence of students' prior clinical skills and context characteristics on mini-CEX scores in clerkships—a multilevel analysis." BMC medical education**15**(1): 208.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Dados de identificação

Título do Projeto: Implementação e Adaptação de questionário de Mini-Cex como Método de Avaliação no Internato de Clínica Médica do Centro Universitário Christus.

Pesquisador Responsável: Mayra Costa Baltazar Marinho

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário Christus.

Telefones para contato: (85) 987509540 - (85) 96727862

CEP/FChristus – Rua: João Adolfo Gurgel 133, Papicu – Cep: 60190-060 – Fone: (85) 3265-6668

Nome do voluntário: _____

Telefone de contato: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o

caso): _____

R.G. do Responsável legal: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Implementação e Adaptação de questionário de Mini-Cex como Método de Avaliação no Internato de Clínica Médica do Centro Universitário Christus”, de responsabilidade da pesquisadora Mayra Costa Baltazar.

O internato de Clínica Médica é um momento de aprendizagem e informação em cenário de prática, no entanto, muitas vezes o aluno pode não ser visto diretamente exercendo suas habilidades a serem desenvolvidas na matriz de competências, como a coleta de anamnese. O preceptor/tutor recebe, em geral, impressões de terceiros que também estão em formação, os residentes, a respeito das habilidades de coleta de história clínica dos alunos. Faz-se necessário um momento formal de avaliação do professor com o aluno para identificar as características da coleta de história clínica, relação médico-paciente, diagnóstico e relações profissionais.

Os objetivos do presente estudo são: Implementar e adaptar o questionário de Mini-Cex como Método de Avaliação no Internato de Clínica Médica do Centro Universitário Christus; Identificar a frequência do conhecimento a respeito da ferramenta de avaliação Mini-Cex por parte corpo docente e discente do internato da instituição; Adaptar questionário padrão de Mini-Cex voltado à habilidade de coleta de história clínica; Produzir questionário e sugestão desta metodologia para IES (Instituto de Ensino Superior); Obter a percepção do aluno e

professor/preceptor sobre o ganho de conhecimento e melhor precisão na avaliação frente à avaliação longitudinal de fim de mês.

A pesquisa será realizada no Hospital Geral Waldemar de Alcântara, com alunos e docentes do último e penúltimo ano do Curso de Medicina do Centro Universitário Christus. Participarão do estudo alunos devidamente matriculados e docentes do Centro Universitário Christus, que assinem este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitem voluntariamente participar da pesquisa deste estudo. O critério de exclusão será a recusa em participar do estudo.

A qualquer momento, o participante desta pesquisa poderá retirar o consentimento de participação, sem prejuízos à continuidade do estudo. Todos os dados coletados serão de caráter confidencial e exclusivo para utilização deste estudo, gerando privacidade ao sujeito da pesquisa. Somente o(a) pesquisador(a) e o(a) orientador(a) terão conhecimento dos dados.

O estudo será quantitativo em corte transversal sobre a frequência do entendimento dos docentes do internato de Clínica Médica sobre a metodologia do questionário Mini-Cex. Os riscos desta pesquisa são mínimos, obedecendo à Resolução 4666/12 e visando aos benefícios de melhoria na qualidade do ensino-aprendizagem dos envolvidos nesta pesquisa.

Nos dois primeiros meses da pesquisa, haverá a avaliação longitudinal no final do mês, que é itenizada com nota global, aplicada pelo tutor, e, ao final deste ciclo, será feita uma entrevista com o aluno para identificar qual a percepção dele a respeito desta avaliação.

Nos dois meses seguintes, será aplicado o questionário Mini-Cex como forma de avaliação dos internos e, ao final de cada mês, haverá uma entrevista com os professores e alunos para identificar as alterações e possíveis melhorias no processo de ensino-aprendizagem.

Haverá abordagem qualitativa com entrevistas gravadas, dos internos e docentes, sobre a percepção da metodologia empregada no impacto da qualidade da avaliação do interno e no processo de ensino-aprendizagem.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Eu, _____, RG nº _____
declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito. **Ou** Eu, _____, RG nº _____

_____, responsável legal por _____,
RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo com a sua
participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do voluntário Nome e assinatura do responsável por
ou seu responsável legal obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

Informações relevantes ao pesquisador responsável:

Res. 196/96 – item IV.2: O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Res. 196/96 – item IV.3:

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta pesquisa obedecerá à Resolução 466/12.

Casos especiais de consentimento:

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.