

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



ESCOLA MÉDICA DE PÓS-GRADUAÇÃO
Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde - Novas Metodologias

Residência Médica: Uma nova proposta de avaliação dos
residentes

Vera Lucia Mota da Fonseca

Orientador: Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini



Vera Lucia Mota da Fonseca

Residência Médica: Uma nova proposta de avaliação dos
residentes

Monografia apresentada ao Programa de Pós- Graduação, do Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde da PUC-RIO, como requisito parcial para
conclusão do curso de Especialização em “Formação Docente em Medicina
e Ciências da Saúde: Novas Metodologias”.

Orientador: Dr. Jorge Calmon de Almeida Biolchini

**Rio de Janeiro
Novembro de 2016**

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Hilton Augusto Koch, exemplo de dinamismo, pela constante acolhida dos meus projetos.

Ao Professor Jorge Biolchini, pela oportunidade da convivência durante o Curso de Formação Docente em Medicina e Ciências da Saúde: Novas Metodologias.

À Professora Débora de Souza Faffe, diletta colega de turma e amiga, pelo auxílio na formatação dos resultados desta pesquisa.

À Sra. Ana Paula Alves Teixeira, bibliotecária, pelo carinho com que realizou a revisão das referências bibliográficas.

Aos meus queridos e estimados residentes do Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ, pela disponibilidade em participar deste trabalho.

Aos colegas da turma do Curso de Pós graduação da PUC, pelo intenso e extenso convívio.

Ao meu esposo Carlos Alberto da Silva Gomes e a minha filha Leticia da Fonseca Gomes, pelo incessante apoio às minhas atividades profissionais.

Aos meus pais Joaquim e Olívia, pelos exemplos de perseverança e fé, que norteiam diariamente a minha trajetória.

A Deus, pela direção da minha vida.

“Só desperta paixão por aprender,
quem tem paixão por ensinar.”
Paulo Freire

RESUMO

O objetivo do trabalho é propor uma nova forma de avaliar os residentes durante o Curso de Residência Médica, baseado nas diferentes competências em que o médico deve dominar para exercer de forma plena sua especialidade.

Palavras-chave: Residência Médica, Avaliação, Educação médica, Competências.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	6
2. Fundamentos Teóricos.....	8
2.1. Objetivos da Avaliação.....	8
2.2. Competências e Habilidades.....	9
2.3. Competências Médicas Segundo a MEDPUC.....	12
2.4. Auto Avaliação e Avaliação Por Pares.....	16
2.5. Comissão Racional de Residência Médica.....	17
3. Metodologia.....	18
4. Resultados e Discussão.....	20
5. Conclusão.....	24
6. Anexos.....	25
7. Referências Bibliográficas.....	30

1.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é um curso de pós-graduação *lato sensu*, qualificado como uma aprendizagem e treinamento em teoria e habilidades práticas em saúde, no qual é dada ao médico a oportunidade de aprofundar conhecimentos e experiências em especialidades específicas. Embora a formação médica seja considerada concluída na graduação, a RM aparece, na atualidade, como uma forma importante de aperfeiçoamento profissional, sendo que boa parcela dos médicos recém-formados almeja cumpri-la, seja por tradição, necessidade de aprimoramento ou até mesmo deficiência da formação profissional. A RM complementa a formação do profissional de medicina e facilita a inserção do médico no mercado de trabalho, cada vez mais exigente.¹

Os primeiros programas de RM no Brasil se iniciaram no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro e no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na década de 1940.² Eles seguiram modelos criados em 1889 pelos professores Halstedt e Osler, da Universidade Johns Hopkins.³ Neles, o médico recém-formado deveria se aperfeiçoar e trabalhar em serviços hospitalares de áreas específicas, sob a orientação de professores ou de outros médicos de reconhecida experiência e competência, que, na época, constituíam os mais recomendáveis para a formação do especialista.⁴

Embora seja amplamente reconhecido o papel desse tipo de formação ao proporcionar melhor aprendizado prático e teórico para os médicos, trazendo mais segurança e eficácia em sua atuação na vida profissional, estudos referem algumas deficiências do processo – dentre elas excesso de carga de trabalho, falta de preceptoría adequada, estresse físico e emocional produzido pela atividade desenvolvida, condições impróprias dos hospitais e baixa remuneração.⁵

Por outro lado, temos coordenadores e preceptores da RM, médicos, que sem nenhuma forma de aprendizado específico veem na difícil tarefa de orientar e ensinar, sem que previamente passem por um Curso de formação em Ensino em Saúde. Esta atribuição fica mais árdua quando esses mesmos tutores são obrigados a avaliar os respectivos médicos recém-formados por meio de questionários pré-estabelecidos, onde uma escala de atitudes e uma avaliação cognitiva é proposta. Apesar das Comissões de RM buscarem uniformizar itens prioritários e incondicionais que precisem ser verificados no treinamento de jovens médicos, sabemos que esta forma de avaliação encontra-se longe do ideal.

A avaliação do estudante constitui, possivelmente, a etapa de maior relevância em todo o processo educacional. Permite a obtenção de informações sobre o aprendizado e subsidia a tomada de decisões que, muitas vezes, são críticas para a vida do estudante. Além disso, a forma e o conteúdo das avaliações são

altamente importantes, na medida em que constituem um poderoso determinante de como os alunos estudam e aprendem.⁶

O processo avaliativo dentro da RM é um desafio. Tem que ser pensado algo que mensure a aprendizagem em serviço, incluindo a aferição de habilidades, além, é claro, dos conhecimentos teóricos.

2.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Está muito claro, para esta relatora que não podemos falar de avaliação dos residentes sem antes estudarmos o que diz a literatura sobre a avaliação no ensino médico, já que estamos cientes que a RM é uma forma de educação continuada em Medicina. O estudante de Medicina encontra-se constantemente num processo de aquisição de qualidades intelectuais e habilidades psicomotoras, e desenvolvimento de valores éticos, atitudes e comportamentos, essenciais em seu futuro exercício profissional. O modelo pedagógico de um curso de graduação deve utilizar as melhores estratégias para propiciar o desenvolvimento do processo de aprendizagem, além de instrumentos eficientes para sua avaliação.

2.1 OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO

A avaliação é um processo que encontra lugar em toda e qualquer atividade humana. Pode ser, genericamente definida, como a determinação do valor de alguma coisa para certa finalidade. No contexto educacional, a avaliação implica em obter informações, por meio da aplicação de métodos específicos, que podem subsidiar a tomada de decisões que interessam tanto ao processo do aprendizado como ao educando. Ainda neste contexto, a avaliação pode ser entendida como “um processo de comparação entre os dados do desempenho do estudante e os objetivos instrucionais previamente estabelecidos”. Estas definições, ligeiramente diferentes, trazem consigo alguns componentes básicos indissociáveis do conceito genérico de avaliação. Entre estes, deve ser ressaltado o juízo de valor, aplicado sobre os resultados do emprego de métodos apropriados, tendo em vista padrões pré-estabelecidos. Muito frequentemente, o juízo é estabelecido com base na apreciação de medidas feitas com escalas apropriadas, em comparação a critérios quantitativos previamente definidos. Em qualquer caso, a valoração é feita com vistas a finalidades específicas, que justificam e norteiam a avaliação.⁶

Com relação à avaliação do estudante de Medicina, pode ser adotado o conceito genérico de que esta é um processo de colheita de informações, realizado por meio de atividades sistemáticas e formais, que permite saber o que o estudante conhece, sabe fazer e, efetivamente, faz de modo adequado, de maneira que se possa interferir no processo educacional, corrigindo distorções e reforçando aspectos positivos. Evidentemente, esta interferência deve repercutir sobre o sujeito principal do processo educacional, o estudante de Medicina.

