



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Verônica Said de Castro

**RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

FORTALEZA - CEARÁ

Setembro - 2007

C335R Castro, Verônica Said de.

Residência de medicina família e comunidade: avaliação da formação . Verônica Said de Castro – Fortaleza, 2007.

Orientadora: Prof^a., Dr^a Silvia Maria Nóbrega- Therrier.
Dissertação Mestrado (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)
Universidade Estadual do Ceará – Centro de Ciências da Saúde.

1 - Avaliação, Educacional, 2 – Programa de Saúde da Família;
3 – Residência Médica.I.
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

CDD:610.19



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Verônica Said de Castro

**RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Maria Nóbrega-Therrien

FORTALEZA - CEARÁ

Setembro - 2007

TERMO DE APROVAÇÃO

RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

Verônica Said de Castro

Dissertação apresentada no dia 19 do mês setembro de 2007, à Coordenação do Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, tendo sido aprovado pela Banca Examinadora composta pelos professores:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Silvia Maria Nóbrega-Therrien
Orientadora

Prof^o. Dr. Wagner Bandeira Andriola
Examinador

Prof^a. Dra. Maria Marina Dias Cavalcante
Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Iodelze Azevedo Said, aos meus irmãos, Glória, Deoclécio, Aline, Adla, Magda, Rosa, Magnólia, Mansur, Angélica, Alberto (*in memoriam*) e, especialmente ao meu pai, Justino Ibrahim Said (*in memoriam*) que tanto lutou para dar uma educação digna a seus filhos e foi um exemplo de caráter e honestidade para todos os que o conheceram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por me haver proporcionado esta oportunidade de vida e ter me iluminado ao longo dos caminhos trilhados nesta nova etapa da minha vida profissional.

Ao meu marido Mário Nelson, e aos meus dois filhos, Natália e Mikhail, por todo o incentivo e compreensão pelas minhas ausências do convívio familiar durante estes dois anos do curso.

À minha irmã Rosa Valéria, pelo incentivo e confiança em mim, o que tanto me ajudou a acreditar que este trabalho seria possível.

Aos colegas da Residência, em especial à Dr.^a Kilma, pelo apoio e colaboração recebidos durante as análises dos dados.

Aos alunos/residentes, que se prontificaram a responder o questionário avaliativo.

À minha orientadora, Professora doutora Silvia Nóbrega-Therrien, pela dedicada e brilhante orientação dada no decorrer da execução deste ensaio.

À minha companheira de trabalho, Rosa Lívia, pelo apoio na formatação final do trabalho.

Aos colegas do mestrado, pela motivação gerada nos nossos encontros semanais.

À minha amiga Áurea pela ajuda na montagem dos slides para a apresentação.

Finalmente, agradeço à equipe da Educação Permanente do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, que me acolheu e me fez sentir parte importante dentro desse processo de formação de pessoas por um trabalho mais ético e mais humano no SUS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Relação da autora com o objeto de investigação: considerações	11
1.2 O problema e sua contextualização.....	12
1.3 Objetivo Geral ;.....	16
1.3.1 Específicos	16
1.4 Estudos sobre avaliação de programas de Residência Médica: o estado da questão.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	38
2.1 A estratégia Saúde da Família (ESF): necessidade de qualificação profissional para sua consolidação.....	39
2.2 A Residência de Medicina de Família e Comunidade: a formação fortalecendo a Atenção Básica de Saúde.....	42
2.2.1 O programa da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: uma proposta inovadora.....	47
2.2.2 O ensino-aprendizagem na RMFC: a fundamentação teórica proposta no curso.....	51
2.2.3 O processo saúde-doença e a relação com a família e a comunidade: a compreensão proposta pelo Programa de RMFC, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	56
2.3 Avaliação Educacional: concepções, dimensão do processo avaliativo e os seus principais modelos teóricos	58
2.3.1 Modelos em avaliação educacional: breve histórico.....	58
2.3.2 Avaliar a formação: o desafio de avaliar.....	66
3 METODOLOGIA	71
3.1 Tipo, natureza e local do estudo.....	71
3.2 Sujeitos do estudo	73
3.3 Métodos e instrumentos utilizados.....	73
3.4 Técnica de análise dos dados	75
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	76
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE I.....	112
APÊNDICE II.....	113
APÊNDICE III.....	114
ANEXO I.....	116
ANEXO II.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema avaliação de desempenho do aluno/residente	34
Quadro 2 - Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema avaliação curricular	35
Quadro 3– Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema qualidade do ensino médico	35
Quadro 4 – Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema Avaliação de Cursos de Medicina	35
Quadro 5 – Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre outros temas relativos à avaliação educacional.....	36
Quadro 6 - Relação das instituições que oferecem vagas para a RMFC, em relação à taxa de ocupação, no Brasil, 2006.....	46
Quadro 7 Semana Padrão da MFC para os anos de 2006 e 2007– Município de Fortaleza. 2005.....	49

RESUMO

A Residência de Medicina de Família e Comunidade foi a estratégia de qualificação dos médicos que atuam no Saúde da Família, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Estão envolvidos nessa residência 77 profissionais distribuídos em 24 unidades. O curso tem duração de dois anos e as unidades de saúde são campos de ensino e serviço. Este estudo objetivou avaliar este curso com base na opinião dos alunos/residente que estão concluindo o segundo ano do curso numa perspectiva de correção de rumos. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, na modalidade Estudo de Caso, e o instrumento de coleta de dados foi um questionário (roteiro interrogativo) com questões abertas. Os sujeitos da pesquisa totalizaram 20 alunos/residentes do segundo ano. Para a análise das respostas dos alunos/residentes, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, modalidade Temática. Os resultados mostraram pontos positivos e negativos do curso. Entre os aspectos relevantes que estão contribuindo para que os profissionais desenvolvam a competência de atuar na Medicina de Família, no contexto da estratégia do Saúde da Família, na opinião deles, estão os fatos de as aulas serem contextualizadas dentro da realidade do trabalho onde eles atuam (90% das opiniões), suprirem a necessidade de conhecimentos clínicos especializados (55% das opiniões), promoverem a criação de vínculo com a comunidade (75% das opiniões) e facilitarem um aprendizado satisfatório em Educação em Saúde (65% das opiniões). Os pontos negativos do curso, na visão deles foram principalmente a deficiência de aulas sobre abordagem familiar (55% das opiniões), e sobre o sistema de informação da atenção básica (75% das opiniões). Deficiências pedagógicas de alguns preceptores foi outro problema apontado (25% das opiniões), como também eles queriam que a metodologia da problematização fosse utilizada durante as aulas teóricas (25% das opiniões). Os alunos/residentes de forma geral relataram que, apesar das deficiências contingentes do curso, eles estão conseguindo adquirir importantes conhecimentos que os ajudarão a proporcionar um atendimento de qualidade à população sobre sua responsabilidade.

ABSTRACT

Community and Family Medical Residency was the Family Health physicians' qualifying strategy adopted by Fortaleza Municipality Health Secretary. Eighty professionals involved in such residency are divided into groups and distributed among 24 units. The course will last two years and the health units will be teaching and servicing fields. This study aimed at appraising this course from its concluding second year students / residents' opinion, with a view to correcting its directions. A qualitative approach was used by means of a Study Case and an open question questionnaire was the tool to collect the data. The research subjects totalled 20 second year students / residents. The Thematic method of the Contents Analysis technique was used to analyze the students / residents' answers. Positive and negative points of the course were showed by the results. Among the significant points of the course, which are contributing to the professionals' development, in view of their qualified action in family medicine in the context of Family Health strategy are, in their opinion, the fact that classes are integrated with their own work reality (90% of the opinions); they supply their wants of specialized clinical knowledge (55% of the opinions); they foster the creation of bonds with the community (75% of the opinions) and a satisfactory learning process on education and health (65% of the opinions). The negative points of the course, in their appraisal, were mainly the lack of classes on family approach (55% of the opinions) and on basic care information system (75% of the opinions). Some teachers' pedagogical deficiencies were also pointed out (25% of the opinions) as well as the need for problem methodology included in theoretical classes (25% of the opinions). The students / residents have reported, in a general way, that despite the course was punctuated by some deficiencies, they are succeeding in obtaining significant learning that will help them to provide a quality help to the people on their hands.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Relação da autora com o objeto de investigação: considerações

A idéia de escrever este trabalho surgiu em decorrência de nossas reflexões sobre a prática de ensino e seus resultados desde a nossa trajetória como médica residente em Pediatria, no Hospital Infantil Albert Sabin, que ocorreu do ano de 1982 a 1984. Durante os dois anos do Curso de Residência, tivemos a oportunidade de coordenar as atividades de ensino dos estudantes do último ano de Medicina que estagiavam naquele hospital. Ministrávamos aulas teóricas e acompanhávamos o desempenho dos alunos, nas enfermarias em relação aos cuidados com os pacientes. A Diretoria Clínica do Hospital solicitava que fizéssemos uma avaliação do desempenho dos alunos, utilizando conceitos satisfatório ou insatisfatório. O resultado dessa avaliação era importante, pois permitia decidir se o aluno repetiria o estágio, caso ele obtivesse um conceito insatisfatório. Não havia, porém, nenhuma orientação prévia da Direção sobre como deveria ser esse processo avaliativo nem no que ele se fundamentava. De repente, nos tornamos “professora” e começamos a nos questionar sobre a responsabilidade dessa atividade docente. Será que os alunos estão realmente assimilando os conhecimentos necessários para um bom desempenho médico no atendimento às crianças? Obviamente, não tínhamos respostas para esta indagação. O tempo foi passando e cada vez mais nos envolvíamos com o ensino-aprendizagem e a angústia de conhecer os seus resultados.

Trabalhamos após o término da nossa especialização, na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, por 10 anos, na área da criança, sempre envolvida com capacitação de pessoal e organização de serviço, pois assessorávamos os municípios, exceto Fortaleza, na implantação das ações de atenção à criança. Esta experiência nos capacitou a atuar como preceptora (professora de aulas prática nas unidades de saúde) de Pediatria em residências de Medicina de Família pelo Estado do Ceará. Ministramos vários cursos de atualização na atenção à criança para profissionais do Programa Saúde da Família e, até os dias de hoje (maio/2007), continuamos envolvida com as questões de educação médica, pois trabalhamos como professora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Diante dessas considerações, e no intuito de responder as nossas inquietações, que estariam, cremos, em conhecer melhor os vários aspectos que envolvem a avaliação do ensino-aprendizagem em Programas de Residência Médica, fizemos inicialmente, um mapeamento de estudos sobre o tema na literatura nacional, vindo a constatar a carência de publicações sobre ele. Resolvemos, portanto, estudar o que existe publicado sobre a avaliação de Programas de Residência Médica e contribuir para o aprofundamento do assunto, no caso, enfocando a avaliação com vistas à perspectiva do aluno.

1.2 O problema e sua contextualização

O Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) com grande potencial para estruturar a atenção primária no nosso País, a partir da organização do modelo de assistência. Os princípios da atenção primária foram definidos na Conferência realizada em Alma Ata, em 1978, e confirmados pela Assembléia Mundial de Saúde, em 1979, como

(...) a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis à indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e determinação. A atenção primária é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o primeiro foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. É um tipo de atenção que constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde, o mais próximo possível, aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (STARFIELD, 2004, p.30 - 1)

Diante da abrangência dessa definição de atenção primária, um questionamento surge de imediato: os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família que atuam, prioritariamente, na atenção primária estão qualificados para desempenhar todas as funções requeridas para a promoção do cuidado integral a indivíduos, famílias e comunidades? Se levarmos em conta o fato de que a maioria dos cursos de graduação na área da saúde, principalmente os de Medicina, formam profissionais tendo como cenários de aprendizagem, principalmente ambientes hospitalares e como prática dominante a atenção individual e especializada, não havendo nenhuma integração com os serviços básicos de saúde, e nem mesmo com especificidades sociais, culturais e contextuais no atendimento à população, isso nos faz pressupor que os profissionais egressos

desses cursos, não estariam devidamente preparados para atuar como médicos de família, numa visão integral de indivíduos, família e comunidade. Esta hipótese, se confirmada, nos situa diante da grande tarefa de prover esse contingente de profissionais de qualificação adequada para cuidar, com qualidade, da saúde dos nossos cidadãos e, por fim, consolidar o Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a rápida expansão do PSF no País, o sistema de saúde encontra-se diante do desafio de criar estratégias educacionais efetivas para a formação de um profissional com o perfil para atuar na atenção primária, a curto prazo, pois esse mesmo profissional já está inserido nas unidades básicas de saúde espalhadas pelos municípios do Brasil inteiro.

Na perspectiva mencionada, o Ministério da Saúde incentivou a qualificação dos profissionais que já estavam atuando no PSF, por meio dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família, contando com a parceria das universidades, escolas de saúde pública e secretarias de saúde dos estados. No Ceará, somente por meio da Escola de Saúde Pública, no período de 1996 a 2002, foram formados em cursos de especialização em Saúde da Família 217 médicos e 336 enfermeiros (ESCOLA..., 2006). A Universidade Estadual do Ceará- UECE também ofereceu cursos de Especialização em Saúde da Família. Em 16 cursos ofertados por essa Instituição, foram preparados, em média, 480 profissionais, na sua maioria enfermeiros (PROPGPq, 2004). Quanto à Universidade Federal do Ceará – UFC, vários cursos de Especialização em Saúde da Família também foram ofertados. Concordamos que estes cursos introduziram melhorias para a assistência às comunidades, entretanto, apesar de utilizarem estratégias adaptadas a uma realidade discente, pressupõe-se que há uma distância entre o que é visto em sala de aula e a prática real, pois os resultados parecem não ter conseguido provocar mudanças significativas concorrentes para a reversão do modelo assistencial focado na doença e no atendimento por livre demanda, sem vínculo das equipes com a população. Há, contudo, necessidade de investigações que comprovem com evidências essa opinião.

Outra estratégia de qualificação desses profissionais foi o surgimento das residências multiprofissionais em Saúde da Família e residências de Medicina de Família e Comunidade, iniciativas apoiadas também pelo Ministério da Saúde em vários estados. Essas modalidades de especialização estão embasadas na integração ensino-serviço, utilizando procedimentos de reflexão crítica e de estímulo

ao permanente raciocínio clínico, para questões individuais ou coletivas (BRASIL, 1999).

Segundo relato de Gualberto (1998), a Residência Médica constitui a mais perfeita modalidade de aperfeiçoamento e especialização em Medicina, imprimindo na formação inicial dos profissionais os mais elevados padrões de excelência, razão pela qual, exerce papel fundamental na organização e qualificação da assistência à saúde dentro das instituições onde é implementada. Essa modalidade de pós-graduação, de acordo com estudo da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico-CINAEM (CINAEM, 2000)¹, se incorpora à formação do estudante como continuidade natural da graduação, já que a maioria dos médicos recém-formada procura uma especialização no ingresso em cursos de Residência.

Em se tratando de Residência de Medicina de Família, esta difere dos cursos de especialização, na sua maioria, notadamente mais teóricos, por apresentar oportunidades para uma reflexão organizada em torno de opções que permitam rever os caminhos para a formação dos profissionais, na perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas. A preparação dos alunos ocorre no próprio local de exercício da prática profissional, pois o aluno está quase o tempo todo nela inserido. Este contato continuado dos profissionais com os usuários dos serviços de saúde, atuando em equipe, permite a troca de saberes técnico-científicos² e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada cidadão conforme as necessidades epidemiológicas e sociais da população.

Levando em conta estas considerações iniciais sobre a importância da qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em parceria com as universidades e Escola de Saúde Pública do Ceará, por meio da Comissão de Residência Médica (COREME) instituída por essa Secretaria, propôs a realização de um curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) para médicos que se submeteram à concurso público de admissão à Residência, no final ano de 2005. O objetivo

¹ CINAEM é uma comissão criada em 1991, que reúne entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica, universidades e à classe médica. Têm o objetivo de avaliar os componentes da qualidade para a transformação da realidade do ensino médico. Ela articula no âmbito nacional um movimento em prol da reforma do ensino médico.

² O termo "saberes" está expresso no sentido que Fiorentini e col (2003) argumentam, qual seja o saber representando um modo de conhecimento/saber mais dinâmico, mais flexível e articulado com outros modos de saber e fazer relativos à prática.

principal desta iniciativa era aumentar a resolubilidade do sistema municipal de saúde de Fortaleza na atenção primária, criando espaços que possibilitariam a junção entre local de formação e qualificação de pessoal.

Com o reconhecimento formal da Residência Médica como processo educacional, e a sua regulamentação pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)³, foram estabelecidos requisitos e condições mínimas para o desenvolvimento do processo pedagógico de ensino-aprendizagem. A garantia desse reconhecimento favoreceu a abertura da 1ª turma do curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, no início do ano de 2006.

Desde então, percebemos a necessidade de avaliar se esse curso de especialização em serviço, a Residência Médica, que pretende formar “médicos de família”, conseguirá formar um profissional com uma visão biopsicosocial do processo saúde-doença, integrando ações de promoção, proteção e recuperação, qualidades indispensáveis desta categoria profissional.

Diante da importância que o aluno/residente ocupa dentro do curso como elemento de transformação de práticas, saberes e atitudes, surgem as seguintes questões decorrentes do processo de ensino-aprendizagem: qual o(s) limite(s) ou dificuldade(s), avanço(s) e facilidade(s) que o curso proporcionou diante do desempenho requerido para a promoção do cuidado integral a indivíduos, famílias e grupos da comunidade? Como os alunos/residentes estão percebendo os ganhos obtidos em conhecimentos, habilidades⁴ e atitudes no curso? Outros questionamentos também importantes, como o suporte técnico oferecido pelos preceptores de prática e a auto-avaliação dos alunos/residentes na formação de médicos de família precisam ser conhecidos. Essa pesquisa, portanto, ao pretender responder parte destes questionamentos, propõe os objetivos relacionados no item a seguir.

³ A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi criada pelo do Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, pelo Ministério da Educação com o objetivo de autorizar o funcionamento de novos programas de residência e fiscalizar aqueles em andamento.

⁴ Na compreensão de habilidades, entra o conceito também de competência que aqui compreendemos como refere Moreno (2002), ao dizer que educar para competências é ajudar o sujeito a adquirir e desenvolver as condições e/ou recursos que deverão ser mobilizados para resolver uma situação complexa. Segundo esse autor, os recursos são: o conhecimento de conteúdos relacionados à situação, as habilidades para resolver a situação, o domínio das linguagens específicas relacionadas ao contexto, a compreensão dos valores culturais que dão sentido à linguagem e que torna a situação relevante no contexto, e a capacidade da administração do emocional diante do problema.

1.3 Objetivo Geral ;

Avaliar a formação teórico-prática oferecida pelo Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com base na opinião dos alunos/residentes.

1.3.1 Específicos

- caracterizar a estratégia Saúde da Família na perspectiva de qualificação dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde;
- avaliar, na opinião do aluno, o curso em relação ao processo pedagógico e de infra-estrutura, os ganhos obtidos em conhecimentos, habilidades e atitudes e o suporte técnico proporcionado pelos preceptores de prática e
- perceber como os alunos/residentes se avaliam.

1.4 Estudos sobre avaliação de programas de Residência Médica: o estado da questão

O Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 no seu artigo 1º (BRASIL, p.1, 1977) define

Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação, destinada à médicos sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em estruturas de saúde ou universitária, sob a orientação de profissionais médicos de renomado saber.

A importância da Residência Médica para a qualificação dos profissionais médicos egressos dos cursos de graduação é reconhecida pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM, a qual conclui, após estudos, que a Residência Médica se incorporou como uma continuidade natural da graduação, já que dois terços dos médicos que se formam ingressam em programas de residência, procurando uma especialização para complementar sua formação.

O reconhecimento da Residência Médica como processo educacional pelo Ministério da Educação, com objetivos de aprendizagem definidos, pressupõe a necessidade de se avaliar esse processo, apesar deste não ser um tema de análise específica nos periódicos da área de Educação Médica. Considerando que a Residência é um treinamento em serviço ocorrente num momento específico da formação médica, quando o médico recém-formado vai se aperfeiçoar no exercício da profissão, a estruturação do ensino-aprendizagem deve ser feita com esteio nas discussões que envolvem a complexidade da Educação Médica. Estas discussões que hoje ocorrem em torno das mudanças dos currículos das universidades para adequação do ensino às competências necessárias ao profissional que inicia sua prática profissional podem ser transpostas para a Residência Médica. Considerando, portanto, que, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família - ESF se abre um campo de oferta de trabalho importante para os profissionais egressos dos cursos de Medicina, as reformas curriculares teriam que ser orientadas a essa nova realidade. Necessita-se, pois, de um profissional que incorpore os conceitos e ferramentas da saúde coletiva, saúde mental, ciências sociais e de outros campos do conhecimento, permitindo-lhes lidar com a complexidade do processo saúde

doença, na perspectiva da integralidade da atenção, numa abordagem mais ampla do sujeito, da família e de seu contexto. A recomendação genérica de que a formação médica deve buscar uma variação de cenários, incluídos aqui as unidades básicas de saúde, não é suficiente para que se inverta o paradigma do modelo biomédico centrado na doença. Há de se planejar atividades de ensino que envolvam mais profundamente os estudantes nos problemas inerentes à população adstrita de uma unidade básica de saúde, permitindo com isso uma conscientização maior de todo esse processo. Seria, pois, uma formação que envolvesse teoria e prática e que possibilitasse desenvolver no aluno um sujeito reflexivo, atento à aprendizagem que se concretiza na ação e na reflexão, com uma formação em atitudes voltadas para a saúde, a cidadania, a comunidade e a atuação em equipe. Young (citado por FAGUNDES e BURNHAM, 2005) nos fala que o caminho para se conseguir as transformações nos currículos dos cursos na área da saúde, para formação de um profissional mais consciente das necessidades de saúde da população, é “o estabelecimento de vínculos mais explícitos entre o aprendizado no trabalho, na comunidade e o aprendizado nas salas de aula”. Nesse contexto, a Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza vem contribuir de maneira importante para a qualificação de profissionais reflexivos que atuam na rede básica local, pois o ensino em serviço, com o aluno inserido em uma equipe de Saúde da Família, permitirá que ele tenha uma formação mais vinculada às reais necessidades sociais de saúde da população sob sua responsabilidade.

Diante destas considerações, a necessidade de se avaliar esse processo nos remete ao mapeamento do que já foi produzido e socializado sobre esta questão, com o objetivo de deixar claro, nesse cenário de estudos, qual a contribuição dessa dissertação ao tema “avaliação de programas de residência” e, conseqüentemente, ao conhecimento científico produzido na área.