Uma importante decorrência destes conceitos é que a avaliação pressupõe o estabelecimento prévio, com a maior precisão possível, do conjunto de habilidades que devem ser adquiridas, cujo domínio, demonstrado na avaliação pertinente, permitirá atestar a consecução dos objetivos instrucionais.⁶

No desenvolvimento do processo educacional, a avaliação do estudante pode ser efetuada em diferentes momentos, com finalidades distintas. De acordo com estas variáveis, é possível classificar os processos de avaliação em três diferentes tipos.

A avaliação localizatória é a tomada de informações, efetuada no início do processo educacional, com vistas à verificação do grau de domínio preliminar dos objetivos instrucionais, ou, ainda, daqueles que constituem pré-requisitos para a aquisição dos conhecimentos e habilidades, cujo ensino se seguirá. Por conseguinte, este tipo de avaliação tem forte repercussão no planejamento das atividades educacionais.

A avaliação formativa é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas. Uma importante característica deste tipo de avaliação é o “feedback” imediato que deve ser fornecido ao estudante, de modo a poder configurar o processo de obtenção de dados como genuína atividade educacional. Em determinadas circunstâncias, a aplicação repetida de métodos de avaliação formativa pode fornecer resultados indicativos da ocorrência de problemas ou dificuldades específicas de aprendizado. Nestes casos, podem ser empregados recursos de avaliação diagnóstica para a detecção, confirmação e caracterização destes problemas, de modo a se dispor de dados para a sua solução.

A avaliação somativa, também denominada de terminal, incide no final ou após o transcurso do processo educacional, ou de suas etapas mais importantes, tendo, como finalidade, a verificação do grau atingido de domínio dos objetivos instrucionais. E, frequentemente, empregada com o propósito de aprovação ou reprovação do estudante ou, ainda, de emitir parecer formal sobre a capacitação individual para o exercício de atividades profissionais.⁷

2.2 COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

A observação direta das habilidades clínicas dos estudantes pelos professores é essencial para se afirmar que o estudante atingiu o nível de competência necessário a determinada etapa de seu aprendizado. 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. Para o professor também deve funcionar como um recurso de grande utilidade no controle de qualidade do que ele está ensinando e de sua estratégia pedagógica.

No caso específico do estudante de Medicina, a avaliação reveste-se de importância especial, visto que deve contemplar não só o conhecimento adquirido, mas também habilidades específicas e elementos de ordem afetiva, como as atitudes frente a inúmeros aspectos da prática profissional. O reconhecimento progressivo desta importância tem propiciado um grande desenvolvimento da área de Avaliação de Competências Médicas, dentro do campo geral da Educação Médica. Esta evolução tem resultado em uma diversidade de conceitos e de métodos aplicáveis a situações específicas na avaliação do estudante, bem como no aumento da complexidade e da dificuldade inerente à área.⁶

A avaliação de competência, um tema atual e polêmico, presente em todo debate institucional, tem permitido aprofundar as discussões sobre o processo de ensino, aprendizagem e avaliação nos cursos médicos, buscando a sintonia entre o ganho cognitivo e a aquisição de habilidades clínicas, atitudes e consciência ética. As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 preconizam que a avaliação discente deve basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos.

Em Educação Médica, as competências envolvem conhecimento e habilidades complexas e, para avaliá-las, há a necessidade de vários instrumentos direcionados para os diversos domínios. Abranger esses diferentes domínios é fundamental, uma vez que a certificação de competência expressa uma legitimação social de pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar na carreira médica. Nos últimos anos, houve crescente produção de conhecimento no campo da avaliação de competência, e a validação de novos instrumentos pedagógicos tem propiciado um grande desenvolvimento na área da Avaliação de Competências Médicas. Avaliar competências significa tentar analisar a integração que o estudante conseguiu fazer da teoria com a prática ao longo dos seis anos do curso. Com o crescimento exponencial do conhecimento, é impossível transmitir tudo aos alunos. A avaliação tradicional da aprendizagem concretiza-se na realização de provas objetivas ou de múltipla escolha, orientadas para a memorização de fatos, muitas vezes isolados, descontextualizados, e na aquisição de conceitos de caráter classificatório. Esse tipo de avaliação tem sido a referência usada como medida comparativa do que foi aprendido pelo grupo de alunos. Por outro lado, o ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes para lidar com as situações, os problemas e os dilemas da vida real.

Para PERRENOUD, competência é a “capacidade de mobilizar e integrar o conjunto de conhecimentos especializados e saberes, recursos e habilidades para a resolução de problemas num contexto profissional determinado.”⁸

A avaliação de competência, portanto, tem como princípios básicos a observação do desempenho do estudante em tarefas clínicas específicas executadas em pacientes, bem como o correspondente juízo de valor sobre a adequação desse desempenho. Os instrumentos devem avaliar o estudante

“mostrando como faz”, devendo ser consideradas as habilidades clínicas, psicomotoras, a interação com o paciente, o manejo da informação, a capacidade de julgamento, síntese e decisão e a preservação de atitudes éticas.⁹

Na Educação Médica, as competências envolvidas constituem, quase sempre, habilidades complexas e que compreendem inter-relações variadas entre os domínios cognitivos, psicomotor e afetivo. Por exemplo, a comunicação efetiva com os pacientes e seus familiares, a obtenção da anamnese e a execução do exame físico envolvem habilidades de todas as mencionadas categorias. Do mesmo modo, a interpretação adequada das informações obtidas e a sua análise visando à solução de problemas, bem como a correspondente tomada de decisões, envolvem não só habilidades cognitivas complexas, como também atitudes e crenças frente aos padrões de conduta médica.

Além disso, o exercício das habilidades definidoras de uma competência é influenciado por fatores diversos, como, por exemplo, o contexto (crianças, adultos, idosos), o conteúdo envolvido (condições de natureza variada, relacionadas a diferentes órgãos e aparelhos), as circunstâncias de cada situação (gravidez, acidentes), bem como as características de personalidade do médico (ou estudante) e o efeito modulador de experiências prévias semelhantes.⁶

Segundo Epstein e Hundert, a competência médica deve envolver o uso habitual e judicioso de habilidades de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão sobre a prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade que está sendo atendida.¹⁰

O aluno deverá desenvolver várias competências para o exercício da sua prática médica:

- Técnica: ter conhecimento e habilidades relacionados a sua prática, de forma a aplicá-los de forma resolutiva no dia a dia da profissão.
- Comunicadora: aprimorar as relações interpessoais, baseadas em diálogo e empatia, nas diversas formas de comunicação, identificando e atendendo às expectativas do paciente, familiares e da equipe de saúde para diagnóstico e terapêutica necessários à resolução de conflitos, considerando o universo sócio cultural envolvido.
- Estudiosa: comprometer-se com uma busca ativa e contínua de aprimoramento, de forma reflexiva, podendo aplicar todo o conhecimento médico em sua prática.
- Cuidadora: assegurar a integralidade e eficácia do cuidado, através do acolhimento e bem estar do paciente, família e equipe de saúde buscando a resolutividade do atendimento e satisfação das pessoas.
- Colaboradora: otimizar o cuidado ao paciente, de forma transdisciplinar, envolvendo os diversos profissionais e seus saberes.

- Ética: desenvolver a capacidade de resolução de problemas do paciente, família e equipe de saúde, de forma interdisciplinar e sustentável, a partir de valores, comportamentos e responsabilidades e com compromisso social.
- Gestora: liderar, organizar e gerenciar recursos materiais e humanos no cuidado da saúde, de forma integralizada.¹¹

Apesar dos avanços tecnológicos, as habilidades para realizar anamnese e exame físico, assim como para se comunicar com o paciente de forma eficaz e realizar certos procedimentos invasivos, continuam as mais importantes e efetivas ferramentas diagnósticas e terapêuticas. No entanto, muitos alunos terminam o curso médico com deficiências nessas habilidades essenciais. Tal constatação reforça a necessidade de que o aprendizado das competências clínicas ocorra de forma mais abrangente, incluindo não somente os conhecimentos necessários, mas também as habilidades técnicas e de comunicação, empatia, propedêutica e raciocínio clínico. A trajetória de aprendizado de competências em Medicina pode ser entendida como uma sucessão de etapas, nas quais a apreensão e o desenvolvimento do conhecimento, de habilidades e atitudes necessárias vão ocorrendo de forma progressiva, ao longo de um gradiente no qual ele inicia como "novato" e termina como um "experto". Esse processo pode ser representado, de forma esquemática, pela pirâmide de Miller, originalmente proposta em 1990 como um sistema de hierarquização de metodologias de avaliação das competências médicas. Dessa maneira, para desenvolver uma competência, o aluno transita da fase em que conhece o referencial teórico que subsidia a competência, quando então é capaz de provar que "sabe", evoluindo em seguida para a etapa em que é capaz de entender a aplicação daquele conhecimento, o contexto onde a competência é necessária, demonstrando então que "sabe como fazer". Nessas duas fases são necessárias apenas habilidades cognitivas. Um terceiro estágio é aquele no qual o aluno domina tanto o referencial teórico quanto as habilidades e atitudes em si, já incorporando, portanto um aspecto prático, comportamental: ele "mostra que sabe como fazer", porém em situações simuladas, ou sob orientação. O quarto estágio é aquele em que o aluno já é considerado um experto, por ser capaz de executar a competência em situações reais ("faz").¹²

2.3 COMPETÊNCIAS MÉDICAS SEGUNDO A MEDPUC

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina (DCN), o perfil profissional do egresso dos cursos de graduação em Medicina deve ser o médico "[...] com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da

assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano". Esse médico deve ser formado sob o prisma das necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde, respectivamente, da região onde a escola está inserida. Esse conceito é coerente com a ideia de que o médico deve ser capaz de atender às demandas de seu foco de atuação, atentando para as particularidades da sua clientela. Ao mesmo tempo, é desejável que esse profissional tenha uma visão global da saúde, não só no que diz respeito às particularidades da epidemiologia das doenças no mundo, mas também com relação às diferentes concepções de medicina, formas de atuação e sistemas de saúde ao redor do planeta. Apesar de aparentemente contraditórias, essas duas características são conciliáveis e complementares, especialmente no mundo globalizado de hoje, onde as doenças não respeitam fronteiras. Por fim, considerando a característica altamente dinâmica do conhecimento médico, é fundamental que esse profissional seja capaz de se manter atualizado, se responsabilizando por seu processo de educação continuada. Assim sendo, poderíamos definir esse médico egresso ideal como um médico contemporâneo, com pensamento global e comprometido com ação local.

O Curso de Medicina da PUCRio de Janeiro utilizou para filosofia do curso, referências para a elaboração do perfil de seu egresso. Após vários estudos definiu esse perfil sendo composto por sete papéis essenciais do médico: perito médico, comunicador, colaborador, defensor da saúde, gestor, estudioso e profissional. Esses papéis foram inspirados no projeto CanMEDS, que parte de sete papéis que todos os clínicos devem conhecer bem, por corresponderem às necessidades da sociedade. No entanto, a definição do perfil de cada um desses papéis, suas competências gerais e específicas, assim como as relações entre os papéis, foram revistas e adaptadas à luz das demais referências citadas, e de acordo com o modelo de saúde MedPUC, dando origem a um novo modelo de formação médica. Cada papel reúne um grupo de competências afins, representando, portanto diferentes coleções de ferramentas que o aluno deve aprender a utilizar durante sua formação: os "kits básicos", que todo médico precisa ter. É importante mencionar, no entanto, que no exercício diário da profissão, o médico lança mão de diferentes combinações de competências, ou ferramentas, para a resolução das diversas situações com as quais ele se depara; ele nunca "interpreta" cada papel de maneira isolada, na medida em que os papéis fazem sentido através de suas mútuas interações, de modo singularmente contextualizado. Portanto, essa divisão em papéis, tal como apresentada no presente texto, deve ser entendida como um sistema referencial de recursos para ajudar a orientar a composição das diferentes atividades do currículo do MedPUC, e não como uma classificação estanque das competências médicas. Neste modelo, o papel do perito médico representa o papel central, pois reúne as competências específicas do profissional médico, isto é, aquelas que os distinguem dos demais profissionais da área da Saúde. É importante mencionar que a expressão "perito médico" aqui tem a conotação de

conhecedor, habilitoso ou experto em medicina (medical expert, no original em inglês). No dicionário Aurélio, as palavras "experto" e "perito" apresentam diversas definições; aquela à qual nos referimos é "aquele que é sabedor ou especialista em determinado assunto". O uso do termo perito, no presente contexto, não se refere, portanto, ao profissional que exerce a especialidade, definida pelo Conselho Federal de Medicina, de "perícia médica". Os demais papéis reúnem competências desejáveis em todos os profissionais de Saúde, incluindo o médico.

De uma forma resumida, podemos dizer que o perfil do egresso do MedPUC deverá seguir os seguintes papéis essenciais:

Perito médico: reúne as competências específicas que habilitam o aluno ao exercício da profissão médica. Diz respeito aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para coleta e interpretação de informação visando à tomada de decisões clínicas a respeito das intervenções diagnósticas e terapêuticas mais apropriadas para cada paciente e comunidade.

Defensor da saúde: reúne as competências relacionadas ao acolhimento integral e antecipação às necessidades gerais dos pacientes e comunidades sob cuidado médico, e à defesa da saúde das populações, como um todo. Segundo o MS, acolhimento é "[...] uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica [...] 'abrigar e agasalhar' outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Assim sendo, o médico deve estar atento a todas as intervenções necessárias para a resolução das demandas trazidas pelo paciente/comunidade, incluindo aquelas para as quais ele não possui autonomia, dentro e fora do sistema de saúde. Ele deve orientar o paciente dentro do serviço ou sistema de saúde, de modo que ele possa ter sua necessidade suprida; deve atentar ainda para os determinantes de saúde e de desigualdade em saúde, atuando, individual e coletivamente, como um porta-voz especialmente habilitado a divulgar essas necessidades e exigir as providências cabíveis. Já a antecipação às demandas em saúde (intervenções sobre demandas não referidas pelo usuário) diz respeito às competências necessárias ao exercício da biossegurança, num conceito amplo do termo. Essa visão ampliada da biossegurança é compartilhada pelo MS, que a define como "a condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o meio ambiente".

Gestor: o papel de gestor refere-se ao engajamento do médico nos processos de tomada de decisão dos sistemas de saúde em que ele esteja inserido. Ele agrega competências relacionadas à organização e à gestão dos recursos materiais e humanos existentes, de modo a otimizar a tarefa de prevenção em saúde, tarefa esta que pode estar a cargo de um único profissional (no caso da gestão da própria carreira) ou de vários profissionais (no caso da gestão de um serviço ou sistema de saúde, seja no nível local, regional ou nacional). O

exercício do papel do gestor pressupõe, portanto, a capacidade de liderança, administração e gerenciamento.