Nesse sentido, analisamos as publicações nacionais e internacionais disponíveis nos principais periódicos das áreas de Saúde e Educação, e em outros periódicos classificados como “Qualis A e B (nacional e Internacional)⁵” pela

⁵ A busca por artigos ligados ao tema em estudo foi realizada nos periódicos descritos a seguir, nos últimos sete anos (de 1999 a 2006): Periódicos da área da Saúde: Caderno de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, Revista Panamericana de Saúde Pública, The New England Journal of Medicine, Periódicos da área de Educação: Revista Educação & Sociedade, Revista Brasileira de Educação, Revista Educação e Pesquisa, Cadernos de Pesquisa (Fundação Carlos Chagas), Estudos em Avaliação Educacional (Fundação Carlos Chagas), Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos (INEP/MEC), Academic Medicine e a Medical Education.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. O período de mapeamento que compõe estes estudos teve como marco inicial o ano de 1999, um pouco antes da CNRM reconhecer a Residência de Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade, e como marco final o ano de 2006, referentes a dados da última consulta. A base teórico-metodológica contida nessas publicações contribuiu para formular o estado da questão (NÓBREGA-TERRIEN e TERRIEN, 2004).

A literatura acerca da avaliação de um modo geral e, sobretudo, avaliação educacional, registra grande quantidade de modelos ou enfoques avaliativos. Direcionando, entretanto, o mapeamento que fizemos para estudos sobre avaliação de cursos de residência, o cenário se modifica. A maioria dos trabalhos publicados nessa área de avaliação de cursos enfoca apenas a avaliação do desempenho do aluno e/ou residente na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes (RANGEL, 2003; PICCINATO, 2004; WARD, 2005; RAM, 1999; MULLER, 2003; SMITH, 2000;). Este critério, na opinião de Cronbach, citado por Vianna (2000), não deve ser o único empregado para avaliação de cursos. Para ele, pode-se lançar mão também de levantamentos de opiniões, relatórios de observação do comportamento dos alunos pelos professores, observações sistemáticas, estudos de processo, medidas de proficiência etc. A perspectiva do aluno em relação a sua formação pedagógica, entretanto, não é objeto de estudo comumente nos processos avaliativos dos cursos. Nesse sentido, Mendes (2005) em suas reflexões acerca da avaliação formativa no Ensino Superior enfatiza a importância de se captar as impressões do aluno, como também do professor, sobre o processo formativo, com a finalidade de propor ajustes e superar as dificuldades.

Antes da apresentação dos resultados do mapeamento realizado nos estudos sobre o tema em discussão, achamos importante citar uma publicação da Escola de Saúde Pública do Ceará, editada em 2001, que contém o resultado do Seminário Internacional sobre Saúde da Família, realizado em Fortaleza.⁶ Este evento configurou-se como importante espaço de reflexão sobre o Programa de Saúde da Família e a formação de profissionais para atuarem neste programa. As experiências internacionais nesta área poderão servir de modelo na estruturação da Medicina de

⁶ O Seminário Internacional sobre Saúde da Família foi realizado em abril de 2001, em Fortaleza, Ceará, na Escola de Saúde Pública, e contou com a participação de representantes de vários países, além de instituições de Ensino Superior, gestores do SUS, estudantes e profissionais do Saúde da Família. Teve como tema principal de discussão a formação e o desenvolvimento profissional do médico de família.

Família no nosso País. Na ocasião, representantes de quatro países (Reino Unido, Canadá, Holanda e Espanha) os quais têm programas de Residência em Medicina de Família, mostraram suas experiências na avaliação do desempenho dos alunos/residentes de Medicina de Família e Comunidade. Como constatamos, a avaliação dos programas de residência nesses países não focam o conteúdo do programa em si nem o processo pedagógico, como também, na maioria deles, não há a preocupação em conhecer a opinião dos alunos com relação ao processo formativo. Estes programas enfatizam principalmente as técnicas de avaliação de desempenho dos alunos. Registramos, em seguida, alguns pontos que mais caracterizam cada proposta.

No Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, segundo depoimento do Professor Rifat Atun, diretor do Departamento de Pós-Graduação Médica da Universidade de Londres, o Programa de Residência de Medicina de Família promove uma avaliação formativa, quando se avaliam as atitudes do aluno/residente por meio do uso de escalas, utilizando um questionário de atitudes. Em seguida, há rigorosa avaliação somativa, quando são empregados quatro métodos: um questionário de múltipla escolha, uma avaliação de habilidades em consultas utilizando vídeos, um relatório escrito sobre trabalho prático e um relatório do instrutor. Os alunos/residentes naquele grupo de países, ao entrarem no curso, desenvolvem objetivos de aprendizagem e fazem um acordo com os instrutores para montarem um plano de avaliação para que seja acompanhado o alcance desses objetivos durante todo o processo de formação.

Já no Canadá, o professor Walter W. Rosser, da Universidade de Toronto, expressou que a avaliação do desempenho dos alunos/residentes é de responsabilidade de órgãos de acreditação de programas de residência. No caso da Residência em Medicina de Família, o *College of Family Physicians* (Organização Nacional dos Médicos de Família), desde 1969, é o órgão responsável pela avaliação dos residentes. Os métodos utilizados são semelhantes aos do Reino Unido, com testes escritos e provas práticas. Estas duas experiências há pouco citadas se apóiam no modelo de avaliação proposto por Tyler, (citado por VIANNA, 2000, p. 26), nos quais se verificam a concretização dos objetivos propostos e a congruência entre resultados e objetivos⁷.

⁷ O modelo de avaliação citado será abordado com profundidade no ítem 2.3.1 desta dissertação.

A experiência da Holanda, de acordo com o seu representante, professor Geert-Jan Dinant, da Universidade de Maastricht, mostra que eles utilizam três momentos de avaliação. No primeiro após seis meses do curso, o aluno/residente é submetido a uma entrevista oral com o seu orientador, que poderá reprová-lo ou não; é o que eles chamam de avaliação eliminatória. No segundo momento, os alunos/residentes se submetem, a cada dois anos a um teste nacional de conhecimentos. Para completar a avaliação, eles são observados por ocasião dos atendimentos ambulatoriais, por meio do uso de câmaras de vídeo e posteriormente o filme é discutido com o seu orientador. Um diferencial em relação aos outros países é que na Holanda existe um momento em que os alunos/residentes avaliam o próprio processo pedagógico nas sessões de prática, e posteriormente se juntam com os professores e outros médicos mais experientes, para discutir sobre o que deve ser ou não mantido em relação ao treinamento realizado.

Na Espanha, conforme expressou o Professor Antonio Moreal Hajar, da Universidade de Zaragoza, durante os três anos do desenvolvimento do curso, os alunos/residentes são avaliados no seu desempenho em 10 momentos de avaliação, e, ao término do treinamento, cada um passa por uma avaliação global de conhecimentos organizadas com sessões clínicas de atendimento, simuladas por atores. Na Espanha, como no Canadá, portanto, a avaliação também está baseada no alcance dos objetivos de aprendizagem preestabelecidos.

A experiência do Brasil nos reporta às Comissões Nacional e Estaduais de Residência Médica, as quais avaliam os programas de residência utilizando um modelo semelhante ao proposto por Ernest House (citado por DIAS SOBRINHO, 2003, p. 33-34), definido como “O enfoque de revisão profissional (acreditação)”. Ele consiste, sobretudo, em validar uma instituição que promova capacitação de profissionais e a própria formação oferecida por ela, segundo critérios pré-estabelecidos pelo órgão responsável pela coordenação da instituição. Sugere o autor (Ernest House) uma elaboração de itens de avaliação enviados à instituição para serem preenchidos (auto-avaliação) e, em seguida, esta recebe uma visita de uma comissão de pares externos. Essa comissão posteriormente elabora um parecer, destacando os principais pontos positivos e negativos relativos a qualquer dos itens avaliados (estrutura física, programa, preceptoria etc), faz as devidas recomendações e sugere aos organismos responsáveis a certificação ou não dos programas, cursos, departamentos ou unidades.

As comissões avaliam os cursos propostos pelas instituições antes destes serem iniciados, levando em conta os seguintes critérios: instalações físicas apropriadas para receber os alunos/residentes, qualificação dos preceptores, proporção preceptor/residente e avaliam também o conteúdo do currículo tendo como base, no caso do Programa de Residência de Medicina de Família, o que preconiza a Sociedade Brasileira de Medicina de Família–SBMF para a formação de um médico de família. Esta sociedade exige que 60% da carga horária do curso sejam ministrados em unidades básicas de saúde (Resolução da CNRM, p. 22, 2006).

A instituição que se candidata a oferecer o curso de Residência, preenchendo todos esses requisitos, receberá uma certificação de funcionamento provisória, e após um ano de implantação do curso, este será novamente visitado por uma Comissão de Avaliadores, a fim de receber a certificação definitiva do seu funcionamento. A periodicidade das visitas da Comissão de avaliação é em geral de dois em dois anos. Durante a visita, deverão ser entrevistados alguns alunos/residentes, tomados aleatoriamente, por sorteio, sobre questões relativas aos objetivos de aprendizagem do curso, e é solicitado que os alunos identifiquem os pontos fortes e fracos do programa, na opinião deles. Infelizmente, segundo relato da coordenadora da Comissão Regional de Residência Médica, professora Valdecira Lilio de Lucena, da Universidade Federal de Pernambuco⁸, autora do instrumento “Visita de Verificação” utilizado por essa Comissão, quando da visita às instituições, os resultados dessas avaliações não foram publicados, o que nos impossibilita conhecer, analisar ou fazer comparações entre os programas de residência existentes no Brasil. Podemos afirmar, entretanto, com base em informações colhidas junto ao coordenador da Comissão Estadual de Residência Médica, Dr. Jorge Luiz Nobre Rodrigues, que todos os programas de Residência credenciados pela CNRM são avaliados.

Como veremos a seguir, pouco material pôde ser mapeado na literatura nacional sobre o tema “avaliação de desempenho de alunos”, seja em cursos de graduação ou pós-graduação, e não encontramos publicações abordando, especificamente, o tema avaliação de Cursos de Residência Médica. Na literatura internacional, fomos pesquisar nas principais revistas da área médica reconhecidas

⁸ Relatos feitos à autora desta dissertação, durante o mês de outubro de 2006, na Escola de Saúde Pública, em Fortaleza, Ceará.

pela comunidade científica (Academic Medicine e Medical Education). Dessas retiramos os artigos que trabalhavam as várias técnicas de avaliação de desempenho como o de: SMITH (2003), Assessing Students` Performance in a Competency-based Curriculum (Avaliação da performance de estudantes em um currículo baseado em competências); WINDISH (2000), Teaching Medical Students Clinical Reasoning Skills (Ensino médico de estudantes em relação à habilidades de argumentação clínica); COHEN (2002), Performance Assessment of Community-based Physicians: Evaluating the Reliability and Validity of a tool for Determining CME Needs (Avaliação da performance de médicos de família: avaliando a fidedignidade e validade de ferramentas para a determinação da necessidade de educação médica continuada); Durning (2003), The Reliability and Validity of the American Board of Internal Medicine Monthly Evaluation Form (A fidedignidade e validade do formulário de avaliações mensais do departamento americano de medicina interna) ; CHUNG (2003), Construct Validity of the MiniClinical Evaluation Exercise (Construção da validade do instrumento: “mini-exercício” de avaliação clínica) ; MULLER (2003), Clinical Skills Evaluation (Avaliação de habilidades clínicas); RAM (1999), Assessment of Practicing Family Physicians (Avaliação da prática de médicos de família), bem como outros temas que pudessem contribuir para uma reflexão sobre a importância da avaliação na superação das dificuldades do processo pedagógico na graduação e pós-graduação, como nos estudos de: ROGERS (2002), Teaching Resident Physicians to Provide Exercise Counseling (Ensinando médicos residentes como aconselhar a prática de exercícios); TAYLER (2001), Meeting the needs of future physicians: a core curriculum initiative for postgraduate medical education at a Canadian University (Conhecendo as necessidades dos futuros médicos: um currículo para a graduação e pós-graduação da Universidade do Canadá centrado na iniciativa); COPELAND (2000), Developing and testing na Instrument to Measure the Effectiveness of Clinical Teaching in an Academic Medical Center (Desenvolvendo e testando um instrumento para medir a efetividade do ensino clínico no Centro Médico Acadêmico); BOWEN (2002), Assessing Quality and Costs of Education in the Ambulatory Setting: A Review of the Literature (Avaliação da qualidade e do custo da educação em alguns locais de ambulatorios: uma revisão da literatura) e KLESSIG (2000), Educating Physicians (Educação médica). Em seguida, para facilitar a visualização de parte dos conteúdos das publicações encontradas no mapeamento realizado, bem como facilitar as

considerações sobre este, dividiremos os estudos em publicações nacionais e internacionais:

Estudos Nacionais

As duas primeiras publicações citadas a seguir são relativas à avaliação de cursos de Medicina em duas grandes instituições de ensino superior onde a opinião dos alunos foi contemplada no processo avaliativo.

Um estudo realizado foi sobre “Avaliação do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará”, em 1994, feito sob a coordenação da professora Maria Neile Tavares e teve como um dos focos da avaliação a opinião dos alunos. Os discentes responderam um questionário que abordava aspectos gerais do curso: carga horária, integração entre disciplinas do semestre, organização de cada disciplina, objetivos, programação, provas, infra-estrutura e aspectos relacionados ao corpo docente, como assiduidade, pontualidade, capacidade didática etc. Os resultados foram apresentados e discutidos em todos os departamentos integrantes do Curso e serviu como instrumento para a melhoria das disciplinas, sendo, na opinião da Coordenadora do estudo, de grande valia na formulação do novo currículo daquele curso. Esse estudo realizado vai ao encontro do pensamento de Mendes (2005), quando ele sugere que professores e alunos devam registrar, desde o início, suas observações e impressões sobre o processo educativo, assumindo ambos uma atitude de regulação como característica básica da avaliação formativa. Tal posição, para o autor, servirá para a detecção das dificuldades e sua superação.

Stella et al. (1997) publicaram os resultados parciais da sua pesquisa desencadeada a partir de 1989, de “Avaliação continuada do ensino de graduação médica da Escola Paulista de Medicina (EPM)”, com a qual se implantou o processo de avaliação institucional. Os dados foram coletados em entrevistas com base em questionários estruturados e a amostra foi formada por segmentos dos egressos do Curso de Medicina, constituído de 4.414 registros de diplomados pela EPM. O conteúdo das questões versava, dentre outras coisas, sobre a organização e realização do curso e a opinião dos alunos e professores a respeito da adequação do currículo à estrutura de serviços de saúde e sugestões no sentido da melhoria do ensino na EPM. Os resultados apontaram para a necessidade de uma reflexão sobre a não-terminalidade da formação após a conclusão do curso, em decorrência

da falta de inclusão no currículo de graduação, do desenvolvimento de técnicas e procedimentos profissionais que possibilitassem uma especialização do conhecimento, o que, segundo as autoras, somente será atingido com a formação pós-graduada. Esses dois estudos (TAVARES, 1994 e STELLA et al, 1997) tiveram como base teórica o modelo de avaliação proposto por Cronbach (citado por VIANNA, 2000, p.68) que define avaliação como um processo que visa à coleta e ao uso de informações para a tomada de decisões sobre um programa educacional, na perspectiva do seu aprimoramento, questão que será mais bem analisada no capítulo 2.3.1 deste relatório de pesquisa.

Em outro estudo, Souza e Rangel (2003) discutem sobre os rumos imprimidos à idéia de avaliação da aprendizagem no Ensino Superior, mais especificamente, nos cursos de graduação em Medicina, enfocando a necessidade da avaliação reaver seus fundamentos e funções e desenvolver estratégias e práticas que possam contribuir para melhorar a formação do aluno e acompanhar o seu trabalho. As autoras enfatizam “[...] que não se podem discutir os impasses da avaliação sem refletir sobre o entendimento e o conceito da relação entre ensino e aprendizagem”. (SOUZA e RANGEL, p.215, 2003). Elas analisaram as práticas educativas do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Petrópolis (RJ), na sua primeira etapa (Ciclo Básico). Foram entrevistados 7 professores e 18 alunos e suas falas foram analisadas com base na Teoria das Representações Sociais. Esse estudo tinha como objetivo identificar formas alternativas de avaliação e sedimentar reflexões sobre o tema. As autoras concluíram que apesar do esforço por parte dos professores, de utilizar a avaliação para o acompanhamento do processo formativo do aluno, esta ainda possui um componente mais voltado para a parte cognitiva do aluno, apesar de estar se ampliando a de utilização de variadas formas de avaliação. Em relação a esse tipo de avaliação mais voltada para demonstrar a aquisição de conhecimentos, Luckesi (citado por MENDES, 1995), acentua que não se trata de um procedimento avaliativo, e sim de mera verificação dos resultados obtidos pelo aluno, pois nesse processo não se discute sobre erros no sentido de modificar a situação encontrada, o que caracterizaria para esse autor o ato de avaliar.

Outro fato importante no contexto educacional é a avaliação do desempenho dos alunos. Na graduação ou pós-graduação, aqui incluída a Residência Médica, o tema é apontado por diversos autores como importante fator na capacitação de

profissionais voltados para as necessidades da população (LOWRY, 1993; BURGE, 2003). Identificar métodos capazes de avaliar as habilidades adquiridas pelo aluno, em termos de comunicação interpessoal, raciocínio clínico, atitudes, além do componente cognitivo, é hoje uma preocupação das instituições de ensino médico. Este, portanto, é um assunto polêmico, pois conseguir demonstrar a validade de técnicas de avaliação da performance de estudante é um desafio para todos os que trabalham com educação. Infelizmente a literatura nacional ainda carece de publicações nesta área.

Apresentaremos a seguir três estudos publicados em revistas nacionais que versam sobre a avaliação de desempenho dos alunos (PICCINATO, 2004; TRONCON e col, 2004 e WARD, 2005).

Piccinato e col. (2004) avaliaram o impacto da reforma curricular implementada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, no desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais. Foram avaliados 222 estudantes nos três últimos anos da vigência da estrutura curricular anterior e 261 nos três primeiros anos da nova estrutura curricular. Os estudantes foram submetidos a provas de habilidades cognitivas, clínicas e psicomotoras, empregando as técnicas de Teste de Múltipla Escolha, Avaliação Clínica Objetivamente Estruturada por Objetivos (OSCE)⁹ e uma modificação da técnica denominada *Patient Management Problem*¹⁰. Os resultados das provas indicaram relação positiva entre a implantação da atual estrutura curricular e a aquisição de conhecimentos pelos estudantes nas áreas mais gerais de atuação médica e a melhora do desempenho prático em habilidades clínicas fundamentais.

Nessa mesma linha de avaliação do currículo por meio da avaliação do desempenho do aluno, realizada por Piccinato e col. (2004), Troncon e col, (2004), da Universidade de Ribeirão Preto (SP), em um estudo o qual tinha como objetivo comparar o conteúdo de dois currículos (antes e após um processo de sua reestruturação) e seu impacto no desempenho do aluno, avaliaram 222 formandos do antigo currículo e 261 do novo, durante seis anos. Para tanto, utilizaram como técnicas avaliativas o uso de provas objetivas que abrangeram os domínios

⁹ Avaliação Clínica Objetivamente Estruturada por Objetivos- OSCE é um tipo moderno de exame, que consiste fazer o aluno passar por várias estações (5 a 10 min em cada) com pacientes reais ou padronizados, os quais apresentam problemas de acordo com a habilidade que o avaliador quer aferir no estudante.

¹⁰ *Patient Management Problem* é uma técnica de avaliação utilizada em várias universidades americanas que consiste em colocar o estudante diante de situações clínicas curtas, para que ele analise o problema e logo em seguida ele deverá responder uma série de questões relativas à situação.

cognitivo, psicomotor e afetivo, avaliação de atitudes e uma prova prática de competências clínicas (pacientes reais e padronizados) com alguns estudantes selecionados por sorteio (grupos de 18 a 20 estudantes). Os resultados do estudo mostraram uma melhora significativa do desempenho, associada ao novo currículo, nas provas de conhecimentos e de competências psicomotoras, no entanto em relação às habilidades cognitivas complexas, o antigo currículo foi superior em muitos aspectos. Também não houve diferença significativa entre os dois currículos na maioria das competências clínicas testadas. Tyler (citado por ESCUDERO, 2003), já na década de 1940, propunha a avaliação de currículos como um processo para determinar em que medida os objetivos educacionais serão alcançados. Ele propunha quatro questões que deveriam delimitar o currículo: que objetivos se quer conseguir, com que atividades se pode alcançá-los, como se pode organizar eficazmente estas experiências e como se pode comprovar o alcance dos objetivos .

Ward e col. (2005) publicaram um artigo sobre um projeto-piloto, que utilizava a técnica de entrevista com “paciente-padrão” para avaliar conhecimento adquirido, habilidades e atitudes dos alunos do 2º ano de graduação de Medicina da Universidade de Campinas-UNICAMP. O “Paciente-padrão” era um funcionário da universidade devidamente treinado para avaliar objetivamente o desempenho do aluno na coleta dos dados de anamnese e em sua atitude para com o paciente. Os resultados do estudo mostraram que essa técnica é bastante simples e factível para detectar deficiências no ensino e apontar falhas em determinadas atitudes do aluno para com o paciente.

Como podemos constatar raros são os estudos publicados na literatura nacional visando à avaliação de desempenho de alunos de graduação, e nenhum estudo no nosso levantamento dizia respeito à avaliação de residentes, como também não encontramos publicações nos periódicos anteriormente referidos que mostrassem resultados de avaliação de Cursos de Residência Médica. Será que tal fato se justifica pelo pouco tempo de existência desses cursos? Essa é uma questão que merece maior aprofundamento. Para o caso de avaliações de desempenho na graduação, levando em conta o tempo de existência dos cursos de Medicina, sendo a maioria deles criados no século passado, não se consegue justificativas para essa raridade de pesquisas e publicações sobre tão importante tema.

Estudos Internacionais

Quanto aos estudos internacionais mapeamos, seis (06) publicações (RAM, 1999; MULLER, 2003; HOLMBOE, 2003; DURNING, 2003; ROGERS, 2002 e COHEN, 2002) referentes ao tema avaliação do desempenho de residentes e/ou alunos, as quais abordam vários tipos de técnicas avaliativas, como também três (03) outras (WINDISH, 2000; TAYLOR, 2001 e SMITH, 2000) que discutem avaliações de currículos, duas (COPELAND e HEWSON, 2000; TAYLOR e CHUDLEY, 2003) sobre o ensino-aprendizagem na opinião dos alunos e duas publicações (BOWEN e IRBY, 2002 e KLESSING, 2000) que têm como foco de discussão a qualidade do ensino médico.

Ram e col. (1999) publicaram um estudo realizado na Universidade de Maastricht, Netherlands, com 135 médicos de família, em que eles compararam dois tipos de testes para avaliar a performance dos profissionais. Um modelo utilizava a observação dos alunos durante sessões em que eles passam por “estações com pacientes padronizados” e o outro em que a observação do desempenho dos alunos era realizada por meio da gravação de consultas reais. Os resultados da pesquisa mostraram que a utilização de pacientes reais possibilitou melhor avaliação de habilidades clínicas e atitudes ante o paciente.