Comunicador: reúne as competências para realizar uma comunicação eficiente e com potencial terapêutico, utilizando de forma apropriada as ferramentas de compartilhamento de decisões terapêuticas e interações dinâmicas com parentes, familiares, cuidadores e, outros profissionais. Essas competências são fundamentais para o estabelecimento da confiança, formulação de diagnóstico, obtenção e fornecimento de informações, compreensão mútua e formulação de plano de cuidado compartilhado. Inclui também as competências para comunicação verbal, oral e escrita, e não verbal, assim como o domínio de pelo menos uma língua estrangeira escrita, além de proficiência no idioma português.

Colaborador: o trabalho multiprofissional é cada vez mais valorizado e compreendido como um pré-requisito para o cuidado apropriado centrado na pessoa, objetivo final compartilhado pelos diversos profissionais envolvidos na assistência ao paciente. Dessa maneira, é importante que os profissionais de Saúde aprendam a trabalhar em conjunto, de uma forma colaborativa e transdisciplinar. A transdisciplinaridade, segundo Rocha, "envolve os elos [...] entre as disciplinas, os espaços de conhecimento que consubstanciam esses elos, ultrapassando-as com o objetivo de construir um conhecimento integral, unificado e significativo". É essencial, portanto que o médico desenvolva competência para o trabalho efetivo em equipe, de modo a otimizar a assistência ao paciente, favorecer o aprendizado coletivo, através da troca saudável de saberes e experiências, e diminuir oportunidades de erros e omissões na assistência.

Estudioso: o papel do estudioso refere-se à necessidade de o médico se engajar num processo contínuo de aprimoramento da sua expertise, através da prática reflexiva e da educação continuada. Como aprendiz, o médico deve contribuir para a criação, disseminação, aplicação e tradução do conhecimento em medicina, além de servir de modelo para outras pessoas. Como professor, ele deve favorecer a educação dos pacientes, familiares, estudantes, colegas, gestores e outros atores sociais.

Profissional: reúne as competências necessárias para o exercício ético da profissão, a manutenção de atitude e comportamento adequados, o compromisso com a competência clínica, com a integridade, com a promoção do bem-estar público. Esse compromisso é a parte que cabe ao médico no seu contrato com a sociedade, que em contrapartida garante ao mesmo o exercício de uma profissão autorregulada, a partir do entendimento de que os médicos são responsáveis por aqueles sob seus cuidados. O papel do profissional refere-se ainda ao compromisso do médico com seu próprio bem-estar, seus talentos e aptidões, sua realização e crescimento pessoal; refere-se ainda à autopreservação, com adoção de medidas proativas visando à prevenção de burnout (síndrome do esgotamento) e outras patologias associadas ao exercício da profissão e à atuação médica.¹³

2.4 AUTOAVALIAÇÃO E AVALIAÇÃO POR PARES

Os currículos mais atualizados na área de saúde visam preparar não apenas médicos qualificados, mas também alunos autônomos, capazes de atuar em ambientes complexos e dinâmicos e de lidar com a crescente quantidade de informações e situações profissionais a que estão expostos. A escola médica deve engajar os alunos em um processo contínuo de aprendizagem, no qual habilidades reflexivas, analíticas e de automonitoramento são fundamentais. Ao longo dos anos, a avaliação em educação médica tem sido uma responsabilidade essencialmente do corpo docente. No entanto, na perspectiva de capacitar médicos para desenvolvimento contínuo e atuação em equipes, há uma crescente tendência de responsabilização dos estudantes, incluindo o papel de agentes de sua própria avaliação e da avaliação de seus pares. Os educadores têm buscado dados colhidos de múltiplas fontes, criando um “círculo completo” de avaliadores, que inclui professores, colegas, enfermeiros, outros profissionais e pacientes, além do próprio aluno.¹⁴

A autoavaliação representa uma estratégia de ensino importante que prepara o aluno para repensar os resultados de suas próprias ações profissionais; refletir sobre o que aprendeu; avaliar como tal aprendizado o preparou para realizar as tarefas esperadas; perceber suas necessidades individuais de aprendizagem; elaborar um plano coerente para lidar com suas dificuldades; comparar os novos resultados com os anteriores e revisar e atualizar seu plano de aprendizado. Essa habilidade de identificar valores e atitudes pessoais, reconhecendo os próprios pontos fortes e fracos, pode ser desenvolvida, aperfeiçoada e modificada pela educação, sendo considerada essencial para a manutenção e melhoria da proficiência médica, para o bom relacionamento com pacientes e colegas, e para o desenvolvimento da identidade profissional.

No entanto, apesar de sua reconhecida importância no processo de aprendizagem contínua dos profissionais da área de saúde, a autoavaliação tem sido negligenciada. Em parte, isso ocorre porque nem os docentes e nem os alunos parecem estar adequadamente preparados para a transição entre a abordagem de avaliação centrada no professor e a centrada no aluno. Parece que o momento ideal para essa transição é quando os alunos iniciam o estágio clínico do curso médico, pois eles começam a adquirir experiência em cuidar dos pacientes e podem usar esses encontros como guia de avaliação de seus próprios conhecimentos e habilidades. Uma vez conscientes de suas dificuldades, eles poderão decidir como irão usar o tempo limitado que possuem para atividades de autoaprendizagem. Atividades de preparação quando os alunos vão iniciar o estágio clínico, facilitando o desenvolvimento de seu autoconhecimento e encorajando-os a aprender a partir de seus erros, são estratégias pedagógicas que devem ser incorporadas aos currículos médicos.

Diversos autores defendem o uso da autoavaliação em conjunto com a avaliação feita por pares e professores. A comparação entre esses dois métodos de avaliação fornece aos educadores informações úteis para o desenvolvimento e planejamento do currículo e para a revisão da metodologia adotada, além de estimular a discussão e o feedback. A avaliação pelos colegas talvez seja o

método informal mais usado pelos médicos. A Abim (American Board of Internal Medicine) incorporou a avaliação feita por pares no processo de recertificação de profissionais e no treinamento de futuros profissionais. Como os docentes não estão presentes 100% do tempo, eles podem perder informações importantes a respeito do desempenho do aluno. Por isso, ouvir a perspectiva de colegas com quem o aluno convive por um longo período de tempo e em diferentes situações pode levar a mudanças positivas de comportamento, especialmente no que se refere à competência humanista. Entretanto, o conceito dado pelos colegas pode sofrer o chamado “efeito halo”, isto é, pode ser influenciado mais pelas impressões gerais que o avaliador tem do avaliado do que pelo desempenho do mesmo. Sabe-se, porém, que esse efeito pode ser reduzido quando se tem uma amostra adequada de avaliadores, dados confidenciais e um instrumento estruturado.¹⁴

2.5 COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 2006, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 13. Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição.

§ 1º. A frequência mínima das avaliações será trimestral.

§ 2º. A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.

§ 3º Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser do conhecimento do Médico Residente.

Art. 14. A promoção do Médico Residente para o ano seguinte, bem como a obtenção do certificado de conclusão do programa, dependem de :

- a) cumprimento integral da carga horária do Programa;
- b) aprovação obtida por meio do valor médio dos resultados das avaliações realizadas durante o ano, com nota mínima definida no Regimento Interno da Comissão de Residência Médica da Instituição.

Art. 15. O não cumprimento do disposto no art. 14 desta Resolução será motivo de desligamento do Médico Residente do programa.¹⁵

3.

METODOLOGIA

Ficou claro que tanto o aluno egresso, mas principalmente o residente médico, além de adquirir um conjunto de conhecimentos fundamentais, necessita, também, dominar uma série de habilidades de complexidade variável, que nem sempre são de fácil avaliação e exigem diversidade de métodos e de instrumentos específicos.