Muller e col. (2003) publicaram trabalho em que examinaram a relação entre a performance dos alunos de Medicina no exame prático de habilidades clínicas - CSE¹¹ com pacientes padronizados e no exame de múltipla escolha que é realizado como parte obrigatória para a obtenção de licença médica nos Estados Unidos. Os estudantes provieram de sete escolas da Filadélfia e da Geórgia, num total de 7.230, divididos em duas amostras. Nesse estudo Muller e col. concluíram que, com o CSE, consegue-se captar informações relativas ao desempenho dos alunos não avaliadas com o teste de múltiplas escolhas, portanto, eles justificam a inclusão desse exame na aquisição de licença médica.

Holmboe e col (2003), em estudo realizado no Departamento de Medicina da Universidade de Yale, New Haven, Connecticut, testaram a validade de um

¹¹ Clinical Skills Examination – CSE é uma técnica de avaliação da performance de estudantes, que consiste numa avaliação em grande escala com pacientes padronizados, em que se observa a aquisição de habilidades de colher uma história clínica, realizar um exame físico, avaliar exames laboratoriais, habilidades de comunicação etc, em que o observador utiliza um *checklist* que cotem os itens que ele julga importante para avaliar, em relação ao desempenho do aluno.

instrumento que avalia habilidades clínicas, atitudes e conhecimentos de estudantes (Miniclinical Evaluation Exercise- mini-CEX). Este instrumento consistia de um *checklist* com os parâmetros que seriam observados e o avaliador utilizava uma escala de classificação de atitudes com nove pontos. Participaram do estudo, profissionais de 16 programas de Residência de Medicina Interna daquela Universidade. Foram avaliadas as habilidades de colher uma história clínica, realizar o exame físico do paciente e a habilidade de aconselhar, por meio da consulta gravada com pacientes padronizados. Os autores concluíram que este instrumento é fidedigno e válido no que se propõe, porém seriam necessárias mais pesquisas para ajudar na elaboração de instrumentos de avaliação de habilidades clínicas para reduzir a variabilidade das respostas.

Durning e col (2003), professores da Universidade de Bethesda, Maryland, publicaram os resultados de uma avaliação da fidedignidade e validade do instrumento de avaliação global da performance dos residentes (o formulário de avaliação do Departamento Americano de Medicina Interna) aplicado em um hospital de ensino da Força Aérea Regional, o Wright-Patterson Medical Center, que tem programa de Residência Médica. O instrumento avalia 15 itens, incluindo julgamento clínico, conhecimento médico, habilidades clínicas, humanismo, cuidados médicos, atitudes e competência clínica geral. Um total de 71 residentes foi incluído no estudo e o instrumento era preenchido mensalmente pelo supervisor do residente, durante o atendimento ambulatorial dos pacientes. A análise estatística dos dados comprovou a fidedignidade e a validade do instrumento para avaliar o desempenho dos residentes.

Rogers e col. (2002), pesquisadores da Escola de Medicina da Universidade de Illinois, publicaram os resultados de uma pesquisa em que foram avaliados o comportamento, o conhecimento e as atitudes dos médicos residentes em relação à prática de aconselhamento sobre exercícios físicos. A metodologia utilizada para coleta de dados foi o uso de um questionário. Foram entregues 313 questionários e 251 residentes os responderam. Destes, apenas 15,5% se reportaram à prática de aconselhamento sobre exercícios. Os autores concluíram que deveria ser incluído no currículo dos programas de residência treinamento sobre habilidades de aconselhamento.

Utilizando técnicas de avaliação de desempenho do tipo observação de pacientes padronizados com problemas comuns que chegam às unidades básicas,

Cohen e col (2002), do Center for Medical Education, Hebrew University of Medicine de Jerusalém, em Israel, publicaram um artigo em que analisam a fidedignidade, validade e viabilidade de ferramentas para determinar necessidades de uma educação continuada de médicos que trabalham na comunidade para a prática diária no nível primário de atenção. Foram avaliados 45 médicos (19 médicos de família e 26 generalistas) em relação à performance deles em captar informações do paciente, instituir um plano terapêutico e ter habilidades de comunicação. Os avaliadores foram médicos de família experientes e professores do Departamento de Medicina de Família daquela universidade de Israel. Esses resultados evidenciaram que esse método é válido como uma ferramenta para demonstrar deficiências específicas dos profissionais na resolução de problemas básicos da prática médica e, portanto, documentar a necessidade de uma educação continuada dos profissionais.

De acordo com os resultados destas cinco publicações há pouco citadas sobre avaliação de desempenho de alunos/residentes, podemos concluir que existe a tentativa por parte dos autores de validar várias técnicas de avaliação, de acordo com as condições oferecidas pelo serviço. Não há trabalhos que testem todas ao mesmo tempo e possibilitem demonstrar a superioridade de alguma ou sua melhor adequação. A tendência, porém, é concordar com a noção de que, em um processo avaliativo onde se viabiliza o contato dos alunos com pacientes reais da prática diária destes, sejam oferecidos resultados mais fidedignos.

Outro foco é a avaliação de currículo. Ralph W. Tyler¹² (1950), em uma publicação que sintetizava sua obra mais famosa *Eight-Year Study of Secondary Education*, em 1950, já expõe de maneira clara a idéia de currículo, integrando-o à avaliação educativa. As três publicações mapeadas a seguir trabalham na perspectiva de avaliação de currículo, utilizando-se da avaliação de desempenho do aluno como meio para conseguir validar a proposta curricular em foco.

Smith e col. (2000), do Brown Medical Schools, em Rhode Island, publicaram os resultados de uma pesquisa sobre como foi avaliada a performance dos estudantes, relativa à aquisição de nove habilidades incluídas em um currículo baseado em competências. Foram avaliadas as seguintes habilidades: uso de

¹² Ralph W. Tyler, professor nascido em Chicago, em 1902, tornou-se uma das pessoas mais influentes daquele país no campo do ensino e avaliação educacional. Tyler foi considerado “O Pai da Avaliação Educativa” e seu pensamento era de que a avaliação era um processo para determinar em que medida são alcançados os objetivos educacionais previamente estabelecidos. Ele também, na década de 1940, já expunha a idéia de currículo.

comunicação efetiva, habilidades clínicas básicas (colher história clínica, pedir exames etc), uso da Medicina baseada em evidências na solução de problemas, habilidade para diagnosticar, tratar e prevenir doenças, traçar metas de aprendizagem para a vida toda, ter consciência de seu crescimento pessoal e do cuidado consigo mesmo, utilizar o contexto social e da comunidade na prestação do cuidado, ter dimensão ética e também moral nas suas atitudes e adquirir habilidades para resolver problemas. As técnicas utilizadas foram a observação dos estudantes durante as consultas ambulatoriais, com pacientes reais ou padronizados, através de videotape ou observação direta. Um instrumento do tipo *checklist* com um número variável de itens foi utilizado para a observação dos alunos, como também foram aplicados questionários nos quais as respostas utilizavam uma escala de atitudes do tipo Likert¹³. Os autores concluem que traçar metas definindo as principais questões que se deve esperar que os médicos adquiram na sua graduação (competências) para o cuidado dos pacientes é tarefa essencial na confecção de um currículo baseado em competências. Eles acrescentam ainda que se deve avaliar não somente o que o estudante sabe, mas também a habilidade de saber fazer.

Ainda na perspectiva de avaliação de currículo, Frey e col. (2003), da Clínica Mayo, do Departamento de Medicina de Família, publicaram em 2003 uma pesquisa em que avaliaram um projeto de currículo baseado na confecção de guias clínicos utilizados durante as sessões de treinamento sobre cuidados primários com os médicos. Os resultados mostraram a possibilidade dos residentes adquirirem habilidades para cada área testada com a confecção dos guias clínicos.

Nessa mesma linha, Windish (2000), da Faculdade de Medicina da Universidade de Connecticut, testou um currículo que possibilitava aos estudantes adquirirem habilidades de argumentação clínica na solução de problemas comuns do dia-a-dia. A metodologia empregada foi trabalhar com pares de alunos em sessões de discussão dos casos e, ao final, o professor ajudava na reflexão do processo de tomada de decisão. Segundo o autor, durante as sessões foi possível avaliar os estudantes no que diz respeito à capacidade de correlacionar o conhecimento adquirido com o processo da doença.

¹³ Uma escala do tipo Likert é uma escala aditiva constituída por uma série de itens aos quais se solicita a reação do sujeito. Este assinala seu grau de acordo ou desacordo com cada item apresentado. É freqüentemente utilizada em estudos de atitudes sociais.

Como vemos, a maioria dos trabalhos analisados até agora assemelham-se em dois pontos: a tentativa de avaliação de objetivos educacionais mediante avaliação do desempenho do aluno e a validação das principais técnicas utilizadas para avaliação.

Outra dimensão do processo avaliativo, entretanto, é o que abordam os artigos de Copeland e Hewson (2000) e Taylor e Chudley (2001). Eles tratam da avaliação de ensino levando em conta a opinião do aluno. Mendes (2005) acentua que a perspectiva de quem aprende é fundamental na prática avaliativa, pois suas observações podem subsidiar os professores na correção de rumos do processo formativo.

Copeland e Hewson (2000), por sua vez, publicaram uma pesquisa cujo objetivo era desenvolver e testar um instrumento de avaliação para medir a efetividade do ensino clínico, na opinião dos alunos de graduação e residentes do Academic Medical Center, da Cleveland Clinic Foundation, em Ohio. O instrumento era constituído de um questionário que continha questões fechadas e um espaço para comentários. Os resultados mostraram que os alunos ressaltaram a importância de se proporcionar um bom ambiente de ensino, a promoção de um *feedback* regular entre aluno e professor por meio do uso de questões efetivas, estimulando uma aprendizagem independente e a incorporação de atualizações da literatura nas aulas. Segundo os autores, esse tipo de avaliação pode ser usado para ajudar os professores a refletir sobre suas práticas de ensino.

Outra pesquisa em que os alunos/residentes avaliam o ensino-aprendizagem foi publicada por Taylor e Chudley, em 2001. O objetivo era avaliar um currículo implementado na Universidade do Canadá com 56 programas de residência, centrado em quatro temas básicos: Bioestatística e Epidemiologia; Comunicação e Ensino de Habilidades; Gerenciamento de Cuidados de Saúde e Ética; Medicina Legal e Estilo de Vida. Cada sessão do currículo foi avaliada pelos residentes com respeito a tempo, qualidade e valor da experiência de aprendizagem através de depoimentos utilizando a técnica de grupo focal. Os resultados evidenciaram a ocorrência explícita de várias necessidades dos alunos e do programa de ensino, bem como questões implícitas relativas a comunicação e gerenciamento de mudanças.

Os dois últimos trabalhos encontrados nesse mapeamento sobre publicações relativas ao tema avaliação educacional versam sobre uma questão que

consideramos muito importante - a definição de “ indicadores de qualidade no ensino médico”.

Bowen e Irby (2002) publicaram uma revisão da literatura entre os anos de 1995 e 1999, em várias bases de dados, para identificar os trabalhos que concorram para a idéia de um modelo teórico para a avaliação da qualidade do ensino e aprendizagem no contexto ambulatorial, baseado em quatro critérios: ambiente de ensino, satisfação dos participantes, resultados dos programas educacionais e custos. A base de dados foi o Medlline, ERIC e Psychlit¹⁴. Os autores compilaram 200 artigos. Eles definiram como “qualidade” a relação entre os elementos ora citados e sua necessária integração. Como conclusões, os autores mostram que a revisão identificou muitas falhas no conhecimento atual sobre as práticas efetivas de ensino clínico e qual seria o melhor ambiente de ensino onde ocorrem estas práticas, porém eles afirmam que os tipos de estudos analisados não permitem generalizações dos achados.

Klessing e col. (2000), do programa de residentes da Universidade de Maryland School of Medicine, em Balitimore, coordenaram uma pesquisa que tinha como objetivo definir indicadores de qualidade no treinamento de residentes de Medicina Interna. Eles utilizaram um questionário contendo 44 itens (34 indicadores de processo e 10 de resultados). A pesquisa foi realizada com todos os 418 diretores de programa de residentes de Medicina Interna e uma amostra conveniente de residentes. Os resultados mostraram que entre os diretores os indicadores mais expressivos de qualidade foram: estabilidade, compromisso com o ensino, supervisão e habilidades clínicas. Para os residentes, a avaliação e o *feedback* são muito importantes, como também o estímulo a uma aprendizagem duradoura e a habilidade de conhecer os alvos dos programas específicos. Estes achados demonstraram a diversidade de opinião sobre como definir indicadores de qualidade no ensino médico. Campbell e Rozsnyai (2002), em publicação da Regional University Network on Governance and Management of Higher Education in South East Europe, enfatizam que a expressão qualidade na Educação Superior tem diferentes entendimentos e reflete os interesses dos implicados no processo. O conceito de qualidade, segundo os autores, é multidimensional e subjetivo. Eles

¹⁴ A Education Resources Information Center – ERIC é uma base de dados patrocinada pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos, que dá acesso a bibliografias de artigos de jornais e outros materiais relativos à educação. Psychlit é a base de dados vinculada à Associação Americana de Psicologia.

corroboram a idéia, já consolidada pela academia, de que qualidade não pode ser medida, mas pode ser reconhecida quando e onde existir. Dentre os vários conceitos sobre qualidade no Ensino Superior citados pelos autores, o que expressa a “qualidade como transformação” é o que mais foca o estudante. Esta abordagem permite relacionar a qualidade de uma instituição com a capacidade que ela tem de conseguir que os estudantes adquiram habilidades específicas¹⁵, conhecimento e atitudes que a eles possibilitem viver e trabalhar numa sociedade do conhecimento.

Com a intenção de possibilitar uma leitura mais clara do que foi mapeado da literatura nacional e internacional sobre avaliação educacional nas suas várias dimensões (avaliação de desempenho dos alunos, avaliação curricular, avaliação institucional, avaliação de cursos na opinião do aluno, medidas da qualidade do ensino médico), mostraremos cinco quadros que sintetizam estes estudos, agrupados por tema central de análise.

Quadro 1– Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema avaliação de desempenho do aluno/residente

AUTORES	ANO	LOCAL	TEMA CENTRAL DO ESTUDO
Bessa e col	2001	Escola de Saúde Pública do Ceará	Relato de experiência sobre a avaliação de desempenho de residentes de Medicina de Família
Ward e col.	2005	UNICAMP	Avaliação de desempenho de estudantes
Ram e col.	1999	Universidade de Maastricht	Avaliação de desempenho de estudantes
Muller e col	2003	Escola Médica da Filadélfia	Avaliação de desempenho de estudantes
Holmboe e col	2003	Universidade de Yale	Validação de instrumento de avaliação de desempenho
Durning e col	2003	Universidade Betesda de Maryland	Validação de instrumento de avaliação de desempenho de residentes
Rogers e col	2002	Universidade de Illinois	Avaliação de desempenho de residentes em relação à aconselhamento

¹⁵ Utilizando aqui a compreensão de Moreno (2002), já referida.

Quadro 2 - Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema avaliação curricular

Piccinato e col.	2004	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Avaliação curricular a partir do desempenho do aluno
Troncon e col.	2004	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto	Avaliação curricular por meio do desempenho do aluno
Smith e col	2000	Brown Medical Schools Rhode, Island	Avaliação de desempenho de estudantes através da avaliação de currículo
Frey e col	2003	Departamento de Medicina de Família, da Clínica Mayo , Arizona	Avaliação de currículo
. Windish	2000	Universidade de Connecticut	Avaliação de currículo
Taylor e Chudley	2001	Universidade do Canadá	Validação de currículo partindo da opinião do aluno

Quadro 3– Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema qualidade do ensino médico

Bowen e Irby	2002	Univ. Portland	Qualidade no ensino médico
Klessing e col	2000	Universidade de Baltimore	Qualidade no ensino médico

Quadro 4 – Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre o tema Avaliação de Cursos de Medicina

Araújo, M.N.T.	1994	Universidade Federal do Ceará	Avaliação do Curso de Medicina, tendo como um dos focos, o aluno
Stella e col	1997	Escola Paulista de Medicina	Avaliação institucional, com o foco nos egressos do curso de Medicina

Quadro 5 – Consolidado das publicações nacionais e internacionais sobre outros temas relativos à avaliação educacional

Comissão Nacional de Residência Médica	2006	Ceará	Modelo de avaliação das Residências Médicas no Brasil
Copeland e Hewson	2000	Cleveland Clinic, Ohio	Desenvolvimento e validação de instrumento de medida de efetividade de ensino, por meio da opinião do aluno
Souza e Rangel	2003	Faculdade de Medicina de Petrópolis	Avaliação das práticas educativas dos alunos baseada na técnica de representação social
Cohen e col.	2002	Center for Medical Education, Israel	Validação de ferramentas para determinar necessidades de educação continuada de médicos

Diante dos resultados dos estudos apresentados na literatura nacional e internacional, constatamos que há poucas publicações relativas à avaliação de programas de Residência Médica. Das 21 publicações mapeadas, apenas 7 estão relacionadas com avaliação de residentes, e todas são estudos publicados em periódicos internacionais. O nosso mapeamento mostrou que a maioria dos autores (sete) se concentra em avaliar o curso utilizando o critério de avaliação de desempenho do aluno, testando várias técnicas avaliativas. Como já discutido no início desse capítulo, essa não deve ser a única dimensão do processo avaliativo a ser contemplada quando da avaliação de um curso. Outros parâmetros devem ser incluídos, como a docência, o curso na perspectiva do discente, a avaliação de resultados, a perspectiva dos egressos, o impacto na população que poderá ser beneficiada pela formação dos alunos e outros.

O estudo objeto desta dissertação se propõe avaliar o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, na sua capacidade de formar profissionais competentes para atuarem como médicos de família, levando em conta a opinião dos alunos. Como podemos

constatar, das publicações mapeadas nesse estudo, somente três (03) de fazem referência a avaliação na perspectiva do aluno: o trabalho de Copeland e Henson (2000), que utiliza a opinião do aluno para validar um instrumento que mede a efetividade do ensino proporcionado pelos professores; o de Araújo (1994) no qual a opinião do aluno faz parte do contexto maior da avaliação institucional; e o trabalho de Taylor e Chudley (2001), da Universidade do Canadá, em que a opinião do aluno vai subsidiar a validação de um novo currículo a ser implantado naquela instituição. No nosso estudo, a opinião do aluno não servirá para validar currículo, mas, considerada as devidas proporções, à semelhança dos trabalhos de Copeland e Henson e Araújo, a opinião deles será importante para conhecermos aspectos da sua formação relativos ao processo pedagógico, à infra-estrutura do curso, aos conhecimentos adquiridos, à interação professor/aluno, preceptor/aluno, ao conteúdo das disciplinas etc. Enfatizando a importância da participação do aluno no processo avaliativo dos cursos em geral, Rodrigues (2007, p.93) nos fala que “as avaliações provocam mudanças internas e externas que somente ocorrem substancialmente, quando se considera a participação dos atores-sujeitos responsáveis diretos pelas ações desenvolvidas”. As respostas do processo avaliativo focalizado, portanto, poderão despertar na Coordenação do Curso de Residência de Fortaleza, e em outros cursos do País, sobre a importância de se ter esta dimensão do processo avaliativo, a fim de possibilitar uma reflexão com bases mais sólidas sobre a formação que os programas de residências estão proporcionando ao aluno/residente, na opinião de quem é o principal interessado nessa formação.

O Estado da Questão (NÓBREGA-TERRIEN, TERRIEN, 2004) serviu de base para evidenciar as lacunas em termos de publicações sobre o tema dessa investigação, como também esclarecer sobre qual contribuição este estudo pode conceder à comunidade científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para avaliar o Curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza nos seus aspectos estruturais e pedagógicos, com base na opinião dos alunos/residentes, abordaremos dois temas centrais que foram importantes para a construção da base teórica que subsidiou as análises da investigação aqui proposta. No primeiro tema nos reportamos ao modo como vem se dando o processo de qualificação dos profissionais atuantes na estratégia Saúde da Família (ESF) no nosso Estado. Neste sentido, buscamos refletir sobre a importância desta estratégia, na atenção à população, em termos qualitativos, com a implantação de um programa de aperfeiçoamento e especialização em serviço para profissionais da atenção básica, como a Residência Médica. Ainda nesse contexto, nos propomos analisar qual a compreensão do processo saúde-doença e sua relação com a família e a comunidade inserida na proposta do curso e repassada durante a formação para os alunos/residentes. O segundo tema de estudo proposto é referente aos modelos de avaliação existentes na área educacional, com ênfase na avaliação do ensino médico, e sua relação com a proposta pedagógica utilizada no curso. Estes dois temas apresentados nos capítulos a seguir, juntamente com o “estado da questão”, que recupera o que a literatura mostra sobre o tema, constituirão o arcabouço teórico desta pesquisa, complementando a reflexão anteriormente precedida, pois caminham juntos, o processo de qualificação e a necessidade de sua avaliação. Tal abordagem possibilitará melhor compreensão da amplitude e do âmbito de inserção do objeto desta investigação. A figura seguinte reflete a articulação dos conteúdos teóricos aqui caracterizados e que dão suporte para argumentação e análises necessárias aos dados coletados em campo.



2.1 A estratégia Saúde da Família (ESF): necessidade de qualificação profissional para sua consolidação

O Programa de Saúde da Família - PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 1994, e é entendido como estratégia de redirecionamento da atenção primária à saúde, desde a organização do modelo de assistência, que seja mais adequado às atuais necessidades sociais de saúde da população. Sua operacionalização é efetuada mediante a implantação de equipes multiprofissionais (médico, enfermeiro, odontólogo, técnico de higiene dental, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde) em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas, cerca de 3 mil a 4 mil e 500, localizadas em uma área geográfica delimitada. Com o Programa, o enfoque de atenção passa a ser a família e o meio em que ela vive, onde a equipe de saúde precisa trabalhar os conhecimentos científicos e a prática em saúde em função das necessidades concretas dessas famílias. Esta estratégia incorpora o princípio da vigilância à saúde e o trabalho em equipe. Nesta perspectiva, Pelliano (1999) nos fala que o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e de co-responsabilidades entre a equipe de saúde e a comunidade assistida.

O PSF tem como pressupostos para o seu desenvolvimento os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, hierarquização e regionalização) e enfrenta como grande desafio, principalmente, o alcance de dois desses princípios: cobertura universal e equidade. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produzir resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas por essa estratégia, tais como: redução da mortalidade infantil, aumento no número de consultas de pré-natal, cobertura vacinal de 95% para Tetravalente em crianças menores de 1 ano, ampliação do atendimento nas unidades de saúde etc (BRASIL, 2005). Seus campos de atuação concretizam-se principalmente nas unidades básicas de saúde, nos domicílios e na mobilização da comunidade. O programa se caracteriza por servir como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, por ter território definido com uma população delimitada sob a sua responsabilidade, por intervir sobre os fatores de risco aos quais à comunidade está exposta, por prestar assistência integral, permanente e de qualidade e pelo fato de realizar atividades de educação e

promoção da saúde (BRASIL, 2001). Sua consolidação precisa, ser sustentada por algo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no plano municipal e pela capacidade de mudanças positivas nos indicadores de saúde e qualidade de vida da população assistida.

No Brasil, dados de março de 2007, confirmam 27.146 equipes de Saúde da Família implantadas em 5.110 municípios, representando 91,9% dos municípios brasileiros, correspondendo a uma cobertura de 86 milhões de pessoas, o que mostra grande adesão dos gestores municipais e estaduais à estratégia (BRASIL, 2007).

No Ceará, todos os municípios (184) possuem equipes de Saúde da Família, variando em termos de cobertura por município. Atualmente, estão implantadas no Estado 1.597 equipes (incluídas as de Fortaleza), oferecendo uma cobertura de 50% (SESA, 2007, março).

Em Fortaleza, desde o início da atual gestão¹⁶, foram implantadas 300 equipes, o que corresponde a uma cobertura aproximada de 50% da população usuária do SUS.

Apesar do número crescente de equipes atuando nos municípios, ainda há carência de profissionais, tanto em termos quantitativos como qualitativos para atender à população com uma nova visão de um modelo assistencial focado no indivíduo e na família. A formação dos profissionais de saúde direcionada para a especialização, com enfoque hospitalar predominante, com pouca atividade ambulatorial e praticamente nenhuma integração com o sistema de saúde, não dá conta das novas demandas de saúde explicitadas pelo Programa de Saúde da Família (FEUERWERKER, 2000).

Um estudo sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil, conduzido por Machado (2000, p.31), mostrou que a quase totalidade desses profissionais expressou a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico, salientando a importância dos processos de qualificação. Do total de entrevistados no estudo, 96,35% dos médicos e 96,9% dos enfermeiros afirmaram necessitar de aprimoramento profissional. Capozzolo, estudando o trabalho médico e o PSF (em tese de doutorado) no Município de São Paulo, constatou que

¹⁶ A atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza teve início em janeiro de 2005.

(...) os depoimentos evidenciaram limites na qualificação dos médicos e também dos demais profissionais da equipe para intervir em casos que envolviam complexa dinâmica familiar, problemas emocionais e sociais, e apontaram o insuficiente apoio de outras áreas do conhecimento Capozzolo (2003, p.139).

Para que essa nova prática de saúde integrando ações clínicas e de saúde coletiva se consolide, é necessário que se invista em uma nova política de formação e numa permanente de capacitação de recursos humanos. Faz-se necessária, portanto, a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, que trabalhe de forma humanizada, com a esperada competência e resolubilidade, que articule ações de promoção, de proteção específica, ações de assistência e de reabilitação. Os Sistemas de Saúde não dispõem, entretanto, de um número de profissionais qualificados com esse novo perfil.

Para enfrentar o problema da adequação dos profissionais de saúde ao modelo Saúde da Família, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, incentivou a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Continuada em Saúde da Família, já referido na introdução deste trabalho, uma parceria entre as universidades e as secretarias de saúde estaduais. Foram investidos R\$ 23,6 milhões dos recursos do REFORSUS¹⁷ para a instalação desses pólos no País. Segundo dados do Informe da Atenção Básica Nº10, havia 30 Pólos de Capacitação espalhados em todo o País, congregando 104 Instituições de Ensino Superior. Por meio deles, foram ofertados vários cursos de atualização, incluindo cursos Introdutórios em Saúde da Família e de Especialização em Saúde da Família (INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA, 2001). Estes cursos, na sua maioria, eram mais teóricos e nesse sentido contribuíram de alguma forma para a mudança nas práticas assistenciais centradas na doença, porém a falta de um componente prático que possibilite o aluno entrar em contato com as necessidades reais da população pode fazer com estes profissionais não consigam refletir sobre a dimensão coletiva do processo saúde-doença.

¹⁷ REFORSUS - Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde é o maior projeto de investimentos do Ministério da Saúde. Foi instituído no final de 1996, por meio de acordo de empréstimo celebrado entre o Governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e o Banco Mundial, no valor de US\$ 577 milhões. Foram investidos na recuperação da rede física de saúde do País, que presta serviço ao SUS e também em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (incluído aqui o PSF).

Outra modalidade de qualificação para os profissionais de Saúde da Família foram as Residências Multiprofissionais e de Medicina de Família e Comunidade. Feuerwerker (1998:p.167) acentua que

(...) a residência propicia uma diversidade de experiências práticas, seja em relação a casos, cenários, exames, condutas, procedimentos específicos ou experiências com diversas alternativas terapêuticas, seja em relação à segurança, à capacidade de fazer diagnósticos e tomar condutas, à capacidade de se relacionar com o paciente e sua família, com o sofrimento, com a dor, com o fracasso e com o sucesso.

Para a autora, a residência, associada à atividade teórica de sistematização e aos níveis crescentes de autonomia do profissional, constitui campo de estágio eficaz e insubstituível, no momento, para a qualificação profissional.

Foi com a finalidade de possibilitar aos profissionais que atuam nas unidades básicas de Saúde da Família, de proporcionar à população serviços de qualidade, resolutivos e humanizados, como um direito da população assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS, que o Ministério da Saúde incentivou a implantação de programas de residência em Saúde da Família como importante estratégia de qualificação desses profissionais.

2.2 A Residência de Medicina de Família e Comunidade: a formação fortalecendo a Atenção Básica de Saúde

A Medicina de Família como especialidade começou a ser pensada na década de 1960 no Mundo, quase simultaneamente nos EEUU, Canadá, Austrália e Grã-Bretanha, como uma crítica à exclusividade da especialização médica. Desde então, com os movimentos da Medicina Comunitária e Familiar houve a recuperação do médico generalista, acentuada com a estratégia da atenção primária, como o profissional com maior potencial para resolver os problemas das famílias, no contexto da comunidade e de uma forma humanizada (CHAVES, 1978). A qualidade dessa formação, entretanto, se diferencia nos diversos países.

Em 1970, foi estabelecida na Europa a Organização Mundial de Médicos de Família – WONCA, que trabalham para o reconhecimento da especialidade no mundo. Pesquisa financiada por essa Organização e realizada em 66 países, constatou que 56 deles têm programa de formação de médicos de família no patamar de pós-graduação, e que cerca da metade desses programas passou a ser desenvolvida com início na década de 1970, mostrando a importância da especialidade e o seu rápido crescimento nas últimas décadas (HAQ, 1996).

Entre as experiências internacionais, destaca-se o modelo de Medicina Familiar na Inglaterra, em que o trabalho em equipe com um médico generalista, denominado de *general practitioner* (GP), apoiado por enfermeiros, em uma unidade básica de saúde, funciona como porta de entrada do sistema. O GP constitui a figura nuclear de um sistema público de cobertura universal, responsável pelo atendimento de pacientes, em geral moradores na sua área de atuação, e pelo acesso aos serviços especializados. Esse modelo de atenção integral ao indivíduo e à família foi constituído ao longo de 50 a 60 anos. No Reino Unido, a Medicina de Família é considerada uma especialidade definida e tem o mesmo peso das outras especialidades, tais como, Medicina interna ou Cirurgia. A duração do programa de residência é de três anos, durante os quais os alunos permanecem em contato direto com os pacientes. O programa se concretiza em serviços de saúde acreditados e a relação preceptor-residente é de um para um. O aluno traça seus objetivos de aprendizagem e pactua com o seu instrutor (BESSA e PENAFORTE, 2000).

A experiência do Canadá mostra a importância da especialidade Medicina de Família neste país, pois cerca de 40% dos estudantes que concluem o curso médico escolhem ingressar nesta especialidade. A proposta deles é diferente da proposta da Inglaterra, pois o programa no Canadá baseia-se na atenção hospitalar. O profissional não se vincula a uma área de atuação e não é responsável necessariamente pelo acompanhamento das famílias e por ações de prevenção. A duração do curso é de dois anos, totalmente realizado em um departamento de Medicina de Família na universidade e não há programas fora desse âmbito (BESSA e PENAFORTE, 2000).

Na Espanha, novamente vemos uma Medicina de Família voltada para a atenção primária. A capacitação ocorre nos centros de saúde que se creditam como centros de saúde docente-assistencial. Eles são compostos por cinco a dez médicos de família, um a três pediatras, cinco a dez enfermeiros, um assistente social, um especialista na problemática da comunidade e de cinco a oito funcionários de apoio. Uma população de 12 a 25 mil pessoas está sob a responsabilidade desses centros. Dados de 1980 mostram que na Espanha, das 27 faculdades de Medicina, 22 formam médicos de família (FRANKLIN, 2002). Naquele país, as universidades estão empenhadas na inserção da atenção primária e da Medicina Familiar nos conteúdos curriculares (HIJAR, 2002). Na Espanha, dados de 2001 indicam que

existem cerca de quatro mil e quinhentas vagas de residência médica, das quais duas mil são para Medicina Familiar e Comunitária (BESSA e col. p.135, 2001).

Em Cuba, inicialmente, a atenção primária era realizada nas policlínicas, onde trabalhavam especialistas das quatro áreas básicas: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral e Estomatologia. A Medicina de Família foi implantada em 1984, fazendo parte do novo modelo de atenção primária à saúde. Lá, a Medicina de Família não trabalha numa relação de subordinação entre os níveis de saúde e sim, de fortalecimento e apoio entre eles. Os médicos de família em Cuba vivem na própria comunidade que atendem e são responsáveis pelo atendimento de cerca de 120 a 150 famílias (cerca de 600 a 700 pessoas), ofertando atenção médica e de reabilitação, sendo uma de suas tarefas principais a vigilância à saúde. O modelo foi o principal responsável pela melhoria dos indicadores de saúde daquele País na década de 90 (ORDÓÑEZ, 1995).

No Brasil, uma experiência inovadora aconteceu no Município de Murialdo, Rio Grande do Sul (1975), com a criação de unidades de saúde que trabalhavam numa visão de domicílios, e incorporava a esta proposta os agentes comunitários de saúde. Tal experiência serviu de espelho para a criação de outras unidades na cidade e de campo de treinamento para médicos de família. Esse modelo favoreceu a criação dos primeiros programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária - MGC no País (CHAVES, 1983).

Em 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM formalizou os programas de Residência em Medicina Geral e Comunitária e, em 2001, essa especialidade mudou o nome para Medicina de Família e Comunidade, oficializando esta área como especialidade no Brasil. A especialidade se fortaleceu com a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária - SBMGC, congregando os médicos que desenvolvem suas atividades de assistência, ensino e/ou pesquisa no campo da atenção primária, principalmente nas unidades de Saúde da Família, postos e centros de saúde. Somente após cinco anos de existência da Medicina Comunitária, o Conselho Federal de Medicina a reconhece como especialidade e a SBMGC como sua representante legal.

A história da Medicina de Família no Brasil passou, entretanto, por períodos de desacreditação por parte da corporação médica. Representantes da “direita” consideravam a área como Medicina de Comunista, enquanto a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO e representantes da “esquerda” entendiam

a MGC como a “Medicina de Família americana disfarçada” – Modelo “saúde pobre para gente pobre”. Nesta ocasião, o Ministério da Saúde chegou a cortar bolsas para o programa, com o conseqüente fechamento de cursos.

Com a criação do Programa de Saúde da Família em 1994 no Ceará, dentre tantas outras iniciativas voltadas para a atenção básica, que se expandiam numa velocidade bem maior do que a capacidade de formação de pessoas, outra história aflora neste cenário. Criam-se cursos de especialização, cursos introdutórios, pólos de capacitação e abrem-se programas de residência entre outros, financiados pelo Ministério da Saúde, numa tentativa de requalificar os profissionais já inseridos no mercado de trabalho, em todo o país. Dentre as modalidades de aperfeiçoamento para os profissionais que atuam na rede básica do SUS, em especial com a estratégia Saúde da Família, sem dúvida, a Residência Médica é o principal mecanismo especializador. Atualmente (2006), no Brasil, o número de instituições credenciadas pela CNRM para ofertarem cursos vem aumentando bastante, como também o número de vagas. As secretarias estaduais são os principais financiadores de bolsas de Residência (quase 50% delas), seguidas pelo Ministério da Educação - MEC e pelas instituições privadas (FEUERWERKER, 2001). Ao se analisar, porém, a oferta de vagas para os Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade-PRMFC, comparando com outros programas, por exemplo, Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia etc, observa-se redução do número de vagas para a Medicina de Família (FUNDAP, 1999)¹⁸. O problema se agrava quando se constata que a procura por esta especialidade vem diminuindo, ao ponto de se cancelarem cursos por absoluta falta de candidatos. Dados da CNRM de 2006, em relação à oferta de PRMFC e ao preenchimento de vagas, mostram um cenário preocupante, conforme podemos ver no Quadro 6 a seguir:

¹⁸ A Fundação de Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP é uma instituição da Secretaria do Estado de São Paulo atuante tanto na área de qualificação profissional como na gestão. Ela é responsável pela concessão e administração de bolsas dos programas de Residência Médica das instituições públicas do Estado de São Paulo.

Quadro 6 - Relação das instituições que oferecem vagas para a RMFC, em relação à taxa de ocupação, no Brasil, 2006.

INSTITUIÇÃO	VAGAS	RESIDENCIA DE 1º ANO	% DE OCUPAÇÃO
Casa de Saúde Santa Marcelina- SP	16	3	18,8
CSE Murialdo- RS	30	11	36,7
Faculdade de Medicina da USP	12	6	50
Faculdade de Medicina de Marília	10	0	0
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	4	1	25
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	6	4	83,3
Hospital das Clínicas da F.de M. de Ribeirão Preto	10	10	100
Hospital Nossa Senhora da Conceição- RS	58	15	25,9
Hospital Universitário Pedro Ernesto-UERJ	10	8	80
Instituto Materno Infantil de PE-IMIP	3	3	100
Hospital Universitário Walter Cantídio UFC	10	1	20
SMS e Ação Social de Sobral- CE	12	5	41,7

Fonte: Comissão Nacional de Residência Médica, 2006

São necessários estudos para explicar o porquê desta pouca procura pela RMFC diante da oferta de trabalho que o Programa de Saúde da Família demanda no País e a necessidade de qualificação profissional para a consolidação desta estratégia.

No Ceará, como vimos, antes da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza iniciar sua residência em MFC, apenas duas instituições ofertavam cursos, beneficiando seis profissionais, o que pouco representa no universo de trabalhadores hoje no Programa de Saúde da Família. A iniciativa do Município de Fortaleza em propor uma residência em larga escala com 27 alunos freqüentando o curso (atualmente residentes de segundo ano) e a abertura de uma nova turma com 50 residentes de primeiro ano para o ano de 2007 é uma contribuição importante para a qualificação dos médicos atuantes nas unidades básicas de saúde. Acompanhar e avaliar, em suas várias dimensões, essa formação é, portanto, uma necessidade.

2.2.1 O programa da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: uma proposta inovadora

O Programa de RMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza teve início em março de 2006, com a realização de concurso público para seleção de residentes, homologado pela CNRM. Esta comissão credenciou provisoriamente o programa após intensa análise da sua viabilidade em relação à preceptoria, condições das unidades de receber os residentes, currículo do curso etc¹⁹.

O objetivo principal deste Programa é o de formar médicos com as competências necessárias (conhecimentos, habilidades e atitudes) para atuar na especialidade de Medicina de Família, na rede municipal de saúde de Fortaleza, compondo as equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, aumentar a resolubilidade dos serviços de atenção básica, ao mesmo tempo, possibilitando a criação de espaços de práticas, concretos e qualificados de formação de pessoal. Dentro desse objetivo, a expectativa do Programa é promover maior interação ensino-serviço que colabore no estabelecimento de práticas e saberes entre as próprias equipes do Programa de Saúde da Família e às vinculadas à rede municipal, que estimulem a reorganização e a reorientação da prática assistencial no sentido da promoção, da proteção à saúde e da integralidade da atenção no Município de Fortaleza. Os objetivos específicos de aprendizagem (competências) propostos pelo Programa estão descritos no Anexo I deste relatório de pesquisa.

O Programa foi criado com uma proposta de duração de dois anos, com atividades teóricas e práticas realizadas em serviço e na comunidade. As instituições de Ensino Superior de Fortaleza²⁰ foram chamadas para assessorar o Programa, desde a concepção do modelo pedagógico, até a participação nas aulas teóricas e monitoramento das atividades propostas pela Coordenação da Residência.

As atividades de treinamento em serviço ocorrem em um contexto complexo de interações de preceptores, residentes, profissionais de áreas diversas do conhecimento (enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde), pacientes, comunidade e instituições. Estas atividades são desenvolvidas obedecendo-se à seguinte proporção, em

¹⁹ Toda nova proposta de programa de residência é credenciada provisoriamente após a avaliação do CNRM de sua viabilidade, e após um ano, uma comissão designada pela Coordenação Nacional revisita o programa para supervisionar o cumprimento do que foi estabelecido e sugerido.

²⁰ Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará, Faculdade Christus e a Escola de Saúde Pública do Ceará.

termos de espaço de formação referente à atenção individual e coletiva, segundo o Programa proposto:

- atividades na comunidade, do tipo palestras, visita domiciliar, mobilização de grupos etc, realizadas nos domicílios, centros comunitários, escolas, ocupando aproximadamente 20% da carga horária total;
- atividades em unidades básicas de Saúde da Família incluindo consultas médicas, acompanhamento de grupos por patologias específicas, reuniões com a equipe da unidade e outras, correspondendo 60% da carga horária total;
- atividades em ambulatórios especializados, como de hipertensão e diabetes, de hanseníase e hospitais da rede secundária do Município de Fortaleza, no regime de plantões na emergência, ocupando esta atividade, 10% da carga horária (PROJETO de RESIDÊNCIA MÉDICA, p.22, 2005)

Todas as atividades práticas dos residentes são supervisionadas diretamente por preceptores, que são médicos especialistas (pediatras, gineco-obstetras, clínicos gerais, psiquiatras e médicos de família) da rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. A atuação desses profissionais é fundamental para o sucesso da Residência. Ciente dessa constatação, a coordenação do curso, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, organizou um curso de “Formação de Preceptores”²¹, para esses profissionais, antes de eles iniciarem seu trabalho como preceptores na Residência. E ainda, durante os dois anos do curso, eles continuam em um processo de educação permanente, por meio de encontros mensais presenciais e a distância, com professores das instituições formadoras parceiras do curso, nos quais são contemplados temas específicos por especialidade e outros referentes a didática de ensino.

As aulas teóricas são ministradas na Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, por profissionais provenientes das instituições de ensino parceiras do curso, duas vezes por semana, perfazendo 10% da carga horária do curso. O conteúdo teórico do Programa da Residência está descrito no Anexo II desta dissertação.

²¹. O Curso de Formação de Preceptores foi realizado no auditório da Faculdade Christus, durante os meses de agosto a novembro de 2005 e teve duração de 120 horas. A equipe de professores da Universidade Federal do Ceará foi a responsável pelo conteúdo, o qual abordou temas como capacitação pedagógica, epidemiologia, saúde coletiva, princípios e diretrizes do SUS e avaliação educacional.

A metodologia de ensino/aprendizagem adotada no curso está inspirada na concepção freireana (FREIRE, 1987) em que o professor, por meio uma relação dialógica, problematizadora e participativa com o aluno, parte de problemas concretos da realidade vivida e constrói os saberes necessários para a resolução desses problemas. A metodologia da problematização²² é utilizada tanto nas atividades teóricas, pelos professores, quanto nas sessões de prática, pelos preceptores. Esta é, portanto, a proposta pedagógica a ser utilizada no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A programação das atividades da Residência é distribuída durante a semana, conforme o quadro seguinte, e os residentes têm que cumprir uma carga horária de aproximadamente 60 horas semanais, segundo exigência da CNRM, para um programa de Medicina de Família.

Quadro 7 Semana Padrão da MFC para os anos de 2006 e 2007– Município de Fortaleza. 2005.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado: 15/15 dias
Manhã	UBASF	UBASF	UBASF	UBASF	UBASF	Atividade teórica
Tarde	UBASF	UBASF	Visita Domiciliar/ Comunidade	Reunião da equipe de Saúde da Família / Preceptores/ gerentes	Estágio em Ambulatório Especializado	Atividade teórica
Noite	Plantão em Hospital Secundário de Referência		Atividade teórica			

Fonte: Projeto de Residência Médica, especialidade: Medicina de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2005.

²² A metodologia da problematização fundamenta-se na relação dialógica entre educador e educando, que possibilite a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório. Essa metodologia trabalha a construção do conhecimento na vivência de experiências significativas. Os conteúdos são oferecidos ao aluno na forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas pelo aluno (CYRINO, E. G. e col., 2004)

Na compreensão de Feuerwerker (2001), a proposta educativa da Residência viabilizada dentro do próprio serviço proporciona e cria o ambiente favorável para se estabelecer as mudanças necessárias para implantação de um projeto de reorganização da atenção. Sua interface com a prestação de serviços pode cumprir papel importante na redefinição das relações dos usuários com o seu processo de adoecer, sofrer e morrer, e pode ainda servir como cenário favorável à reorientação da integração entre as universidades e os serviços e como palco do estabelecimento de novas práticas sanitárias.

O monitoramento e a avaliação do Curso de RMFC foram planejados em termos de cinco dimensões avaliativas. A primeira diz respeito ao desempenho do aluno/residente nos domínios cognitivo (aquisição de conhecimentos) e/ou de habilidades e atitudes. Para tanto, o aluno realizará uma prova escrita e será observado nas sessões de prática pelo preceptor. Ainda nesse domínio, o aluno será avaliado também durante a apresentação de um caso clínico por ele trabalhado com a orientação do preceptor. Essa dimensão terá caráter formativo, e as informações sobre o desempenho dos alunos/residentes em relação à possibilidade de adquirirem as competências descritas para um médico de família serão utilizadas para detectar falhas ou insucessos no decorrer da aprendizagem. Estas informações possibilitarão, ainda, a percepção de como os alunos estão se modificando em direção aos objetivos pretendidos (competências) com a formação. A segunda dimensão (objeto de estudo desta dissertação) é a avaliação do curso na opinião do aluno em relação a vários critérios: conteúdo das aulas teóricas, interação professor/aluno e preceptor/aluno, relacionamento com a comunidade, análise dos sistemas de informação para tomada de decisão, atividades de Educação em Saúde, lacunas na formação, motivações e ainda como eles se avaliam após esse primeiro ano da residência. A escolha dessa dimensão para estudo se baseou no fato de acharmos que as mudanças esperadas nos alunos/residentes observadas por meio da avaliação, somente se concretizam quando os mesmos têm a oportunidade de participar diretamente do processo avaliativo, refletindo e dando suas impressões sobre o desenvolvimento do curso. A terceira dimensão é a obrigatoriedade da elaboração de uma monografia pelo residente ao final do curso. A quarta dimensão é uma avaliação de resultados por meio da análise de dados secundários do sistema de vigilância epidemiológica do município. A quinta e última

dimensão terá como objetivo a realização de uma pesquisa de satisfação da clientela assistida pelas unidades onde os residentes atuam, a qual deverá ser efetivada ao final dos dois anos de conclusão da primeira turma.