Consciente do papel que tenho como Coordenadora da Residência Médica em Ginecologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho- Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF-UFRJ), onde tento buscar as adequadas formas de formação, me vejo também na obrigação de buscar as melhores alternativas de avaliação dos mesmos, para garantir à sociedade que esses ginecologistas serão profissionais éticos, humanos, socialmente responsáveis e competentes para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população.

Este foi um estudo transversal descritivo, que teve como população-alvo os treze médicos residentes do Serviço de Ginecologia do HUCFF-UFRJ, estando três no primeiro ano de RM, cinco no segundo ano e cinco no terceiro ano.

A ideia do estudo é discutir outras formas de avaliação para que sejam incluídas no processo ensino aprendizagem dos respectivos residentes, buscando basicamente o que foi apresentado acima, nos fundamentos teóricos.

Existe uma orientação da Comissão Nacional de RM e que é seguida pela Coordenação Geral da RM do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ), para que o residente seja avaliado trimestralmente segundo uma escala de atitudes e uma avaliação cognitiva, onde são avaliados conhecimentos teóricos e práticos adquiridos durante o período. Ao final do curso que tem duração de três anos, o aluno deverá apresentar uma monografia para que possa receber o certificado de conclusão.

Esse modelo que está apresentado no anexo 1, sempre me inquietou, pois penso que ele é realizado de forma automática, sem a devida reflexão que se faz necessária num momento tão importante da vida desses recém formados.

Sendo assim idealizei este estudo para que pudesse colocar na prática novas formas de avaliação.

No primeiro momento solicitei que meus residentes se autoavaliassem com notas de zero a dez, seguindo os cinco itens que constam na escala de atitudes (anexo 2) que também estão presentes na avaliação padrão que é realizada no HUCFF. Após, solicitei que cada um deles avaliasse cada um dos seus doze colegas, seguindo os mesmos critérios. E por fim, eu mesma realizei a avaliação dos treze residentes, seguindo os mesmos itens.

Em seguida, criei um novo tipo de avaliação, onde três competências seriam avaliadas: a competência técnica, a competência comunicadora e a competência ética. Penso que por meio dessas três competências pode se ter uma avaliação

bem globalizada do aluno. Em cada uma dessas competências, seria necessária a avaliação quanto ao conhecimento, a habilidade e a atitude. Essas avaliações foram realizadas do mesmo modo que a anterior, isto é, em forma de autoavaliação, avaliação interpares e a avaliação de cada um dos residentes realizada pela professora. As notas dadas para cada um dos itens também variou entre zero e 10 (anexo 3). Também foi encaminhado para os residentes um texto explicativo, definindo o que são competências e elucidando como avaliar o CHA (Conhecimento, Habilidade e Atitude) (anexo 4).

4.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 residentes do Serviço de Ginecologia do HUCFF-UFRJ. Dos 13 residentes, apenas um é do sexo masculino. A idade média deles é de 28,8 anos com Desvio Padrão (DP) de 1,7. Todos os residentes responderam os questionários completamente.

No primeiro momento, eles responderam o questionário da autoavaliação e avaliação interpares em relação à assiduidade e a pontualidade, relacionamento com a equipe e com o paciente, interesse e iniciativa.

No gráfico 1, notamos que as médias em relação a assiduidade e a pontualidade tiveram como média 8,3 com DP de 1. Já na avaliação interpares foi de 8,0 com DP de 0,6; na avaliação da professora foi de 7,6 com DP de 1,9.

Nos gráficos 2 e 3 demonstramos a avaliação do relacionamento com a equipe e com o paciente. A média da autoavaliação foi de 8,7 com DP de 0,7 e 9,3 com DP de 0,5, respectivamente. Já na avaliação interpares, os conceitos foram muito próximos, sendo de 8,2 com DP de 0,9 para relacionamento com a equipe e de 8,7 com DP de 0,7 para o relacionamento com o paciente. Na análise da professora, as notas foram mais baixas, principalmente quando relacionadas com a equipe, quando a média foi de 7,5 com DP de 1,9 e o relacionamento com o paciente foi de 8,6 com DP de 0,8.

Nos gráficos 4 e 5, exibimos o desempenho prático interesse e desempenho prático iniciativa. Na autoavaliação, a média foi de 8,9 com DP de 0,6 e 8,7 com DP de 0,9, respectivamente. Na avaliação interpares, a média foi de 8,4 com DP de 0,9 para o interesse e 8,1 com DP de 1,2 para iniciativa. No julgamento da professora, as notas ficaram mais distantes, tendo sido a média de 7,8 com DP de 1,8 em interesse e de 7,3 para iniciativa com DP de 2,0.

No gráfico 6, informamos a diferença entre os três grupos, isto é, entre a autoavaliação, a avaliação interpares e a avaliação da professora. Constatamos a grande diferença do DP, principalmente, mas não somente, nas notas atribuídas pela professora, o que demonstra ser um grupo de residentes bem heterogêneo. Essas disparidades são mais bem observadas nos gráficos de interesse e iniciativa.

Em seguida, foi entregue o segundo questionário. Através da avaliação do CHA (COMPETÊNCIA, HABILIDADE e ATITUDE), inferimos que os residentes responderam com maior atenção e comprometimento. Refletiam utilizando os questionamentos para melhor avaliar o colega. Quanto à avaliação da professora, também comprovei maior facilidade em ser mais justa com meus residentes.

No gráfico 7, consideramos as notas da autoavaliação que variaram, segundo as médias, de 8,3 para competência técnica; 9,3 para competência comunicadora e 9,2 para competência ÉTICA. Os DP foram no máximo de 0,6.

Já no gráfico 8, registramos as notas das avaliações dos interpares. A média para a competência técnica foi de 8,3; para a competência comunicadora foi de 8,6 e para a competência ética foi de 8,8. O maior DP ocorreu na competência técnica que foi de 0,9.

No gráfico 9, encontram-se os conceitos fornecidos pela professora. Observamos notas de menor valor quando comparadas com os gráficos anteriores. Talvez demonstre que o alunato ainda necessita de melhor preparo e treino para realizar tal tipo de avaliação. A média da competência técnica foi de 7,5 com DP de 2,0; a competência comunicadora, com média de 8,2 com desvio padrão de 1,1 e a competência ética, de 8,7 com DP de 1,2.

Concluimos mais uma vez que principalmente na competência técnica, o grupo é bastante desigual. Tanto no conhecimento, quanto na habilidade ou na atitude, os alunos receberam notas que variaram de 2 a 10. Isso explica o grande desvio padrão observado. Também deve ser levado em consideração o tempo de formação de cada residente, que pode se encontrar entre o primeiro e o terceiro ano de residência médica.

Por fim, no gráfico 10, demonstramos uma comparação entre as três diferentes formas de avaliar e o resultado final das diversas competências.