A avaliação do curso na opinião do aluno/residente, como proposta nessa dissertação, também contribuirá para o aperfeiçoamento da prática docente, à medida que se forem adequando os procedimentos de ensino às necessidades dos alunos/residentes detectadas durante o processo de aprendizagem.

Diante destas considerações, fica evidenciada a proposta inovadora da RMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A seguir, procuramos caracterizar e analisar os fundamentos teóricos da proposta pedagógica efetuada pelo curso, inspirada em Paulo Freire, à luz de Piaget e Vygotsky.

2.2.2 O ensino-aprendizagem na RMFC: a fundamentação teórica proposta no curso

A concepção pedagógica assumida pelo curso de RMFC é a de uma educação problematizadora, como processo inspirado em Paulo Freire (1996, 2005), para quem educar representa muito mais do que treinar e simplesmente transmitir conhecimentos. Educar é estabelecer diferentes possibilidades para sua construção, mediante uma relação dialógica, problematizadora e participativa. Freire (2005) critica a relação educador-educando fundamentada em narrativas ou dissertações, utilizadas pela maioria das escolas atuais. Segundo ele, nessa relação, não há criatividade, não há transformação, não há saber; “só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros”. (FREIRE, p. 67, 2005).

Numa pedagogia freireana, o conhecimento não está no objeto, ou seja, no meio físico ou social, não está na cabeça do professor com relação ao aluno, nem na cabeça do aluno com relação ao professor; o conhecimento acontece por um processo de interação radical entre sujeito e objeto, entre indivíduo e sociedade, entre organismos e meio (BECKER, 2001). É, portanto, uma pedagogia centrada na relação. As ações não são polarizadas nem no professor nem no aluno. Nessa proposta, trabalham-se as relações dentro do ambiente de ensino (no caso aqui, a prática nas unidades básicas de saúde) e à medida que essas relações vão fluindo, o ato pedagógico assume significado. Segundo Freire, citado por Becker (2001), essas relações são mediadas pelo mundo, pelos conteúdos e pelos problemas que a

sociedade está vivendo. Nessa proposta, o professor ensina e aprende e o aluno, além de aprender, ensina. Esta concepção pedagógica é o que Paulo Freire chama de “educação libertadora, problematizadora”, assim definida “a educação problematizadora, de caráter autenticamente reflexivo, o que implica um constante ato de desvelamento da realidade, (...) busca a emersão das consciências, de que resulte sua inserção crítica na realidade”. (FREIRE, p.80, 2005). Essa “conscientização” (FREIRE, 1980) defendida por Paulo Freire pressupõe uma relação com a realidade a partir da aplicação do método dialético, que se inicia pela análise de uma situação concreta. A aplicação desse método influencia e recebe influência do desenvolvimento cognitivo das pessoas, conforme estudado por Piaget na sua proposta de explicação da gênese do conhecimento, que será apresentada mais adiante neste capítulo.

O legado deixado por Paulo Freire, portanto, constitui a fundamentação necessária utilizada na proposta pedagógica do curso de RMFC de Fortaleza. Esta proposta pode ser definida como a educação dialógica, proposta pela pedagogia freireana, aplicada ao contexto da aprendizagem em serviço, numa interação permanente do educador (no caso, professor/preceptor), com o educando (no caso os alunos/residentes) e a comunidade por eles assistida. Para Freire (1983), o diálogo e a problematização conscientizam educador-educando e educando-educador a desenvolverem uma atitude crítica da qual resulta a percepção de que o conjunto de conhecimentos adquiridos encontra-se em constante interação. Por meio do diálogo, busca-se a interseção do conhecimento tradicional com o saber técnico, no qual ambas as partes aprendem e se beneficiam.

O fundamento dessa pedagogia está explicitado em uma das tendências em que se classificam as teorias do conhecimento que, de certa forma, orientam os métodos educacionais (MOREIRA, 1985), como a Teoria Interacionista (interação sujeito-objeto). Segundo tal teoria, o conhecimento é considerado como uma construção contínua, na qual o sujeito (com a sua carga genética) e o meio (com todos os seus condicionantes sociais e culturais) se influenciam na formação do ser humano. Incluem-se neste grupo as abordagens *cognitivist* de ensino, as quais se fundamentam nos processos mentais de apreensão da realidade, mediante os quais o indivíduo atribui significados a essa mesma realidade (MOREIRA, 1985). O Construtivismo, como abordagem cognitivista, se insere neste grupo.

A corrente cognitivista, que tem em Piaget seu principal representante, advoga a idéia de que a educação deve ser a elaboração permanente do conhecimento, ao qual se juntam, numa condição de complementariedade, por um lado, os alunos e os professores e, por outro, os problemas sociais atuais e o conhecimento já construído. Piaget, com sua teoria (a Epistemologia Genética), explica a gênese e o processo de construção de conhecimentos desde as suas formas mais elementares até aquelas que caracterizam o pensamento científico (PIAGET, 1971). Para Freire, (citado por GADOTTI, 2003), o Construtivismo denota não só como todos podem aprender, como em Piaget, mas que todos já trazem uma bagagem de conhecimentos e que o sujeito, ele próprio, é responsável pela elaboração do conhecimento e pela ressignificação do que aprende. Para Piaget, na interação do sujeito com o objeto, o ponto de partida é a ação do sujeito. O aluno só aprenderá alguma coisa, isto é, construirá algum conhecimento novo, se ele agir e problematizar a sua ação.

A proposta pedagógica construtivista, segundo Piaget (1971), leva em conta as elaborações cognitivas do educando, isto é, parte dos conceitos espontâneos do aluno. Para ele, compreender é construir estruturas de assimilação. O aluno age (assimilação) sobre o material que o professor presume que tenha algo de cognitivamente interessante, significativo para o aluno; o aluno responde para si mesmo às perturbações (acomodação) provocadas pela assimilação do material, e o aluno se apropria, no segundo momento, não mais do material, mas dos mecanismos íntimos de suas ações sobre esse material. Tal processo far-se-á por abstração reflexionante e refletida²³ (PIAGET, 1977), com origem em questões suscitadas pelos próprios alunos e pelo professor, e dos desdobramentos que daí ocorram. Esses dois processos (assimilação e acomodação) possibilitam a tomada de consciência, que

(...) significa apropriar-se dos mecanismos da própria ação, ou seja, o avanço do sujeito na direção do objeto, a possibilidade de o sujeito avançar

²³ A unidade de idéias abstração reflexionante, segundo Piaget (citado por BECKER, 2001, p.38), ocorre quando o sujeito após ter agido sobre o meio, os objetos, as relações sociais, ele agora se debruça sobre essas ações, retirando qualidades, não mais do meio, desses objetos, mas da própria coordenação das ações. Trata-se, portanto, de uma ação que ele chamou de segunda potência. Esta se sobrepõe a uma abstração empírica que, para Piaget, é agir sobre as coisas e retirar daí algo ou, ainda, agir sobre as próprias ações e retirar dessas ações, nas suas características materiais, observáveis, alguma coisa. A abstração refletida é a forma de abstração que implica a tomada de consciência.

no sentido de apreender o mundo, de construir o mundo, de transformar o mundo que está aí, se dá na precisa medida que ele apreende a si mesmo como sujeito, que ele apreende sua prática, a sua ação. (BECKER, 2001, p. 42).

O papel do professor nesse contexto é o de ser um organizador de ações, isto é, ele deve criar situações, provocar desequilíbrios, fazer desafios, propiciando condições onde possam se estabelecer reciprocidade intelectual e cooperação ao mesmo tempo, moral e racional (ZACHARIAS, 2006).

O trabalho de Piaget, portanto, ajuda o educador a identificar quais podem ser os fatores que dificultam e os que facilitam o desenvolvimento cognitivo que é necessário para a conscientização proposta por Paulo Freire.

Outra visão do Construtivismo é o Socioconstrutivismo de Vygotsky. A maneira de ver o sujeito, na teoria de Vygotsky, e de ver o seu desenvolvimento, confere à teoria uma atitude “sócio-interacionista”, pela colocação de que o conhecimento é construído na interação sujeito-objeto e de que essa ação do sujeito sobre o objeto é socialmente mediada. Para Vygotsky, citado por Pereira (2002), não se concebe uma construção individual sem a participação do outro e do meio social, o que torna imprescindível a relação intersubjetiva, pois é nesse espaço relacional que há a possibilidade do conhecimento. Nessa concepção, portanto, o sujeito toma uma atitude interativa, pois não é nem passivo nem apenas ativo. A rede assistencial do Município de Fortaleza é esse espaço social, proporcionado pelo curso de RMFC, em que vão interagir, numa relação participativa, dialógica, preceptor, aluno/residente e comunidade, necessária à construção do conhecimento.

Vygotsky diz que aprendizagem é o processo pelo qual o indivíduo adquire informações, habilidades, atitudes, valores etc. por meio de seu contato com a realidade, o meio ambiente, as outras pessoas (PEREIRA, 2002). Na teoria vigotskiana, a ênfase é dada aos processos sócio-históricos, e, portanto, a idéia de aprendizagem inclui a interdependência dos indivíduos envolvidos no processo. Diferentemente de Piaget, ao assinalar que a aprendizagem é subordinada ao desenvolvimento, o psicólogo bielorusso Vygotsky, citado por Wuillaume (2000)-apesar de acreditar que aprendizado e desenvolvimento estão inter-relacionados desde o primeiro dia de vida da criança – externa que para se verificar a relação entre o desenvolvimento e a capacidade de aprendizado, é necessário determinar dois níveis de desenvolvimento: o nível de desenvolvimento real e o nível de desenvolvimento potencial. A capacidade da criança de realizar uma tarefa sozinha

constitui-se no nível de desenvolvimento real, enquanto o nível de desenvolvimento potencial é a etapa em que a criança desempenha tarefas com a ajuda do outro mais experiente do que ela. Com esteio nessas observações, ele desenvolveu o conceito de zona de desenvolvimento proximal:

A zona de desenvolvimento proximal é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes. (VYGOTSKY, citado por WUILAUME, 2000, p.39).

Explicando melhor esse conceito, Oliveira (1995, p.60) diz que

A zona de desenvolvimento proximal refere-se, assim, ao caminho que o indivíduo vai percorrer para desenvolver funções que estão em processo de amadurecimento e que se tornarão funções consolidadas, estabelecidas no seu nível de desenvolvimento real. A zona de desenvolvimento proximal é, pois, um domínio psicológico em constante transformação; aquilo que uma criança é capaz de fazer com a ajuda de alguém hoje, ela conseguirá fazer sozinha amanhã. É como se o processo de desenvolvimento progredisse mais lentamente que o processo de aprendizado; o aprendizado desperta processos de desenvolvimento que, aos poucos, vão tornar-se parte das funções psicológicas consolidadas do indivíduo.

Assim, o conceito de zona de desenvolvimento proximal diz respeito a funções que emergem no sujeito, e a capacidades que ainda se manifestam com apoio em recursos auxiliares que o outro oferece no processo de interação. O que irá caracterizar o desenvolvimento proximal é justamente a capacidade que surge e se desenvolve de modo compartilhado.

Para Vygotsky, a importância maior está nas interações sociais e na relação de ajuda, como também ele tem uma concepção social da aprendizagem em um movimento, conduzindo o pensamento do social para o individual.

Tomando como referência os autores ora citados, concluímos que a aprendizagem construtivista, por um lado, é uma importante ferramenta para o que se propõe em termos pedagógicos, o Programa do Curso de RMFC, na medida em que o mesmo tem por objetivo formar um profissional cujo papel extrapole a tradicional resposta centrada apenas nas demandas de doença e passe também a ser organizador da demanda local, planejador de ações de saúde, educador popular e essencialmente agente de transformação social, conforme sugere Sucupira (2003) como o perfil desejado para um profissional que faça parte de uma equipe de Saúde da Família. No que diz respeito aos objetivos do curso, citados no item 1.3 desta dissertação, o Programa da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza necessita trabalhar com a concepção de

saúde-doença dos seus preceptores/professores e ou alunos/residentes, em bases orientadas no conceito revisado de atenção primária à saúde de Lago e Cruz²⁴, citado por Andrade e Bezerra (2006). Essa concepção será discutida no capítulo seguinte.

2.2.3O processo saúde-doença e a relação com a família e a comunidade: a compreensão proposta pelo Programa de RMFC, da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

O momento atual de implantação da Estratégia de Saúde da Família em Fortaleza apresenta uma cobertura de 50% da população assistida pelo sistema de saúde pública do Município (SMS de Fortaleza, 2007, maio).

Tal constatação implica a adoção de medidas que possam dar sustentabilidade a essa estratégia, no sentido da mudança do modelo assistencial centrado na doença para uma atenção focada na unidade familiar e construída em termos operacionais no âmbito da comunidade (ANDRADE et al., 2004). Dentre estas medidas, podemos citar as de cunho econômico, político, sanitário, social e a política de formação de pessoal. Esta última se destaca pela sua importância como promotora da adequação da formação dos profissionais às necessidades de saúde da população.

Esse novo modelo assistencial está fundamentado nos princípios²⁵ que norteiam o SUS e fortalecem a idéia de saúde como qualidade de vida dentro do conceito abrangente de saúde, garantida na Constituição Federal de 1988. A proposta do Programa da RMFC encontra-se de acordo com essa visão de saúde não apenas como ausência de doença, mas como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse da terra e aos serviços de saúde.

²⁴ O conceito revisado de atenção primária à saúde escrito por Lago e Cruz “é de que se trata de uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo; sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, das famílias, e da comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde – mediante um pacto social – que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina a nenhum grupo humano por sua condição de econômica, sociocultural, de raça ou sexo”(LAGO e CRUZ, 2001 citado por ANDRADE, BARRETO E BEZERRA, 2006, p.786.)

²⁵ Os princípios doutrinários que conferem ampla legitimidade ao SUS são: a universalidade, a integralidade, a equidade, o direito à informação, e a participação comunitária (VASCONCELOS, C. M e PASCHE, D. F. in CAMPOS, G. W. S. de., org. 2006).

Com uma formação que se propõe priorizar a promoção da saúde e centrar a atenção no indivíduo, visto como parte de uma família e inserido em uma comunidade, o Curso de RMFC tem como um dos seus objetivos mudar a prática exagerada que alguns profissionais conferem ao componente orgânico do processo saúde-doença, fazendo com que muitas vezes eles imaginem que “o seu objeto de trabalho é a doença, e não as pessoas doentes” (CUNHA & CARVALHO, 2006), o que pode ocasionar um processo de não-responsabilização com o que possa estar fora desse espaço. Uma consequência desastrosa dessa prática reducionista de se ver a saúde como ausência de doença é, muitas vezes, uma incapacidade dos profissionais que atendem nesse modelo, de lidar com a complexidade da relação médico-paciente. Em consequência, entendemos que eles se sentem incapazes de resolver certas situações, como falta de adesão ao tratamento, pacientes poliquixosos, problemas sociais e culturais.

A visão de que o processo saúde-doença é explicado por meio de um ponto de vista biopsicossocial, no qual variáveis externas (aspectos ambientais físicos e sociais) e internas (aspectos biológicos, comportamentais, afetivos) devem ser consideradas, é o paradigma que fundamenta a formação do aluno/residente de Medicina de Família e Comunidade, no âmbito do conceito de “Clínica Ampliada”. De acordo com Carvalho e Cunha (2005, p.847), “Clínica Ampliada” é

uma Clínica que tenha uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e que tome como objeto de ação sujeitos singulares que vivenciam determinado sofrimento, agravo e (ou) doença demanda um atendimento integral e, muitas vezes, a elaboração de projetos terapêuticos específicos que logrem qualificar as respostas às necessidades dos usuários.

Implica uma clínica produzida pelos diversos olhares dos profissionais que compõem as equipes de saúde, levando-se em consideração, tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento de doenças, todas as variáveis externas e internas que possam interferir no modo de adoecimento. Para que isso se concretize na prática, no entanto, é necessária a existência de um vínculo permanente entre profissionais (respeitando-se a interdisciplinaridade) e pacientes, a família e a comunidade. A inserção dos alunos/residentes numa equipe de saúde da família, na unidade básica de saúde, é o fator primordial, portanto, para que eles reflitam sobre esse novo modelo mais humanizado de assistência à saúde, que visa a superar a clínica tradicional que utiliza como objeto somente a doença.

Fica evidenciado, assim, o fato de que a proposta da RMFC envolve a pedagogia construtivista inspirada em Paulo Freire e uma concepção do processo saúde/doença numa visão biopsicossocial. Como o nosso objetivo com essa dissertação é avaliar a formação dos alunos/residentes proporcionada pelo Programa do Curso até este momento, a opinião deles é importante ser considerada, como também o conhecimento sobre avaliação educacional para, nesse sentido, assentarmos um tripé teórico que subsidie nossas análises dos dados coletados em campo.

2.3 Avaliação Educacional: concepções, dimensão do processo avaliativo e os seus principais modelos teóricos

Para compreendermos como ocorre o processo avaliativo na área educacional nos dias atuais, em especial a avaliação de cursos, objeto da discussão desta dissertação, inicialmente, analisaremos à luz da história os enfoques ou modelos avaliativos relevantes nesta área e, em seguida, abordaremos a importância da avaliação da formação tanto na graduação quanto na pós-graduação.

2.3.1 Modelos em avaliação educacional: breve histórico

O ato de avaliar remonta à Antiguidade, quando os professores já se utilizavam de procedimentos valorativos para diferenciar e selecionar estudantes, porém sem uma teoria explicativa que embasasse sua avaliação. Exames com caráter mais formal foram introduzidos nos meios universitários, na época da Idade Média (ESCUDERO, 2003). Segundo Mateo e col. (1993) a primeira investigação avaliativa em educação foi realizada por J.M.Rice em 1897, que consistia em uma análise comparativa em escolas americanas sobre o valor da instrução no estudo de ortografia, em que as pontuações obtidas nos testes foram utilizadas como critério avaliativo.

O final do século XIX e os princípios do século XX constituíram uma época em que os testes de rendimento eram considerados sinônimos de avaliação educativa. Eles estabeleciam discriminações individuais, todavia, sem levar em conta a representatividade e congruência com os objetivos educacionais. Este período, segundo Escudero (2003), foi denominado por Guba y Lincoln de “avaliação de

primeira geração” e se caracterizou pela medição. No caso, o avaliador fazia o papel de técnico, provedor de instrumentos de medidas.

A verdadeira avaliação educativa, segundo Dias Sobrinho (2003) só surgiu em 1934, com Ralph W. Tyler considerado o fundador da avaliação de currículos e “pai” da avaliação educativa. Em sua obra, ele expunha de maneira clara a idéia de currículo e integrava-o em seu método de avaliação educativa, como o processo para determinar em que medida foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos. Para Tyler, segundo Dias Sobrinho (2003) o papel essencial da avaliação é determinar em que grau estão ocorrendo as mudanças nos alunos. O pensamento do autor era de que a avaliação tinha como propósito mais importante guiar a aprendizagem do aluno, isto é, ajudá-lo a aprender (ESCUDERO, 2003). Para Guba e Lincoln, este foco da avaliação na descrição do que está ocorrendo é o que eles chamam de “Segunda Geração da Avaliação” (ESCUDERO, 2003).

Nos anos 1960, sob a influência das idéias de Tyler, os educadores começaram a dar maior atenção à eficácia dos programas educacionais e ao valor intrínseco da avaliação para melhorar a educação. Nessa época, um movimento de conflito entre as escolas públicas e os comitês nacionais de avaliação educacional dos Estados Unidos, gerado pela ineficiência do sistema educacional americano da época, fez com que houvesse um grande investimento de recursos financeiros para a melhoria do sistema escolar americano e, conseqüentemente, entrou em cena um novo movimento, “a era da Accountability” e da prestação de contas (ESCUDERO, 2003; DIAS SOBRINHO, 2003). Segundo Dias Sobrinho (2003), uma conseqüência dessa política foi a mudança do foco da avaliação no âmbito escolar centrada somente no aluno, em termos de alcance de objetivos, estendendo-se também para os professores, as escolas em si, os conteúdos, as metodologias e estratégias de ensino etc.

Nos anos que se seguem, segundo Escudero (2003), dois autores tiveram influência relevante para a avaliação educacional, com seus ensaios, *Course improvement through evaluation* (Melhorando o curso através da avaliação), (CRONBACH, 1963) e *The methodology of evaluation* (Uma metodologia de avaliação) (SCRIVEN, 1967).

As idéias de Cronbach expostas no seu trabalho associam o conceito de avaliação com a tomada de decisão. Vianna, em seu livro, “Avaliação Educacional: teoria, planejamento e modelos (VIANNA, 2000, p. 68-69), descreveu os três tipos

de decisões que podem ser tomadas como objetivo da avaliação, segundo Cronbach:

- sobre a eficiência do material instrucional e dos métodos de ensino utilizados no desenvolvimento de um programa, isto é, as decisões levariam ao aperfeiçoamento do currículo;
- sobre a identificação das necessidades dos alunos com fins de planejamento da instrução, julgamento do mérito dos estudantes para possibilitar a seleção e agrupamentos, e conhecimento pelo estudante do seu progresso e suas deficiências, nesse caso, se referia aos alunos submetidos a determinado programa;
- julgamento da eficiência do sistema de ensino e dos professores etc. Seriam pois, decisões de natureza administrativa (VIANNA, 2000, p. 68-69)

Na compreensão de Vianna (2000), para Cronbach, a avaliação visa ao aprimoramento de cursos. Seu principal objetivo é verificar quais os efeitos do curso, ou seja, que mudanças produz no estudante e quais aspectos do curso necessitam de revisão. Segundo Cronbach são os resultados da instrução multidimensionais e, portanto, não se pode avaliar o curso concentrando-se somente em um único aspecto, como, por exemplo, o desempenho do aluno, muitas vezes identificado apenas com a aplicação de um teste de rendimento. Segundo Vianna (2000), Cronbach ressalta também a importância das opiniões do professor sobre o aluno, as quais traduzem observações de comportamento, possibilitando a percepção de pontos críticos, deficiências e outros elementos que necessitam de aprimoramento no currículo. Metodologicamente, Cronbach propõe que a avaliação deve incluir estudos de processo (o que está se passando na sala de aula), medidas de rendimento e atitudes (as mudanças observadas no aluno) e estudos de egressos.

Já, Scriven deu importante contribuição no campo semântico da avaliação, segundo Escudero (2003). O pensamento de Scriven é que o objetivo da avaliação é invariável (o processo pelo qual estimamos o valor de algo que se avalia), mas as suas funções podem variar e se relacionam com o uso que se faz da informação. Essa definição foi corroborada mais tarde por outros autores e mudou o foco dos processos avaliativos, que agora não se restringem mais somente a avaliar os

resultados, mas também passam a avaliar as entradas, contextos ou circunstâncias diversas, os processos, condições de produção e elementos finais (DIAS SOBRINHO, 2003). No entendimento de Viana (2000, p.86), Scriven propôs duas funções diferentes para a avaliação, formativa e somativa, e estabeleceu suas diferenças. Scriven mostrou que a avaliação formativa deve ocorrer ao longo do desenvolvimento do programa, projetos e produtos educacionais, com o objetivo de proporcionar informações úteis para que os responsáveis possam promover o seu aprimoramento. Já a avaliação somativa é implementada ao final de um programa de avaliação, permitindo ao usuário, elementos para julgar a sua importância, o seu valor, o seu mérito. Apesar da importância dessas duas funções da avaliação, Vianna (2000) comenta que, habitualmente, os avaliadores concentram seus esforços em avaliações somativas, e acrescenta que “sem a avaliação formativa, o processo de desenvolvimento, seja de um programa, projeto ou material, resultará incompleto e inteiramente ineficiente”. (P.87).

Ainda como contribuição de Scriven, segundo Escudero (2003), ele fala da distinção entre avaliação intrínseca e extrínseca como forma de valorar um elemento de ensino. Scriven ensina que na avaliação intrínseca é valorizado o elemento por si mesmo e na extrínseca o elemento auferir valor pelos efeitos que produz nos alunos.

A introdução da valoração e juízo como conteúdo intrínseco na avaliação é, para Guba e Lincoln, citado por Escudero (2003), o que eles chamam de “Avaliação de Terceira Geração”, em que o avaliador agora analisa, descreve a realidade, valora e julga com relação a diferentes critérios.

O pensamento desses três autores (Tyler, Cronbach e Scriven) embasa quase todo o processo de avaliação do curso de RMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, objeto desta dissertação. O curso propõe uma avaliação em várias dimensões, conforme explicitado no seguimento 2.2.1 onde descrevemos o Programa da RMFC. Uma dessas dimensões diz respeito ao desempenho do aluno numa visão formativa e somativa, segundo nos aponta Scriven, tendo como referência a congruência entre o desempenho do aluno e os objetivos preestabelecidos (competências do médico de família), na visão de Tyler. A proposta de avaliação do curso se apóia ainda nas idéias de Cronbach com a sua proposição de avaliação de cursos numa visão geral, que inclui avaliação do material instrucional, dos métodos de ensino, das necessidades do aluno (opinião

dele), do seu desempenho por meio de testes de rendimento e também da observação sistemática efetivada pelo preceptor durante as sessões de prática.

Ainda sobre avaliação educacional numa perspectiva histórica, os anos 1970, se caracterizaram pela consolidação da investigação avaliativa na área da educação (ESCUADERO, 2003). Nesta época, surgiram novos conceitos sobre avaliação, bem como métodos e uma grande quantidade de modelos avaliativos.

A palavra modelo, quando utilizada em avaliação, entendemos que pode ter vários significados. Pode se referir a determinada concepção de avaliação, ou significar certa forma de abordagem, ou ainda traduzir um método empregado na avaliação. Em geral, os modelos descrevem o que os avaliadores fazem ou prescrevem o que deve ser feito. O sentido mais comum do emprego de “modelos” é “o prescritivo em que se apresenta um conjunto de regras, prescrições, proibições, quadros referenciais, que especificam o que é bom e próprio para a avaliação e como ela deve ser feita.” (VIANA, 2000, p.34). A diferença entre os modelos em geral e os aqui apresentados está na ênfase conferida pelos autores em alguns aspectos do processo avaliativo, ora privilegiam a metodologia, ora o aspecto valorativo, que ora se concentram no uso. Dentre os vários modelos descritos pela literatura, além dos já citados, é importante ressaltar o modelo de Daniel L. Stufflebeam, um dos mais famosos e utilizados por todos.

Stufflebeam e colaboradores, em 1971, conceberam um modelo que ficou conhecido pelo anagrama CIPP – contexto, *input* (insumo), processo e produto. A definição de avaliação como o processo de delimitar, obter e proporcionar informação útil para julgar possíveis decisões alternativas é o ponto central do modelo de Stufflebeam, segundo Vianna (2000). De acordo com essa definição, três elementos se destacam para compreendermos melhor o que o autor propõe, argumenta Vianna (2000, p.103) que são:

- a avaliação é um processo sistemático, contínuo.
- pressupõe três momentos: expor as questões a serem respondidas, obter as informações que sejam relevantes para responder às questões propostas e suprir os responsáveis pela tomada de decisões de todas as informações necessárias.
- a avaliação serve para a tomada de decisões.

O principal enfoque do modelo de Stufflebeam, portanto, é a decisão e para cada tipo de decisão corresponde um dos quatro tipos de avaliação – CIPP (contexto, insumos, processo e produto), conforme discutiremos a seguir.

A avaliação de contexto serve para o planejamento das decisões. É o tipo mais usado em avaliação. Seu objetivo é estabelecer necessidades, especificar população/amostra de indivíduos a considerar, e estabelecer os objetivos que devem concretizar as necessidades. A avaliação de insumos considera o potencial de custos-benefícios. Ela procura estabelecer como usar os recursos para alcançar os objetivos definidos pelo programa. Ela tem por fim planejar procedimentos alternativos ou estratégias para viabilizar o programa. A avaliação de processo tem como objetivo detectar deficiências de planejamento ou implementação, e monitorar vários aspectos do projeto, a fim de identificar e corrigir possíveis problemas. A avaliação do produto mensura as discrepâncias entre o pretendido e o real, e analisa os fatores determinantes dessa diferença.

O processo de avaliação do curso de RMFC também utiliza-se do modelo de Stufflebeam quando o autor enfatiza os propósitos da avaliação (VIANNA, 2000, p.109), os quais são coincidentes com algumas das metas de avaliação do curso, isto é, identificar necessidades do aluno com vistas a procurar as melhores estratégias de superação, monitorar as mudanças pretendidas no aluno e medir o impacto na população beneficiada pelo curso.

No final dos anos 1980, segundo Escudero (2003), Guba e Lincoln apresentaram uma alternativa para a avaliação com base no que eles consideraram como deficiências das três gerações de modelos avaliativos propostos anteriormente: “uma visão gestora da avaliação, pouca atenção à gama de valores existentes e um excessivo apego ao paradigma positivista”. (ESCUADERO, 2003, p.17). É o que eles chamaram de “Avaliação de Quarta Geração”. Esta se caracterizava por ser responsiva, visão proposta inicialmente por Stake, em 1975, e construtivista²⁶.

²⁶ Epistemologicamente, o paradigma construtivista, na visão de Guba e Lincoln, citado por Lira (2006), nega a possibilidade do dualismo sujeito-objeto, sugerindo, ao contrário, que as conclusões do estudo avaliativo existem precisamente porque há uma interação do observador com o observado, que literalmente criam o que emerge dos questionamentos.

Nesse modelo de avaliação, o foco organizativo do processo são as demandas, as preocupações e os assuntos dos implicados²⁷ na avaliação, temas não contemplados, segundo Guba e Lincoln, citado por Escudero, (2003), na metodologia convencional de avaliação. Também estes autores enfatizam que cada avaliação deve ser constituída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada. Estas questões são importantes, segundo eles, pois servem de base para determinar que informações são necessárias para a consecução do processo avaliativo.

Para Stake, a avaliação responsiva é a percepção e a compreensão por meio de uma negociação (DIAS SOBRINHO, 2003). Ela proporciona uma busca e uma documentação da qualidade do programa. É dirigida para a descoberta do mérito e das falhas do programa e, portanto, reconhece múltiplas fontes de valoração, conseqüentemente, nesse tipo de avaliação, a ênfase é maior no processo do que nos resultados, com a distribuição do poder de forma democrática entre os participantes ou distintos grupos, partindo do princípio de que a participação é fundamental e que toda informação deve ser levada em conta. Este tipo de avaliação favorece, portanto, a idéia de que a avaliação é resultado da construção por indivíduos e a negociação de grupos (ESCUADERO, 2003).

Como vimos, há diferentes modelos de avaliação educacional, a depender de quem solicita a avaliação e com que finalidade e propósito. Numa avaliação de cursos, pela necessidade de se avaliar suas várias dimensões (currículo, objetivos educacionais, desempenho do aluno e do professor, resultados, impacto na população beneficiada etc) não é possível se fixar em um só modelo e conseguir cobrir toda a dimensão do processo avaliativo. É necessário, pois, utilizar vários enfoques conceituais e metodológicos sobre avaliação educacional propostos e validados pelos autores consagrados nesta área.

Um programa educacional impacta o aluno, sua auto-estima, sua visão de si como pessoa, seus relacionamentos, seu mundo de trabalho e sua vida. A expectativa do aluno/residente em relação ao curso e suas percepções do modo de estudar/aprender (no caso em questão, aprendizagem em serviço) podem afetar

²⁷ A expressão implicados ou grupo de implicados ou *stakeholders* são organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo, pessoas com características comuns. CF. MATHISON, S. (Ed). *Encyclopedia of evaluation*, 2005, p. 397-8.

significativamente os resultados do Programa e, conseqüentemente, sua formação profissional.

Finalizando a discussão sobre os modelos avaliativos na área educacional, citamos a obra de Gil (2005) *Metodologia do Ensino Superior*, na qual ele aborda os fundamentos de uma avaliação adequada ao ensino superior nos tempos atuais. O seu pensamento, como veremos, está de acordo com o que propunha Tyler (avaliar para determinar em que medida foram alcançados os objetivos previamente estabelecidos), desde o início das discussões sobre avaliação educacional, na década de 1940, e outros autores, como Cronbach (com a sua proposta de avaliação de cursos numa visão geral), conforme apresentado no início deste capítulo.

Segundo Gil (2005), a avaliação é vista como método de coleta e análise de dados necessários a uma constante melhoria da aprendizagem dos alunos, sendo, portanto, parte integrada e essencial do processo educacional. Para o autor, ela deve ser vinculada diretamente aos objetivos de aprendizagem, pois eles é que determinam o que será avaliado, com que instrumentos, em que nível etc; e ter um caráter mais formativo, quer dizer, os alunos devem ser submetidos a contínuas avaliações. Gil (2005) enfatiza ainda a noção de que, no caso de um curso, por exemplo, “é importante o professor deixar claro, logo no seu início, para si mesmo e para os alunos que mudanças ele espera que ocorram neles como resultado do curso” (P.107). Estas mudanças são os próprios objetivos educacionais, e a partir deles, o professor pode não apenas, escolher as estratégias mais adequadas para facilitar a aprendizagem, mas também os procedimentos para avaliar em que medida aqueles objetivos foram alcançados. Com relação quais domínios de aprendizagem devem ser abrangidos no processo avaliativo, o mais importante para GIL (2005) é verificar em que medida o aluno foi capaz de não apenas memorizar os conteúdos, mas também de transferir o que foi aprendido para situações práticas. No entendimento de Gil, “uma educação moderna e democrática apóia-se também nos julgamentos dos alunos, que envolvem a sua auto-avaliação, bem como a avaliação dos professores” (GIL, 2005,p.108). Sendo o sistema voltado para a aprendizagem, a avaliação do professor passa a constituir um mecanismo de *feedback*, e lhe possibilita obter informações acerca do seu desempenho, o que constitui importante elemento para o seu desenvolvimento. Em relação à auto-

avaliação, um ambiente de cooperação e confiança entre o professor e o aluno é referido como condição importante para o bom aproveitamento dos resultados.

É nessa perspectiva então apresentada de avaliação para possibilitar a correção de rumos e concretização de objetivos educacionais (competências requeridas para um médico de família), que encaminhamos esse projeto.

2.3.2 Avaliar a formação: o desafio de avaliar

Na área da saúde pública, avaliar a formação torna-se cada vez mais uma preocupação essencial das instituições de ensino de graduação e pós-graduação, em virtude da necessidade de qualificar profissionais para que adquiram as competências requeridas para atender às necessidades de saúde da população. A avaliação educacional hoje, segundo Dias Sobrinho (2003, p.9), alcança uma dimensão que ultrapassa o âmbito da aprendizagem e “vem ganhando cada vez mais densidade política e crescentemente é utilizada como instrumento de poder e estratégia de governo”. No atual contexto brasileiro, juntamente com as mudanças econômicas e sociais pelas quais vêm passando o País, as instituições educacionais, principalmente as de ensino superior, estão também “implementando” reformas nos seus Projetos Políticos Pedagógicos, para que cumpram melhor sua função social de formar cidadãos comprometidos com o conhecimento científico atual, como também com o projeto social do País. O Estado, portanto, reconhecendo a importância da Educação Superior no conjunto das políticas públicas, necessita articular um sistema de avaliação da Educação Superior comprometido com a melhoria da qualidade acadêmica e da gestão educacional (perspectiva formativa) com mecanismos regulatórios vinculados ao controle dos resultados e do valor de mercado (SINAES, 2003).

O Ministério da Educação, pelas Portarias MEC/SESu nº 11, de 28 de abril de 2003, e nº 19, de 27 de maio de 2003, como parte da política de avaliação da educação superior, instituiu a Comissão Especial da Avaliação da Educação Superior – CEA, “com a finalidade de analisar, oferecer subsídios, fazer recomendações, propor critérios e estratégias para a reformulação dos processos e políticas de avaliação da Educação Superior e elaborar a revisão crítica dos seus instrumentos, metodologias e critérios utilizados”. (SINAES, 2003). Esta Comissão foi presidida pelo professor José Dias Sobrinho, da Universidade de Campinas

(UNICAMP), e integrada por delegados das mais variadas instituições de Ensino Superior do País.

Segundo relatório da CEA, as primeiras propostas de avaliação das instituições de Ensino Superior – IES eram concebidas, principalmente, como forma destas instituições prestarem conta à sociedade dos investimentos realizados pelo setor público, que precisavam ser justificados. Com este propósito surgiu o Programa de Avaliação da Reforma Universitária – PARU, que tratava basicamente de dois temas: gestão e produção/disseminação de conhecimentos. A avaliação era realizada mediante levantamentos e análise de dados das instituições, coletados por meio de roteiros e questionários preenchidos por estudantes, professores e administradores.

Desde 1985, uma nova proposta de avaliação da Educação Superior surgiu no MEC, com a criação do Grupo Executivo para a Reforma da Educação Superior – GERES. Nesse momento, a avaliação tinha uma visão regulatória e dava relevo às dimensões individuais, seja dos alunos, seja dos cursos e instituições. Os resultados da avaliação eram utilizados para diferenciar as instituições públicas ou privadas em relação a um critério de qualidade e isto implicava a distribuição de recursos públicos às que mais se destacassem como “centros de excelência”.

No início dos anos 1990 apareceu o Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras – PAIUB. A avaliação, no caso, tinha uma dimensão de alcançar a totalidade, o processo e a missão da instituição na sociedade e, segundo ANDRIOLA (2005, p.123), estava “comprometida com a transformação acadêmica na dimensão formativa, emancipatória”. A idéia era que as universidades aderissem voluntariamente ao processo e o Programa concebia a auto-avaliação como etapa inicial, que posteriormente se estenderia a todas as instituições e se completaria com a avaliação externa. Apesar de ter tido pouco tempo de experiência, o PAIUB, segundo o relatório da CEA (MEC/CEA, 2003), conseguiu dar legitimidade à cultura da avaliação e promover mudanças visíveis na dinâmica universitária. Corroborando essa idéia, Sousa (2002) cita os estudos de Leite e Balarine (1998), onde esses autores mostraram os resultados positivos do PAIUB em termos de impactos e mudanças nas instituições em relação à medidas tomadas por estas para correção de rumos.

Com a edição da Lei Nº 9131 /1995 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei Nº 9394 /1996 – foram surgindo mais mecanismos de

avaliação: o Exame Nacional de Cursos (ENC), realizado por concludentes de cursos de graduação; o Questionário sobre condições socioeconômicas do aluno e sua opiniões sobre as condições de ensino do curso freqüentado; a Análise da Condições de Ensino (ACE); a Avaliação das Condições de Oferta (ACO); e a Avaliação Institucional dos Centros Universitários. Com estes instrumentos, a preocupação maior eram os resultados, a produtividade, a eficácia e controle do desempenho dos alunos, priorizando os cursos, em detrimento de uma avaliação mais global da instituição de Ensino Superior (ANDRIOLA, 2005).

Mais recentemente, desde a publicação do Decreto Nº 3.860, de julho de 2001, do Presidente da República, a avaliação é concebida como controle de resultados e do valor de mercado. O Ministério da Educação e Cultura - MEC estabelece, previamente, uma série de itens que devem ser verificados pelas IES, e esse modelo está corroborado pela comunidade acadêmica. Desse modo, de acordo com o relatório da CEA (MEC/CEA, 2003), vem ocorrendo uma redução do conceito de avaliação, com ênfase na dimensão de supervisão, ou, ainda mais restritamente, de controle, em detrimento da formação e emancipação institucional. Esse processo está sendo organizado e executado pelo próprio Ministério.

Em 2004, pela Lei 10.861 de 14 de abril, institui-se o novo modelo de avaliação da Educação Superior para o Brasil, o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior – SINAES, identificado com a idéia de função das IES. O SINAES tem como objetivo principal dar um valor as IES brasileiras com a finalidade de conferir o mérito do próprio sistema educacional. Seus princípios estão ligados diretamente aos interesses sociais da Educação Superior e deverão ser seguidos pelas IES (ANDRIOLA, 2005). Seu principal propósito é “analisar e estabelecer critérios e estratégias na reformulação das políticas de avaliação da Educação Superior, como também refletir sobre os instrumentos que serão empregados nessa avaliação” (ANDRIOLA, 2005, p.114). O SINAES terá três componentes que englobam os principais aspectos da realidade educacional: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. A primeira dimensão, avaliação institucional se desenvolverá em duas etapas: a auto-avaliação, coordenada pelas comissões próprias de avaliação de cada instituição, e a avaliação externa, que será da responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira-INEP. A avaliação dos cursos de graduação será operacionalizada através de visitas de comissões externas, in loco. A terceira dimensão, que diz

respeito ao desempenho do aluno, será realizada por meio do Exame Nacional de Avaliação do Desempenho Estudantil- ENADE (ANDRIOLA, 2005, p.137). Este exame terá como objetivo aferir o desempenho do estudante em relação a conteúdos programáticos da grade curricular, a habilidades e à competência do estudante.

A proposta do SINAES para a avaliação educacional consoante com Andriola (2005, p.140) “significa uma reflexão e discussão coletiva, revestindo-se desse modo, no ponto de partida para o aprimoramento institucional”.

Relativamente à avaliação da pós-graduação, em 1951, foi criada a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, cujo objetivo era assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos empreendimentos públicos e privados que visam ao desenvolvimento do país. Desde a sua criação, a CAPES foi alvo de várias mudanças na sua estrutura organizacional e, em 1981 foi reconhecida como órgão responsável pela elaboração do Plano Nacional de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, por decreto presidencial. Nessa ocasião, ela também passou a ser Agência Executiva do Ministério da Educação e Cultura, junto ao Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia, cabendo-lhe elaborar, avaliar, acompanhar e coordenar as atividades relativas à pós-graduação. O sistema de avaliação instituído pela CAPES se propõe a um contínuo aperfeiçoamento, constituiu-se em um instrumento para a ação direta da comunidade universitária na busca de um padrão de excelência acadêmica cada vez maior dos programas de pós-graduação (mestrados e doutorados) nacionais. Os resultados das avaliações servem como base para a formulação de políticas para a área de pós-graduação, bem como para o direcionamento das ações de fomento (bolsas, estudos, auxílios), estabelecendo critérios para o reconhecimento pelo Ministério da Educação, dos cursos de mestrado e doutorado novos e em funcionamento, que é feito com atribuições classificatórias em notas.

A avaliação externa dos cursos de Residências Médicas, que também são considerados de pós-graduação, é realizada de forma institucionalizada pelas comissões regionais e estaduais de Residência Médica, como referido no capítulo 2 desta dissertação. O Curso de RMFC da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza foi avaliado por essas comissões, antes do seu início, e aprovado em caráter provisório até a conclusão da primeira turma, em 2008, quando será

novamente avaliado e, caso esteja de acordo com as exigências propostas pelas comissões, receberá uma certificação definitiva de funcionamento por um período de cinco anos, quando será novamente um objeto de reavaliação.

Diante dessas considerações sobre avaliação educacional, vemos o quanto é complexa, pois, apesar das evidências da necessidade de se avaliar, tanto interna (auto-avaliação) como externamente, o sistema educacional na sua totalidade, como uma exigência da democratização, falta ainda se implementar uma “cultura de avaliação” entre dirigentes educacionais, professores e alunos, o que facilitaria todo o processo. Rodrigues (2007, p.81) em tese de doutorado, defende a importância da auto-avaliação reflexiva e participativa nas instituições de Ensino Superior, a qual, segundo a autora, desencadearia uma autocrítica propiciando uma base para a cultura de avaliação interna nas instituições.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo, natureza e local do estudo

Esta pesquisa é inserida na perspectiva da avaliação de programas educacionais, portanto, comprometida com a necessidade de buscar continuamente a melhoria do programa avaliado, no caso, a Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, num esforço permanente de rever metas de aperfeiçoamento. De acordo com os objetivos, a pesquisa é do tipo descritiva e exploratória. Conforme os procedimentos de coleta, configura Estudo de Caso e, segundo a natureza dos dados, utiliza uma abordagem predominantemente qualitativa (GONÇALVES, 2005) considerada, mais adequada para alcançarmos os resultados pretendidos. De acordo com Minayo (1998) “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. Na área da educação esse tipo de pesquisa firmou-se como abordagem promissora de investigação. No que concerne à avaliação educacional, o emprego de abordagens qualitativas têm sua base “na crença de que os programas sociais tendem a desenvolver suas metas à medida que estão em andamento, o que torna difícil conhecer seus benefícios, avaliando-os apenas a partir de procedimentos fixos e de metas inalteráveis”. (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005 p.82).

Na perspectiva de Minayo, Assis e Souza (2005, p. 82), embora possam ser utilizadas várias estratégias metodológicas nesse tipo de pesquisa, todas têm o mesmo objetivo: “compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre a intervenção na qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados”.

Dentre as técnicas de pesquisa qualitativa, a modalidade “Estudo de Caso” foi escolhida pelo fato de o escopo do trabalho se enquadrar nas definições dessa técnica propostas por Yin e Stake. Segundo Yin (2001), o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa para dar respostas a questões do tipo “como” e “por que” uma dada situação está ocorrendo, quais as explicações para tal fato. “É uma estratégia adequada para se examinar acontecimentos contemporâneos, dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o

contexto não estão claramente definidos, e sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle (YIN, 2001, p. 28, 32). O estudo de caso “visa demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la”. (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005, p. 93). É um tipo de pesquisa que privilegia um caso particular, uma unidade significativa, considerada suficiente para análise de um fenômeno. “No geral, o estudo de caso, ao realizar um estudo minucioso de uma experiência, objetiva colaborar na tomada de decisões sobre o problema estudado, indicando as possibilidades para sua modificação” (GONÇALVES, 2005, p.67), o que se adequa claramente aos propósitos desta dissertação.