GRÁFICO 1

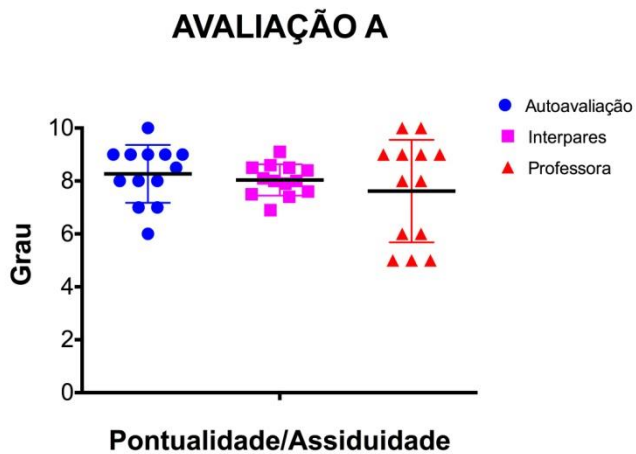


GRÁFICO 2

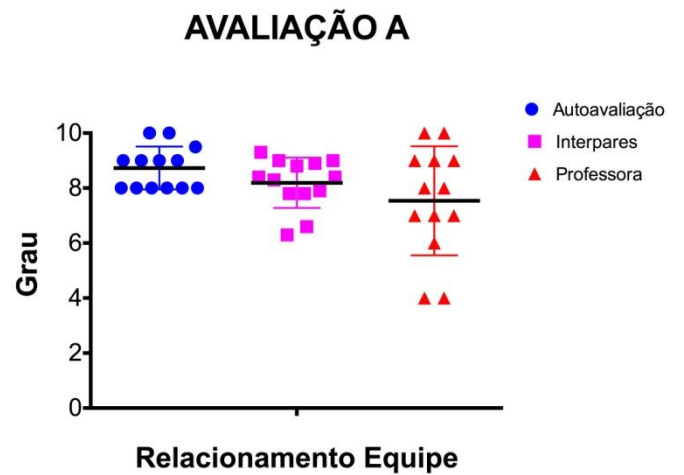


GRÁFICO 3

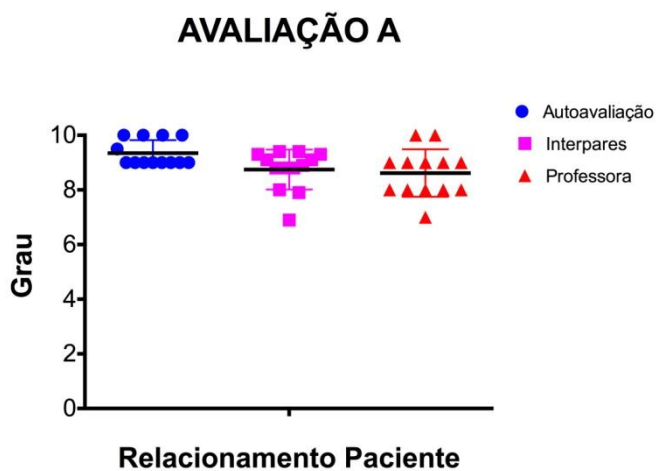


GRÁFICO 4

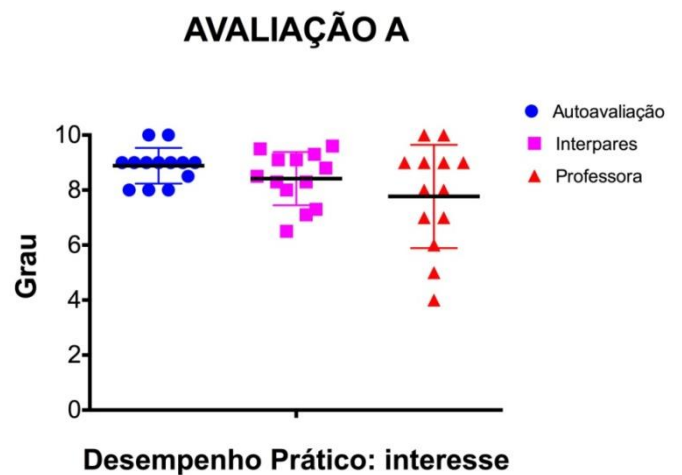


GRÁFICO 5

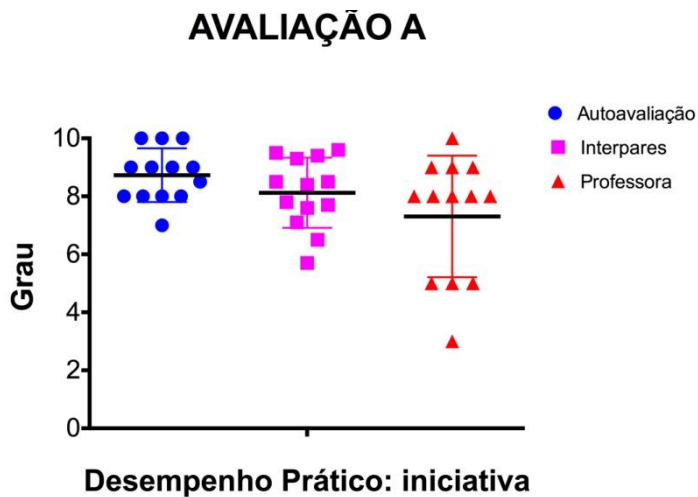


GRÁFICO 6

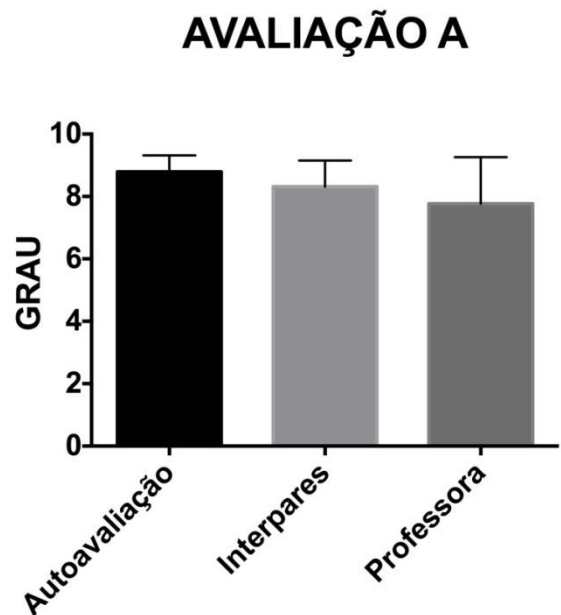


GRÁFICO 7

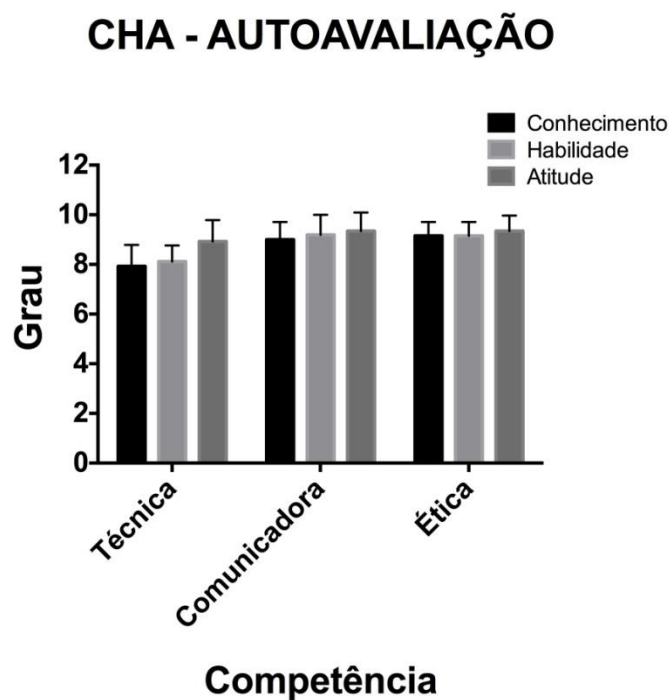


GRÁFICO 8

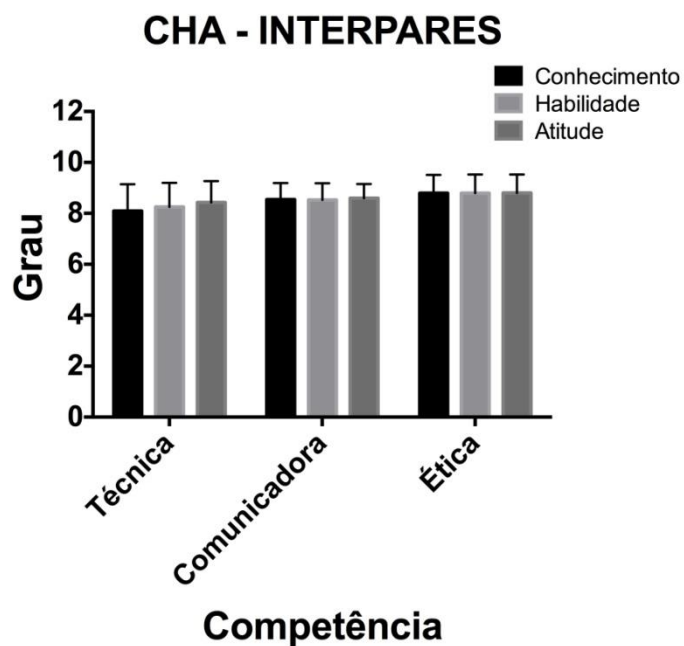


GRÁFICO 9

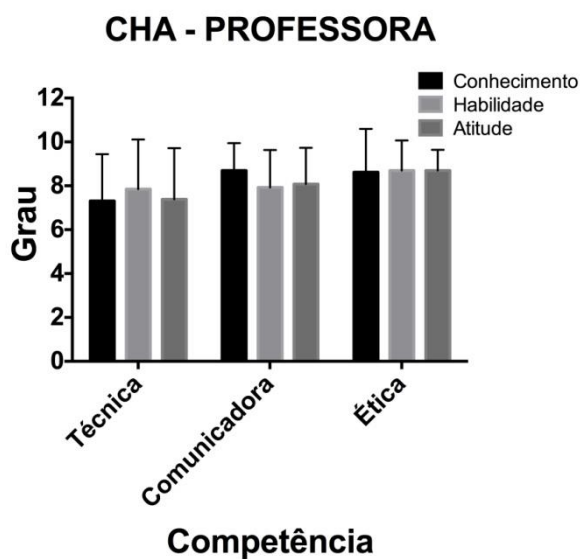
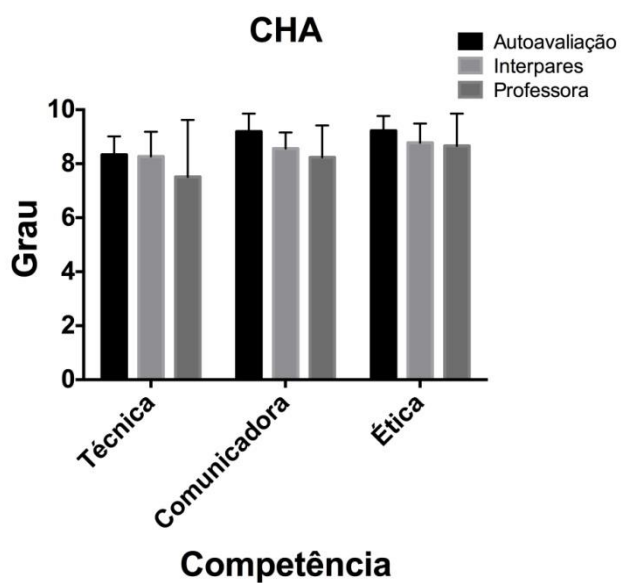


GRÁFICO 10



5. CONCLUSÃO

A capacitação do residente é uma questão fundamental quando nos dispomos a discutir Ensino Médico. Sabemos que devido a todas as dificuldades que as Faculdades de Medicina vivenciam, sejam elas, públicas ou privadas, a RM tornou-se o grande elo entre a Faculdade e a vida profissional propriamente dita. Sendo assim a preocupação que envolve todos os atores que trabalham diretamente com a RM torna-se compreensível.

No contexto da capacitação surge a avaliação. Como afirmar para a sociedade que determinado médico tornou-se capaz de exercer sua especialidade? Podemos assegurar que por meio de provas de testagem de conhecimento e controle de horário e frequência, estamos entregando à população um médico hábil em conduzir não apenas as doenças, mas os anseios que permeiam cada patologia?

Nesse âmbito, entendemos que a avaliação do residente deve ser a mais abrangente possível, no sentido que as competências sejam testadas, considerando as habilidades e atitudes de forma individual. E isto só é possível quando variados recursos avaliativos são empregados.

Nessa conjuntura, tanto a autoavaliação quanto a avaliação feita por pares parecem ser métodos favoráveis. Porém tais instrumentos apresentam maior valor quando são realizados de forma qualificada. É imprescindível que todos os envolvidos sejam instruídos previamente sobre a soberania do método.

Sabemos que este foi apenas um primeiro passo dentro da RM do Serviço de Ginecologia do HUCFF - UFRJ. Muito ainda terá que ser desenvolvido. Será necessário estimular dentro das preceptorias de RM a busca pelo entendimento dessa nova cultura de avaliação, através, é claro, de atividades que promovam aprendizado consciente tanto para preceptores quanto para residentes sobre a forma segura de avaliar.