Stake, citado por André (2005, p.19-20), classifica os estudos de caso em três tipos:

- estudo de caso instrumental, quando o pesquisador que elucidar um caso em particular, por exemplo, ele estuda o cotidiano de uma escola para investigar como se dá o processo de apropriação de uma reforma educacional;
- estudo de caso coletivo quando o pesquisador estuda vários casos para avaliar um programa, por exemplo, de formação de professores;
- estudo de caso intrínseco quando o pesquisador tem um interesse intrínseco num caso particular.

Stenhouse, também citado por André (2005, p.21) reporta-se, ainda, a um estudo de caso avaliativo, em que ele define esse tipo de estudo quando se aprofunda o estudo de um só caso com o propósito de fornecer aos agentes educacionais, ou aos que tomam decisão, informações que os ajudem a julgar o mérito ou o valor de políticas, programas ou instituições.

O objeto do nosso estudo, avaliação do curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade, encontra respaldo nos modelos de estudo de caso do tipo intrínseco de Stake e no modelo avaliativo de Stenhouse, no sentido de que o caso “Residência de Medicina de Família e Comunidade” é uma situação particular e que os resultados servirão para ajudar à Coordenação do curso na tomada de decisões quanto à necessidade ou não de mudanças no processo de sua realização até esse momento.

3.2 Sujeitos do estudo

É 27 o total de médicos alunos/residentes que ingressaram no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em março de 2006, e que atualmente estão cursando o segundo ano do curso. Deste total, 20 alunos/residentes (74%), aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Os depoimentos dos participantes foram identificados pela letra R acompanhada de um número, significando o residente 1, 2, 3 até o residente de número 20. Como vimos, nem todos os alunos/residentes aceitaram participar da pesquisa, apesar dos esforços de esclarecimento sobre a confidencialidade e o sigilo pessoal das informações.

3.3 Métodos e instrumentos utilizados

O instrumento de coleta de dados escolhido foi um questionário (roteiro interrogativo) com 13 questões abertas, o que possibilita os respondentes ficarem livres para usar as próprias palavras, sem se limitarem ao rol de opções (CHAGAS, 2000). Entre as vantagens do uso de questões abertas está o fato de que elas podem dar mais informações, proporcionando comentários, explicações e esclarecimentos significativos para se interpretar e analisar as respostas, melhorando a qualidade das informações. A escolha de se trabalhar com questionários²⁸ no lugar de entrevistas foi no sentido de não constranger os respondentes (alunos/residentes) com a presença da pesquisadora, no caso, professora do quadro docente da instituição formadora, cujo curso está sendo avaliado. O anonimato dos respondentes foi assegurado, garantindo que a informação fornecida fosse tratada confidencialmente. Este fato também foi levado em consideração quando da apresentação dos resultados, juntamente com a preocupação da autora em ater-se, por ocasião da análise dos dados, ao conteúdo das respostas às questões norteadoras, sem utilizar avaliações pessoais prévias. Cumpre-se que se reconheça, entretanto, que, na interpretação dos resultados, não é possível excluir totalmente a percepção da própria pesquisadora, dado o seu envolvimento com a realidade estudada.

²⁸ Instrumento não muito apropriado para pesquisa qualitativa mas que aqui assume o desenho de um roteiro interrogativo. O instrumento encontra-se disponível no Apêndice III desse trabalho de pesquisa.

Nesse sentido, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sob o Processo de número 06504372-3 em abril de 2007.

Para o estudo-piloto, foi selecionada a turma de alunos/residentes de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Eduardo Sabóia, do Município de Sobral, Ceará, que estão também cursando o segundo ano de residência. O estudo-piloto consistiu de um pré-teste do instrumento (roteiro interrogativo) para contornar dúvidas no seu preenchimento, uma vez que a pesquisadora não estará presente por ocasião de seu preenchimento pelo aluno/residente. Entregou-se o questionário aos alunos/residentes, e, com as respostas obtidas, foi possível fazer uma revisão desse instrumento de coleta, adequando melhor as perguntas aos objetivos pretendidos com a pesquisa.

Quando da entrega do questionário aos sujeitos da pesquisa, as perguntas foram lidas em grupo e tiradas as possíveis dúvidas quanto ao seu conteúdo. Os dados, portanto, foram coletados em abril de 2007, após um ano do ingresso dos alunos/residentes nas unidades básicas de Saúde da Família, em Fortaleza, campo de ensino e serviço. Nessa ocasião, os alunos/residentes tinham cumprido, aproximadamente, 50% da carga horária teórica e prática do curso, que tem uma duração de dois anos, o que os torna em condições de refletir sobre aspectos referentes ao curso, e que poderá contribuir para o seu aprimoramento.

As questões contidas no instrumento aplicado foram todas direcionadas para os seguintes itens, que contemplam os objetivos propostos para essa pesquisa de avaliação educacional:

- o processo pedagógico (métodos, técnicas e procedimentos para ensinar)
- os ganhos obtidos em conhecimentos, habilidades e atitudes (competências) para os profissionais atuarem como médicos de família;
- o suporte técnico proporcionado pelos preceptores nas sessões de prática;
- motivações para ingressarem no curso
- as condições de infra-estrutura de ensino;
- auto-avaliação do seu desempenho

3.4 Técnica de análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base na Técnica de Análise de Conteúdo, de Bardin, modalidade temática. Esta técnica consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 1979). Segundo ainda Bardin (1979), este método é um bom e interessante instrumento de indução para investigar as causas (variáveis inferidas) com origem nos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências no texto). Gomes (1998, p. 74) assinala que, “através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses)”. O autor ainda refere que com esse tipo de análise “pode-se caminhar, na direção da descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado”. (GOMES, 1998, p. 74). Esta técnica é utilizada também para o estudo “das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências”.(TRIVIÑOS, 1987, p.17).

Seguindo as orientações metodológicas preconizadas por Bardin (1977), a organização da análise dos dados seguirá suas três etapas básicas:

- pré-análise - consiste num estudo aprofundado do material para a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final;
- descrição analítica - referente à descrição do conteúdo das respostas dos participantes que exemplificam a análise do material coletado, como também as citações literais dos depoimentos escritos dos sujeitos; e
- interpretação referencial - relativa às interpretações das respostas associadas aos conteúdos que emergem nas descrições dos sujeitos, tendo sempre como referência o enfoque teórico revisto na literatura realizada nesse estudo, concomitantemente à descrição analítica.

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A categorização das respostas está condizente com os objetivos traçados no estudo e as categorias foram construídas com base nas questões norteadoras contidas no roteiro interrogativo disponibilizado aos alunos/residentes. Agrupamos as respostas enfatizando o número de vezes em que a mesma idéia se repetia para assim dar mais clareza de tal evento. Ressaltamos, porém, que, em se tratando de uma pesquisa que tem abordagem qualitativa a ênfase dada não é propriamente ao número, mas à repetição da idéia que caracteriza a realidade pesquisada. Com base nesta compreensão elaboramos 12 (doze) categorias que se seguem: 1) adequação das aulas; 2) estruturação das aulas teóricas; 3) contextualização dos conteúdos; 4) interações de professores e/ou preceptores e os alunos/residentes; 5) mudanças de atitudes; 6) os sistemas de informação embasando o planejamento de ações; 7) atividades de Educação em Saúde; 8) lacunas na formação; 9) a utilização de recursos áudio visuais e material institucional; 10) didática de ensino; 11) motivação; 12) auto-avaliação.

Adequação das aulas

Na tentativa de avaliar se as aulas teóricas estavam apropriadas ao desenvolvimento da competência, de serem os alunos/residentes capazes de exercer de forma crítica a função de Médico de Família em equipe multiprofissional, no contexto do SUS, perguntamos a opinião deles sobre tal fato.

A compreensão de 55% dos sujeitos (11) deste estudo é de que o conteúdo das aulas teóricas estava adequado ao desenvolvimento de habilidades clínicas individuais para a atenção aos pacientes (usuários do sistema), sendo deficientes (as aulas) em conteúdos de abordagem familiar e saúde coletiva, conhecimentos fundamentais para um médico de família desenvolver a referida competência acima citada, conforme podemos constatar nas respostas a seguir:

Em termos de conhecimentos nas áreas clínicas básicas foi suficiente, mas há falha em conteúdos que contemplem a abordagem familiar e de saúde coletiva. (R.2).

Aulas deficitárias na abordagem de ações coletivas. (R.6).

O conteúdo das aulas teóricas é muito bom.... mas acho que está faltando a abordagem no contexto familiar e de território. (R.11).

Os outros 9 residentes (45%) que responderam ao questionário avaliam as aulas como adequadas ao que se propõem, conforme mostram as respostas que se seguem:

As aulas teóricas, em sua grande maioria, são úteis e compatíveis ao desenvolvimento adequado da competência do médico de família. (R.7).

A maioria das aulas já vistas melhoraram os nossos conhecimentos necessários à Atenção Básica e à Medicina de Família e Comunidade. (R.19).

Na formação de Médicos de Família, é importante a abordagem de temas que propiciem as condições para que estes profissionais reflitam sobre o seu trabalho na atenção básica dentro dos princípios da estratégia Saúde da Família. Nesse contexto, Zabala (1998) nos diz que uma questão fundamental na prática educativa é avaliar se o que está sendo discutido em sala de aula está condizente com o que se pretende em relação aos objetivos educacionais, e se as atividades didáticas propostas são suficientes e necessárias para alcançar os objetivos propostos.

Os depoimentos dos 11 alunos/residentes (55%) que dizem ser as aulas deficientes de conteúdos na abordagem familiar nos sugerem duas linhas de análise. Podemos pensar que eles (alunos), além de quererem aulas de temas que contemplem as clínicas básicas (Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica), achem necessário também adquirir conhecimentos sobre as ferramentas de abordagem familiar e de saúde coletiva, o que na opinião deles teria sido falho. Outra vertente de análise que justifique as respostas seria pensar que eles estivessem se referindo ao fato de alguns professores ministrarem aulas que contemplam apenas o manejo clínico de doenças sem levar em consideração o contexto mais abrangente da família inserida em uma comunidade, relacionando ações individuais com ações de saúde coletiva, dentro do conceito de clínica ampliada que é “considerar que o objeto de trabalho da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional com doença ou risco de adoecer”. (ANDRADE, 2006, p.817). Esta condição poderia ser explicada pela formação médica de especialista clínico da maioria dos professores. Ciente disso, a Coordenação da

Residência, ao convidar um professor para ministrar aula no curso, já fazia uma discussão com ele sobre as competências do Médico de Família e Comunidade nas clínicas básicas e na saúde coletiva. Supõe-se, no entanto, diante das respostas dos alunos pesquisados, que a formação de especialista centrado mais na doença, que esse profissional traz na sua bagagem de conhecimentos, tem um peso maior quando da abordagem dos problemas de saúde. Em relação aos outros alunos/residentes, que afirmam não haver problemas com os conteúdos das aulas, talvez já tenham uma experiência anterior nessa área e por isso não sintam essa deficiência. Temos, portanto, a clareza de que com a técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa (questionário), não podemos avançar mais na análise das referidas questões.

Estruturação das aulas teóricas

Em busca de captar junto aos alunos se as aulas apresentadas por ciclo de vida (saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso) sem necessariamente ter uma seqüência que esgote um ciclo, estão propiciando uma aprendizagem satisfatória, perguntamos a opinião deles sobre esse modo de apresentação.

A disposição das aulas conforme é proposta no curso, é vista como facilitadora da aprendizagem por 50% dos sujeitos (10 deles), porém a outra metade expressou que as aulas deveriam ser dadas por módulos que esgotassem totalmente um ciclo de vida, e não intercalando aulas sobre os vários ciclos de vida, que, segundo eles, é um fator que dificulta uma percepção mais abrangente dos problemas (a clínica ampliada). As respostas seguintes demonstram esse sentimento:

Acho que deveriam ser dadas em módulos, com uma determinada seqüência, facilitando o entendimento. (R.18);

A divisão das aulas teóricas por ciclos de vida é interessante, mas deveria ser organizada por grandes módulos para dar continuidade aos assuntos...(R.10);

Esta metodologia dificulta um pouco o aprendizado e a cronologia dos assuntos, pois cada dia é sobre um assunto de ciclo de vida diferente. (R.3).

Nesta direção, Andrade (2006) nos fala que o Médico de Família precisa trabalhar com uma nova visão em relação à doença, baseada no conceito de “clínica ampliada” há pouco citado. Uma das tarefas do professor dentro do curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade é, portanto, proporcionar atividades em sala de aula que permitam ao aluno refletir sobre essa mudança de atitude perante o processo saúde-doença nas diferentes etapas de vida das pessoas. É provável, entretanto, que aulas intercalando a abordagem de temas por ciclo de vida, possam deixar uma sensação de fragmentação de problemas e não consigam passar ao aluno uma visão holística da atenção, tão importante para a mudança do paradigma do atendimento centrado na doença, para a atenção no indivíduo, no âmbito familiar. Podemos pressupor também que os conteúdos, quando separados didaticamente, dificultam sua articulação num *continuum*, ou ciclo permanente.

Contextualização dos conteúdos

Avaliar se os conteúdos ministrados no curso estão contextualizados na rotina de trabalho dos alunos/residentes é importante, na medida em que este fato poderá ajudar o aluno a aplicar estes conhecimentos na atenção ao pacientes sob sua responsabilidade, nas unidades de saúde. Nesse sentido, perguntamos aos alunos/residentes se eles acham que as aulas estão contextualizadas consoante com a realidade em que eles atuam. Em resposta a essa questão foi consenso para 90% dos alunos/residentes (18 deles), a idéia de que realmente os temas abordados estão adequados à sua prática diária. Cabe destacar, no entanto, que sete (7) alunos/residentes (35%) expressaram a necessidade da elaboração de protocolos clínicos para a normatização de condutas, o que é positivo, visto que, hoje na Medicina em geral, a utilização de protocolos clínicos, nos atendimentos ambulatoriais como hospitalares, é uma prática muito comum, que facilita a tomada de condutas diante dos pacientes. Destacamos algumas respostas que expressam esses fatos:

A maioria das aulas são bem elaboradas e correspondem a nossa realidade. (R3);

Sim, os conteúdos das aulas tem um cunho bem prático....no entanto seria importante que pudéssemos construir juntos com os professores um protocolo, de forma a sistematizar o fluxograma de atendimento. (R.5).

Sim, mas como sugestão, poderia ser construídos consensos/rotinas dos problemas mais comuns. (R10).

Vasconcellos (2002) nos indica que a disponibilidade de aulas cujo conteúdo seja articulado com a realidade vivida pelo aluno é um fator importante para se obter uma aprendizagem significativa. O autor ainda nos fala que, para se conseguir uma educação significativa, "... a educação, o conteúdo, devem estar ligados à realidade do educando". (VASCONCELLOS, 2002, p.68).

Sem desvalorizar a importância dos conteúdos para uma boa formação, 25% dos sujeitos (5 deles) relatam que a dificuldade de acesso dos pacientes a exames laboratoriais e medicamentos na atenção básica contribui negativamente no trabalho deles, dificultando a aplicação dos conhecimentos adquiridos no curso. As descrições a seguir demonstram essa insatisfação:

...A falta de alguns elementos nos impedem de fazer um melhor trabalho....falta de exames básicos e demora nos resultados... (R.8).

..Pois existem tratamentos para determinadas doenças não disponíveis na rede. (R.3).

Por meio destes relatos, podemos demonstrar que a formação dos alunos está possibilitando que eles reflitam sobre outros elementos que influenciam no processo de trabalho. Nesse sentido, Rodrigues e Araújo (2007) nos dizem que, no processo de trabalho em saúde, há uma divisão que compreende três dimensões: a formativa (a busca pela qualificação), a da gestão e gerência dos serviços e a de produção de serviços. Nessa última dimensão, da produção de serviços, viabilizam-se as ações de promoção, prevenção e cura sobre as demandas de saúde da população. Para que essa prática suceda, é importante, no entanto, a boa relação interpessoal dos usuários com os profissionais, possibilitando a criação de vínculos entre eles, o trabalho em equipe, e até elementos estruturais dos serviços (equipamentos, insumos, estrutura física da unidade), fundamentais ao exercício profissional na Medicina, podendo interferir positiva ou negativamente nas ações terapêuticas. A estrutura como um todo dos serviços de saúde, campo de ensino e trabalho dos

alunos/residentes, deve estar adequada para possibilitar a aprendizagem e/ou o exercício de uma prática com um mínimo de qualidade para um atendimento à comunidade. Não se cogita em uma estrutura ideal, mas a real, dentro de um parâmetro que possibilite um atendimento com ética, segurança e humanização.

Interações de professores e/ou preceptores e os alunos/residentes

A fim de se avaliar como ocorre a interação dos professores na sala de aula e os preceptores nas sessões de prática na unidade de saúde, com os alunos/residentes, perguntamos como eles estão percebendo essa interação.

Os sujeitos pesquisados relataram ser as interações na sala de aula (professor/aluno-residente) satisfatórias. Dentre os sujeitos, 25%, (5 deles), entretanto, polarizaram as opiniões no fato de que ter uma aula mais expositiva não favorecia a interação, enquanto uma aula baseada em situações-problemas facilitava essa interação, conforme podemos constatar nas descrições a seguir:

Existem aulas em que não existe interação, pois somos meros expectadores. (R.2).

Alguns professores tem metodologias que facilitam a interação com os alunos...as vezes abordam assuntos muitos extensos e por isso dificulta a interação. (R.6).

A interação seria melhor se acontecesse aulas mais práticas...versassem sobre experiências profissionais... (R.4).

Segundo Zabala (1998, p.89), “a chave de todo ensino são as relações que se estabelecem entre os professores, os alunos e os conteúdos de aprendizagem”. O curso de Residência de Medicina de Família de Fortaleza, objeto de nossa análise, não foge a esse “mister” e adota uma concepção construtivista de aprendizagem, na qual “ensinar envolve estabelecer uma série de relações que devem conduzir à elaboração, por parte do aprendiz, de representações pessoais sobre o conteúdo objeto de aprendizagem”. (ZABALA, 1998, p.90). Nessa lógica, a compreensão do autor leva ao entendimento de que a aula deve ser organizada de maneira que favoreça a interações em diferentes níveis (em relação ao grupo-classe ou aos grupos de alunos, interações individuais ou outras), dependendo da atividade proposta pelo professor num dado momento da aula.

No que diz respeito a interação dos alunos/residentes com o preceptor de prática nas unidades de saúde, foi consenso o fato de ser muito bom o relacionamento entre eles, e somente cinco alunos se queixaram da falta de habilidades pedagógicas de alguns preceptores, conforme demonstram as respostas a seguir:

O problema é que alguns preceptores não tem habilidade pedagógica adequada. (R.18).

...Falta realmente por parte de alguns preceptores a abordagem ampla e ter a visão do território de seu residente e não apenas daquele paciente. (R.20).

...Só que alguns preceptores de prática não têm um desempenho pedagógico muito bom, ou às vezes têm uma carga grande de trabalho e não tem muito tempo para ensinar. (R.18).

Vários são os elementos que interferem na prática do professor e estes são de ordem tanto objetiva - como, salário, instalações, equipamentos, recursos didáticos etc, - como subjetiva, formação, valores, opção ideológica, compromisso e concepção do processo de conhecimento (VASCONCELLOS, 2002). No curso sob análise, é possível que, dentre esses elementos citados por Vasconcellos, a falta de formação pedagógica e a concepção do processo de conhecimento voltado para a prática especialista, sejam responsáveis pela pouca habilidade na interação dos preceptores com os alunos/residentes nos momentos de prática nas unidades de saúde, conforme referido por alguns alunos/residentes. A Coordenação da Residência, prevendo que este problema poderia acontecer, viabilizou um Curso de Formação Pedagógica para os profissionais que exercem a função de preceptores, conforme discutido no capítulo 2.2.1 dessa dissertação, pois a maioria deles não havia exercido atividade de docência anteriormente.

As sessões de prática na unidade de saúde são momentos privilegiados de aprendizagem em um curso de Residência Médica, e o preceptor é um profissional que desenvolverá um trabalho de natureza pedagógica nesse curso. Ele acompanha os alunos/residentes no desenvolvimento de competências. Ele tem a função de ajudar o aluno/residente a alcançar seus objetivos. O seu papel é, portanto, ser um facilitador da aprendizagem.

Mudanças de atitudes

Para melhor compreender se os alunos/residentes perceberam mudanças de atitude na sua relação com a comunidade, a partir dos conhecimentos adquiridos no curso, perguntamos como eles vêem esse processo.

Na visão de 75% dos alunos/residentes, (15 deles), os conhecimentos teóricos e práticos até aqui abordados conseguiram fazer com que eles refletissem sobre a importância do contexto familiar na atenção às doenças, fortalecendo vínculos com a comunidade, como também 90% (18 deles) reconheceu o quanto estão atendendo à população, com maior segurança, após ter adquirido novos conhecimentos e habilidades. Escolhemos alguns relatos que expressam esses sentimentos:

Os conhecimentos adquiridos na residência ampliaram a minha visão da abordagem família. (R.19).

Fortaleceu mais o vínculo, compromisso com a comunidade. (R.17).

Houve uma grande mudança...agora já me sinto mais seguro devido aos conhecimentos teóricos adquiridos. (R.7).

Para que o conhecimento seja realmente um indutor de transformação, precisa ser “pertinente”, no sentido conferido ao termo por Edgar Morin, qual seja: deve ser contextualizado, para que adquira sentido; global, não fragmentado, as partes existem como tal, mas não podem ser apresentadas separadas do todo; deve reconhecer o caráter multidimensional do ser humano e enfrentar a complexidade, que, segundo ele, é “a união entre a unidade e a multiplicidade” (MORIN, 2006, p. 38). Os relatos dos alunos/residentes nos indicam que eles percebem o conhecimento como realmente indutor de transformação.

Nesse sentido, é bastante positiva a avaliação que fazem os alunos/residentes no sentido de que o curso está proporcionando a construção de novos conhecimentos, como também a criação de vínculos com a comunidade, pois a Medicina de Família tem papel relevante no reconhecimento do que representa a família e qual a sua influência no estado de saúde dos seus componentes. O médico de família, por meio de um contato mais próximo com a população, percebe melhor as necessidades e demandas desta população e, portanto, pode oferecer um

atendimento mais próximo da realidade de cada indivíduo. É esse um dos principais objetivos da RMFC.

Os sistemas de informação embasando o planejamento de ações

Em busca de se avaliar o quanto os alunos/residentes estão montando seus planos de intervenção na comunidade, a partir dos conhecimentos adquiridos no curso sobre os sistemas de informação, perguntamos se eles estão utilizando esse conhecimento para o planejamento das ações. Analisando suas respostas, identificamos o fato de que 75% dos alunos/residentes (15) não considera que foi satisfatório esse aprendizado, por falta de aprofundamento no tema informação em saúde. Algumas respostas atestam essas considerações:

Não, infelizmente não houve aprofundamento de como usar o SIAB (sistema de informação da atenção básica) como também de como planejar ações prioritárias. (R.7).