As avaliações não podem ser estanques. Não podem ser o retrato de um momento único. Devem representar de forma evolutiva o caminhar do aluno durante determinado curso. E na ocasião da RM, este processo é revestido de maior significado. As autoavaliações durante o progresso dos residentes nos três anos de Curso podem nos surpreender do ponto de vista evolutivo do mesmo. É importante deixar claro que o preceptor ou professor não será um sujeito indispensável ao processo. Muito pelo contrário, sua abstenção conduziria ao monólogo da autoavaliação e isso não teria nenhum sentido. É imprescindível que todas essas intervenções sejam amplamente discutidas com todos os envolvidos.

Segundo Paulo Freire, “o educador não é um transmissor de informações ou um facilitador de aprendizagem” e ainda complementa “existe o educador como simples facilitador e o educador como mediador.”¹⁷ E com certeza, é em busca dessa mediação que todos nós, educadores, devemos caminhar.

6.

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Coordenação de Atividades Educacionais
Coordenação Geral da Residência Médica

AVALIAÇÃO DO ANO DE 20

ESPECIALIDADE: _____

COORDENADOR: _____

RESIDENTE: _____

ANO DO PROGRAMA: R1 [] R2 [] R3 [] R4 [] R5 []

A. ESCALA DE ATITUDES:

	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	MÉDIA TRIMESTRAL
1. Pontualidade e Assiduidade					
2. Relacionamento com a equipe					
3. Relacionamento com pacientes					
4. Desempenho Prático: Interesse					
5. Desempenho Prático: Iniciativa					
A. NOTA FINAL = 1+2+3+4+5/5 (0-10)					

EQUIVALÊNCIA DE CONCEITOS: A = 9,0 a 10 B = 8,0 a 8,9 C = 7,0 a 7,9 D = 6,0 a 6,9
CONCEITO INSUFICIENTE ⇒ I < 6,0

B. AVALIAÇÃO COGNITIVA (CONHECIMENTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS ADQUIRIDOS):

	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	MÉDIA TRIMESTRAL
1. Avaliação Teórica (0-10)					
2. Avaliação Prática (0-10)					
B. NOTA FINAL = 1+2/2 (0-10)					

C. NOTA FINAL PARA PROMOÇÃO ANUAL: (A + B)/2 = _____ (NOTA MÍNIMA = 6)

D. MONOGRAFIA DE FINAL DE CURSO:

TÍTULO DA MONOGRAFIA: _____

Orientador: _____ CPF: _____

Banca:

1. _____	Titulação/Instituição: _____
2. _____	Titulação/Instituição: _____
3. _____	Titulação/Instituição: _____

NOTA DA MONOGRAFIA: _____

NOTA FINAL DE CONCLUSÃO DO PROGRAMA: (C1 + C2... + D)/N = _____ (NOTA MÍNIMA = 6)
 ⇒ ONDE C = NOTA FINAL OBTIDA EM CADA ANO; D = NOTA DA MONOGRAFIA; N = Nº DE NOTAS

Rio de Janeiro, de 20

Assinatura e Carimbo do Coordenador do Programa

ANEXO 2

AUTO AVALIAÇÃO

Residente:

Dê uma nota de 0 a 10 para você mesmo em relação a escala de atitudes abaixo discriminadas.

- 1 – Pontualidade e assiduidade:
- 2 – Relacionamento com a equipe:
- 3 – Relacionamento com pacientes:
- 4 – Desempenho prático: interesse:
- 5 – Desempenho prático: iniciativa:

Avaliador:

AVALIAÇÃO A

Residente:

Dê uma nota de 0 a 10 para cada um dos seus colegas residentes em relação a escala de atitudes abaixo discriminada.

- 1 – Pontualidade e assiduidade:
- 2 – Relacionamento com a equipe:
- 3 – Relacionamento com pacientes:
- 4 – Desempenho prático: interesse:
- 5 – Desempenho prático: iniciativa:

ANEXO 3

C H AAUTO AVALIAÇÃO

Residente:

Competência técnica

C
H
A

Competência comunicadora:

C
H
A

Competência ética:

C
H
A

Avaliador:

C H A

Residente:

Competência técnica

C
H
A

Competência comunicadora:

C
H
A

Competência ética:

C
H
A

ANEXO 4

TEXTO EXPLICATIVO

O aluno, assim como o residente, deverá desenvolver várias competências para o bom exercício de sua prática médica. As competências mais bem estudadas estão relacionadas abaixo:

- **Técnica:** ter conhecimento e habilidades relacionados a sua prática, de forma a aplicá-los de forma resolutiva no dia a dia da profissão.
- **Comunicadora:** aprimorar as relações interpessoais, baseadas em diálogo e empatia, nas diversas formas de comunicação, identificando e atendendo às expectativas do paciente, familiares e da equipe de saúde para diagnóstico e tratamento necessários à resolução de conflitos, considerando o universo sócio cultural envolvido.
- **Estudiosa:** comprometer-se com uma busca ativa e contínua de aprimoramento, de forma reflexiva, podendo aplicar todo o conhecimento médico em sua prática.
- **Cuidadora:** assegurar a integralidade e eficácia do cuidado, através do acolhimento e bem estar do paciente, família e equipe de saúde buscando à resolubilidade do atendimento e satisfação das pessoas.
- **Colaboradora:** otimizar o cuidado ao paciente, de forma transdisciplinar, envolvendo os diversos profissionais e seus saberes.
- **Ética:** desenvolver a capacidade de resolução de problemas do paciente, família e equipe de saúde, de forma interdisciplinar e sustentável, a partir de valores, comportamentos e responsabilidades e com compromisso social.
- **Gestora:** liderar, organizar e gerenciar recursos materiais e humanos no cuidado da saúde, de forma integralizada.

Faremos uma avaliação de três competências: técnica, comunicadora e ética.

Para cada competência, vocês darão notas de 0 a 10 para você e para cada um de seus colegas, seguindo o CHA.

C – CONHECIMENTO – Conhecimentos adquiridos de maneira formal, ou não pela leitura, estudos, aulas ,etc.....

Outra definição: informações adquiridas através de estudos ou pela experiência que uma pessoa utiliza.

Para este dado, utilizem sempre o verbo SABER. Exemplos: Eu sei? Ela sabe?

H – HABILIDADE – Prática, aplicação dos conhecimentos na prática. Como e onde usar os conhecimentos.

Outra definição: é a capacidade de realizar uma tarefa ou um conjunto de tarefas em conformidade com determinados padrões exigidos pela organização.

Para este dado utilizem sempre a expressão verbal: SABER FAZER. Exemplo: Eu sei fazer? Ela sabe fazer?

A – ATITUDE – Postura e comportamento diante do conhecimento e habilidade.

Outra definição: Comportamento manifesto que envolve habilidades e traços de personalidade, diretamente relacionado com o querer e a ação.

Para este dado, utilizem a expressão verbal: QUERER FAZER ou COMO FAZER?. Exemplo: Eu quero Fazer? Ela quer fazer?

7.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). O médico e seu trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília, 2004. 234 p.
2. FURTADO, T. Residência médica e mestrado na área profissional da medicina. Rev. Bras. Educ. Med.,v.9, n.5-6,1995.
3. LIMA-GONÇALVES, E. Médicos e ensino da medicina no Brasil.São Paulo: EDUSP,2002.
4. SOUZA, EG. Considerações sobre a residência médica no Brasil. Rev. Bras. Colo-Proct.,v.8, n.4, 150-152. Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).Disponível em: <<http://residencia.ufcspa.edu.br>>. Acesso em: 30 ago.2016.
5. VELHO, MTAC; HAEFFNER,LB; SANTOS, FG; SILVA, LC; WEINMANN, ARM. Residência Médica em um Hospital Universitário: a visão dos residentes.Rev. Bras. Edu. Med., v.36,n.3, p.351-357,2012.
6. TROCON, LEA. Avaliação do estudante de Medicina. Medicina, Ribeirão Preto, v.29, p.429-439, out./dez.1996.
7. GRONLUND, NE. Measurement and evalution in teaching.5th ed. New York: McMillian Publishing, 1985.
8. PERRENAUT,P. Construir as competências desde a escolar. Porto Alegre: Artmed Editora. 1999.
9. MEGALE, L.; GONTIJO, ED.; MOTTA, JAC.Avaliação da competência clínica em estudantes de medicina pelo miniexercício clínicoavaliativo (Minix). Rev. Bras. Educ. Méd., v.33, n.2, p.166-175, 2009.
10. EPSTEIN, MR.; HUNDERT, AM.Defining and Assessing Professional Competence.JAMA, v.287, p.226-287, 2002.

11. CLARE, Cristina Monsanto. Abordagem contemporânea de metodologia em aprendizagem ativa: modelo de Unidade Pedagógica no Sistema Cardiovascular, 2016. 33 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização) -Escola Médica de Pós Graduação, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <<http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/26448/26448.PDF>> Acesso em 30 ago. 2016.
12. AMARAL, E.; DOMINGUES, RCL; ZEFERINO, AMB., Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. Rev. Bras. Educ. Med., v. 31, n. 3, 287-290; 2007
13. ARANHA, RN. Proposta para uma graduação médica contemporânea: modelo PUC-Rio. Rio de Janeiro: Koan, 2011.
14. DOMINGUES, RCL;AMARAL, E;ZEFERINO, AMB. Auto-avaliação e avaliação por pares – Estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. Rev. Bras.Educ. Méd., v.31, n.2, p.173-175,2007.
15. BRASIL. Ministério da Educação.Resolução CNRMno2 de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio 2006. Seção 1, p.23-36. Disponível em<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf> Acesso em: 16 ago. 2016.
16. KELLERMANN, AL. Crisis in the emergency department. New England Journal of Medicine,v.355, n.13, p.1300-1003,2006.
17. FREIRE P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz, 2000.