Não, porque não tive aula sobre sistemas de informação. (R.15).

Não pudemos evoluir muito nesse sentido. (R.3).

Tal constatação pode dificultar o entendimento, por parte dos alunos/residentes, de que eles, na qualidade de médicos de família, são responsáveis pela vigilância epidemiológica dos territórios sobre sua responsabilidade. Como se sabe, a informação em saúde é o elemento-chave para o planejamento de ações individuais e coletivas na comunidade. É a representação de uma realidade. Na atenção básica, campo privilegiado de atuação do Médico de Família, conhecer o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é uma prioridade para a formação desses médicos, pois este sistema é potencialmente uma fonte de dados para a realização do diagnóstico de saúde de uma área e para o acompanhamento das atividades das equipes de Saúde da Família, norteador do planejamento e avaliação de ações de saúde propostas para aquela realidade (BRASIL, 2006).

Como parte ainda das considerações feitas pelos alunos/residentes sobre essa questão, surgiu outro tema de análise: a dificuldade de viabilizar o acesso às informações do SIAB pela ausência dos agentes comunitários de saúde - ACS na

área de abrangência da unidade, responsáveis diretos pela coleta desses dados, conforme expressam as respostas:

... Pois como não há o cadastramento da população da área de abrangência da unidade de saúde por deficiência de ACS, também não há esta informação (dados do SIAB) disponível (R.13).

...É uma dificuldade que temos em relação ao acesso a essas informações (dados de mortalidade)...sabemos que uma pessoa morreu meses depois do acontecido... (falta do ACS) (R.2).

Na prática temos tido algumas dificuldades de aplicabilidade de tais práticas (uso das informações), sobretudo pelo fato de haver importante carência da figura do ACS. (R.5).

Neste sentido, reforçamos a importância da tomada de consciência, pelos alunos/residentes, da participação dos outros profissionais (no caso os ACS) que compõem a equipe de saúde da família, no atendimento à população usuária do sistema na concretização de um trabalho interdisciplinar. Como sabemos, a equipe nuclear de Saúde da Família é composta pelo médico, enfermeiro, odontólogo e o agente comunitário de saúde. Este último é o elo entre a comunidade e o sistema de saúde, e tem uma função importante dentro desse sistema, como identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e encaminhar/comunicar à equipe de Saúde da Família os casos e situações identificadas na comunidade onde eles atuam. O Médico de Família necessita do apoio importante desse profissional para o planejamento das ações na comunidade, como também dos outros membros da equipe, cada qual contribuindo, dentro da sua competência, para o objetivo final que é a saúde da população.

Atividades de Educação em Saúde

Da necessidade de se avaliar o quanto os ensinamentos sobre o tema Educação em Saúde se concretizou em atividades promotoras de saúde na comunidade assistida pelos alunos/residentes, perguntamos se eles achavam que os ensinamentos sobre esse tema tinham sido suficientes para tal. Os relatos de 13 deles (65%) mostram que até esse momento o aprendizado sobre ações de

Educação em Saúde está sendo satisfatório, principalmente nas sessões de prática com os preceptores, conforme é observado nas descrições a seguir:

Os conhecimentos de educação em saúde tem sido importantes na aplicação de tal abordagem junto à comunidade. (R.12).

Sim, a preceptoría em medicina de família e comunidade vem fornecendo subsídios para exercer a função de Educador em Saúde e multiplicador de conhecimentos junto a comunidade. (R.20).

...o que aprendi até hoje me torna hábil a desenvolver atividades em educação em saúde. (R.5).

Percebemos, entretanto, que os outros 35% (7 deles) não se acha capaz de exercer a atividade de Educação em Saúde com base no que já foi abordado no curso, como podemos verificar pelas descrições a seguir:

Acho que deveria ser melhor explanado, inclusive com os vários tipos de técnicas existentes... (R.18).

Não, muitos temas em educação em saúde não foram dados nas aulas e também uma abordagem prática do assunto não foi ministrada. (R.16).

A visão de Educação em Saúde que o curso tentou proporcionar aos seus alunos/residentes está de acordo com o pensamento de Smeke e Oliveira (2001, p.134), quando estes falam da concepção e dos objetivos das práticas de Educação em Saúde nos dias atuais, ancorados em quatro pontos:

- na dialogicidade do processo ensino-aprendizagem, o educador como mediador da relação entre sujeitos e o conhecimento, e a relação entre educador e educando como processos intersubjetivos evidenciados na construção de conhecimentos que se estabelecem no cotidiano das instituições de saúde;
- a percepção do processo de produção da saúde/doença/intervenção, entendida agora no contexto sócio-histórico e também de auto-reconhecimento e da potencialização das capacidades individuais e grupais;

- uma ampliação da atuação da Educação em Saúde para todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde; e
- a construção da autonomia dos sujeitos, considerados em suas possibilidades e limites. (SMEKE e OLIVEIRA, 2001, p.134).

A prática da atividade de Educação em Saúde deve fazer parte da rotina diária de um Médico de Família, pois este é responsável tanto por ações de cura e reabilitação como também de promoção da saúde. Podemos pressupor que esse tema não tenha sido abordado com a devida ênfase no curso de formação de preceptores nem nas discussões com os professores, o que explicaria a deficiência sentida por alguns alunos/residentes, em relação a Educação em Saúde, apesar de alguns preceptores já trabalharem melhor com essa questão, acredita-se, por experiências prévias na área.

Lacunas na formação

Perguntamos aos alunos/residentes o que eles achavam que ainda precisava ser abordado no curso ou o que ficou deficiente nos conteúdos.

Analisando as respostas deles, podemos constatar que cada um identifica no curso uma deficiência específica em uma área de conhecimento e também em outros fatores que interferem no aprendizado, não havendo indicações comuns de problemas apresentados. Em relação às lacunas individuais, os relatos parecem demonstrar que estas decorrem de deficiência pessoal da própria formação acadêmica desses alunos/residentes, enquanto as lacunas mais gerais identificadas por eles podem ser vinculadas ao curso, como proposta de formação de Médicos de Família. Dentre os aspectos do curso que mais apareceram como lacunas na formação, na opinião dos alunos, foram: necessidade de mais conhecimentos clínicos especializados (25% deles), más condições de infra-estrutura das unidades de saúde (25% deles), o ensino de técnicas de abordagem de grupos (20% deles), mais discussão de temas como gestão e planejamento em saúde (15% deles), como trabalhar Educação em Saúde (10% deles) e propõem (15% deles) que deveriam ter mais turnos de prática com o preceptor especialista em Medicina de Família. Os relatos a seguir atestam estes fatos:

Oficinas e aulas teórico-práticas sobre ECG (eletrocardiograma), reumatologia, dermatologia... (R.7).

Acho que os conhecimentos básicos de áreas especializadas eram para ser colocados em aulas teóricas (reumatologia, urologia, etc). (R.19).

A dificuldade de formar grupos terapêuticos em minha unidade...(R.9).

...O fato das más condições de trabalho com salas sem ventiladores, sistema (de informática) muito lento e que não privilegia o paciente no contexto familiar... gerando desconforto, diminuindo o aprendizado. (R.6).

...a deficiência de ACS e de carros também impedem que se realize um trabalho adequado, proposto pela RMFC. (R.11).

Para Gil (2005), é muito importante, quando se elabora um plano de ensino, definir bem os conteúdos, e que um dos critérios para selecioná-los é vinculá-los aos objetivos do curso. No caso da Residência de Medicina de Família e Comunidade de Fortaleza, objeto de nosso estudo, todos os temas abordados em sala de aula ou nas sessões de prática nas unidades de saúde deveriam estar de acordo com as competências (objetivos educacionais) requeridas a um Médico de Família e Comunidade, uma vez que estas estão inseridas no planejamento curricular do curso. Em relação às lacunas de conhecimentos de clínica especializada relatadas pelos alunos/residentes, se justificaria nesse momento essa situação, pelo fato de ainda não ter sido concluído todo o conteúdo teórico do curso. Já as deficiências sentidas em relação à formação de grupos operativos, planejamento de ações e atividades de Educação em Saúde, por se tratarem de temas importantes dentro do trabalho do Médico de Família na unidade básica de saúde, não deveriam existir. Quanto às deficiências estruturais das unidades, acreditamos que a coordenação do curso não tem gerência direta sobre o assunto, apesar de entender o quanto estas podem influenciar no aprendizado, pois as unidades de saúde são o principal campo de ensino da Residência.

É importante enfatizar que, nas respostas dos alunos/residentes, há uma preocupação salutar deles em adquirir, por meio desse curso, todos os conhecimentos necessários à competência de exercer com qualidade a Medicina de Família, o que parece sugerir que estão fazendo uma auto-reflexão sobre onde

estão conseguindo chegar até esse momento, em termos de competências adquiridas. Esta é uma reflexão necessária e importante, não só para o curso, mas, sobretudo, para o próprio aluno/residente, que ao avaliar os ganhos em termos de aprendizagem se reconduz inserido nesse mesmo processo.

A utilização de recursos audiovisuais e material instrucional

A fim de melhor entender qual a parcela de contribuição do uso de recursos audiovisuais e do material instrucional do curso no aproveitamento dos alunos, perguntamos a eles, o que achavam da disponibilidade dessas ferramentas pedagógicas no curso.

A opinião de 90% dos alunos/residentes (18 deles) sobre a questão é de que a utilização de recursos audiovisuais por parte do professor é importante, no entanto, eles queixam-se que não é disponibilizado para os alunos o material exposto ou às vezes nem a bibliografia dos temas abordados, o que facilitaria o direcionamento dos estudos *a posteriore*, na visão deles, conforme relatos:

Os recursos audiovisuais são bons...o maior problema visto até hoje foi o fato das aulas não serem disponibilizadas para todos os residentes... (R.3).

Não há disponibilidade do material ministrado através da coordenação da residência. (R.16).

Reforço aqui a ausência de notas de aula para a distribuição com os residentes. (R.8).

Os recursos audiovisuais são hoje importantes ferramentas pedagógicas de que os professores dispõem para facilitar a comunicação docente. É importante, entretanto, que o professor “utilize um esquema pedagógico que permita selecionar e utilizar os meios multissensoriais mais adequados para cada etapa do processo de ensino”. (BORDENAVE e PEREIRA, 2004, p.204). Segundo os autores, os professores não têm um esquema pedagógico que lhes forneça critérios válidos para escolher os meios e usá-los bem. Pressupõe-se que falte organização no curso em relação à disponibilidade do material instrucional.

Didática²⁹ de ensino

Avaliar como os alunos/residentes estão percebendo os métodos e as técnicas que os professores estão utilizando durante as aulas teóricas em sala de aula foi outro tema focalizado neste estudo e muito articulado à categoria analisada anteriormente.

Da análise das respostas dos alunos/residentes, podemos perceber que uma boa parte (13) avalia como bom o desempenho didático dos professores, porém seis deles fazem uma crítica no sentido de que as aulas deveriam ser mais “práticas”, simulando situações reais, do que somente exposição de conteúdos teóricos, conforme podemos inferir de alguns relatos:

Cerca de 70% dos professores tem um bom desempenho pedagógico só faltando mais exercícios simulando situações reais sobre o tema abordado. (R.11).

As aulas poderiam ter a parte teórica e depois uma parte prática com discussões de casos ou questões. (R.18).

Cada professor usa a metodologia que considera apropriada, mas costumam ser satisfatórias, sendo proveitosas, sobretudo quando temas mais condizentes com a realidade da estratégia Saúde da Família são abordados. (R.2).

Alguns professores utilizam nas aulas casos clínicos que são bem mais interessantes para o aprendizado. (R.6).

De acordo com Bordenave e Pereira (2004, p.123-6), o professor deve selecionar atividades de ensino-aprendizagem (métodos, procedimentos ou técnicas de ensino), tendo como guia os seguintes pressupostos:

- os objetivos educacionais determinam os tipos de atividades;
- a estrutura do assunto ensinado determina o tipo de atividade;

²⁹ O termo “Didática” como empregado nesse estudo foge da compreensão do processo didático como totalidade abrangente, na visão de Libâneo (2006), que implica vincular conteúdos, ensino e aprendizagem a objetivos sócio-políticos e pedagógicos e analisar o conjunto de condições concretas que abrangem cada situação didática. Ao avaliarmos a didática de ensino nos referimos aos métodos e técnicas utilizadas pelo professor na sala de aula.

- as características próprias das atividades de ensino determinam sua escolha;
- a etapa no processo de ensino determina o tipo de atividades mais indicado;
- o tempo e as atividades físicas disponíveis influem sobre a escolha de atividades de ensino. (BORDENAVE E PEREIRA, 2004, p.123-6)

Os autores concluem que não há “receitas didáticas”, pois as situações de ensino-aprendizagem são múltiplas e vão depender também da personalidade do professor e das características dos alunos.

Segundo a proposta metodológica de ensino-aprendizagem do curso de RMFC, a problematização, as atividades teóricas e práticas deveriam ser planejadas de maneira que situações da realidade vivida pelos alunos fossem utilizadas como cenário de aprendizagem, contemplando os objetivos educacionais, conforme sugerem Bordenave e Pereira, quando falam dos pressupostos para o professor selecionar as atividades de ensino-aprendizagem.

Na tentativa de justificar as colocações dos alunos/residentes em relação a metodologia de ensino proposta pelos professores, supomos que boa parte deles (os professores) é de médicos de formação especialista e que, por não atuarem na atenção básica, talvez tenham dificuldade de expor os assuntos de maneira mais relacionada com os limites de atuação do Médico de Família.

Motivação

Na tentativa de entender que fatores influenciaram os alunos/residentes a escolher a Medicina de Família como especialidade de atuação médica, perguntamos a eles o que mais os motivou para trabalhar nessa área.

Dos registros dos alunos/residentes a necessidade de aperfeiçoamento técnico foi o que mais os motivou a ingressar na Residência, 75% deles (15). Os relatos a seguir atestam esta colocação:

O primeiro fator foi melhorar minha capacitação para ser MFC (médico de Família e Comunidade) acreditando que só um programa acadêmico dentro do sistema de saúde poderia melhorar a atenção à saúde proporcionada a população. (R.5).

...Achei que a RMFC seria o momento e espaço ideal para juntar a prática e a teoria. (R.16).

Necessidade de capacitação nesta área de atuação, uma vez que já atuo no PSF (Programa Saúde da Família) desde o início de minha carreira... (R.8).

Entendemos que a motivação é uma condição importante para a aprendizagem. Das teorias que tentam explicar o comportamento, a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura³⁰, vê a motivação “como o produto da expectativa de um indivíduo de atingir um determinado objetivo e o valor do mesmo para ele”. (WOOLFOLK, 2000).

Cabe ressaltar que alguns destes alunos/residentes que relataram a necessidade de se aperfeiçoamento, atrelaram a isso o fato de terem passado no concurso público promovido pela Secretaria de Saúde de Fortaleza para ocupar o cargo de Médico do Programa Saúde da Família, conforme podemos constatar das descrições a seguir:

O fato de haver passado no concurso para médico de família e de nunca ter atuado como tal... (R.16).

O fato de ter sido aprovado no concurso do PSF-Fortaleza, me fez buscar capacitação. (R.20).

Esses relatos demonstram um senso de responsabilidade bastante pertinente para com a saúde da população, na medida em que eles (os alunos) admitem suas limitações para lidar com pacientes/usuários no contexto da Medicina Familiar, e buscam superar tal dificuldade com uma pós-graduação, a Residência Médica, já que terão que ocupar o cargo de médico do Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Fortaleza e não receberam formação acadêmica para atuar nessa realidade dos serviços de atenção básica de saúde.

³⁰ A Teoria da Aprendizagem Social tem como um dos princípios básicos, o fato de que fatores intrínsecos ao sujeito, fatores do meio ambiente e o comportamento do sujeito interagem uns com os outros, influenciando-se.

Auto-avaliação

Esta última categoria de análise surgiu da necessidade de se avaliar como os alunos/residente estão refletindo sobre a aquisição das competências requeridas para ser Médico de Família. Para tanto, foi perguntado se eles achavam que a formação oferecida pelo curso até aquele momento estava condizente com o desenvolvimento dessas competências.

Allal (2004) trabalhando o tema competência em educação e sua relação com a avaliação educacional, nos diz que o aluno deve se envolver ativamente no processo de avaliação e isto pode ocorrer por meio de três modalidades:

- a auto-avaliação em sentido estrito: o aprendiz avalia sua própria produção e/ou os procedimentos de sua realização, utilizando eventualmente um referencial externo;
- a avaliação mútua: quando dois ou mais aprendizes avaliam suas produções e/ou seus procedimentos;
- a co-avaliação: o aprendiz confronta sua auto-avaliação com a avaliação realizada pelo formador. (Allal, 2004, p.90).

A autora refere que o aluno pode refletir sobre sua atuação diante de uma situação de aprendizagem imposta a ele em cada uma dessas modalidades, o que poderá contribuir na estruturação de suas condutas. No curso de RMFC, objeto de nossa análise, já faz parte do planejamento da própria residência solicitar que o aluno se avalie e o resultado é confrontado com a avaliação do preceptor nas sessões de prática, contribuindo assim com um acompanhamento e adequação para à aquisição das competências pelos alunos/residentes. Este processo é realizado pontualmente a cada três meses.

Na nossa pesquisa, na opinião de 15 alunos/residentes (75%), o curso proporciona as condições para que eles adquiram novos conhecimentos necessários ao exercício da Medicina de Família, apesar de que 25% deles (05) apontarem falhas na organização da condução do curso como um todo, interferindo negativamente no aproveitamento deles. Os relatos a seguir expressam estas opiniões:

...Tive um ganho profissional muito grande, como também pessoal. Hoje consigo ver a comunidade e as pessoas desta, em uma dimensão maior. (R.19).

Sim, a aprendizagem principal foi na prática do dia a dia. (R.7).

Sim, acho que foi extremamente enriquecedora esta interação durante esse ano entre as mais diversas especialidades e os diversos níveis de atenção. (R.3).

Quanto à formação...acho que por ser a primeira turma, houveram muitas falhas, muitas mudanças de programa, o que dificultou um pouco o aprendizado....mas no geral acho que há mais pontos positivos do que negativo. (R.13).

Outros 05 alunos/residentes (25%) já falam de um aproveitamento parcial do curso em virtude das condições estruturais das unidades de saúde que interferem na aprendizagem. Os relatos a seguir são bastante significativos nesse ponto:

Mais ou menos. Já cresci em relação ao dia que iniciei o curso mas acho que se os itens deficientes relatados acima (estrutura física da unidade, deficiência de ACS, etc) estivessem acontecendo de forma adequada, eu estaria bem mais capacitada. (R.6).

Sim, mais infelizmente ainda não é possível uma prática ideal de todos os conhecimentos adquiridos, por falta das condições necessárias para tal. (R.14).

Oferecer condições adequadas de ensino é importante fator, dentre outros, que pode influenciar na qualidade educacional, conforme demonstraram Albernaz, et al, (2003) e Andriola (2003). Este último autor, em um estudo realizado na Faculdade de Educação – FACED, da Universidade Federal do Ceará, com os alunos do curso de Pedagogia, constatou que 97% dos entrevistados (n= 120) citaram como inadequadas as instalações da FACED. Segundo Andriola, esses aspectos, dentre outros, influenciam direta ou indiretamente na qualidade educacional, o que foi referido também na auto-avaliação dos alunos/residentes do curso em análise, como fator negativo para o processo de ensino-aprendizagem.

Tal fato nos leva a uma reflexão: não podemos criar um ambiente ideal para realizar um curso de especialização em serviço, como a RMFC, uma vez que a própria realidade das unidades de Saúde da Família de Fortaleza são bem diferentes e os alunos/residentes estão distribuídos em várias delas. A Coordenação do curso tem consciência das deficiências da rede básica de Fortaleza e várias providências estão sendo tomadas para minimizar este problema, porém acreditamos que o contato do profissional com essa realidade poderá contribuir para seu amadurecimento em termos de propostas de superação das dificuldades, pois, ao final do curso, ele trabalhará com essa mesma realidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, como modalidade de qualificação médica na área, está sendo uma experiência inovadora no País, principalmente pela dimensão de pessoas envolvidas nesse processo, como também da grande infra-estrutura organizada para dar conta dessa formação. Dentre os alunos envolvidos, são 50 residentes de primeiro ano e 27 de segundo ano, distribuídos em 24 centros de Saúde da Família espalhados nas seis regionais de saúde de Fortaleza. Os preceptores, dentre médicos de família, pediatras, clínicos gerais, ginecologistas, psiquiatras, contabilizam 82 profissionais. O curso conta ainda com o apoio de professores das Universidades Federal e Estadual do Ceará e das Faculdades de Medicina de instituições privadas (UNIFOR e Faculdade Christus). Os alunos/residentes também têm, como campo de estágio prático, oito hospitais secundários, os CAPs (Centro de Atenção Psicossocial) de Fortaleza e dez ambulatórios especializados. Para coordenar toda essa capacitação, a Secretaria de Saúde de Fortaleza montou uma equipe de oito coordenadores e dois secretários. Os recursos financeiros para viabilizar essa estrutura são provenientes do Ministério da Saúde em parceria com a Prefeitura de Fortaleza.

Diante da constatação dessa grande estrutura, que envolve recursos humanos, materiais e financeiros, a necessidade de avaliar a formação que o curso está proporcionado aos alunos é uma responsabilidade que deve ser assumida por todos - coordenadores, professores, preceptores e alunos/residentes. Nosso estudo avaliativo se configura como parte integrante do processo de aprendizagem. A opinião do aluno em relação ao seu processo formativo, após um ano de curso foi a

dimensão avaliativa estudada nesta dissertação. Os resultados das análises aqui discutidas subsidiarão a Coordenação do curso para tomada de decisão sobre que aspectos do curso precisam melhorar, o que deve ser acrescentado, o que pode ser retirado etc, como também, para uma reflexão sobre se os alunos/residentes estão conseguindo adquirir as competências (objetivos educacionais) propostas pelo programa do curso.

As principais constatações que conseguimos inferir das respostas dos sujeitos participantes desse estudo avaliativo podem ser sintetizadas nas seguintes conclusões:

Com relação às aulas teóricas

- estão adequadas ao desenvolvimento de habilidades clínicas individuais e deficientes na abordagem familiar (55% das opiniões);
- deveriam ser organizadas por módulos que esgotassem um ciclo de vida, sem intercalar problemas de saúde da mulher, criança etc. (50% das opiniões);
- estão contextualizadas dentro da realidade de trabalho dos alunos (90% das opiniões);
- falta a construção de protocolos clínicos (35% das opiniões);
- necessitam ser baseadas em situações-problemas, facilitando a interação professor/aluno (25% das opiniões)
- precisam ser problematizadoras, simulando situações reais (30% das opiniões);

Com relação aos professores e/ou preceptores, os alunos/residentes e o curso

- as interações professor/aluno e preceptor/aluno estão satisfatórias (75% das opiniões);

- há deficiências pedagógicas de alguns preceptores de prática (25% das opiniões);
- o curso está propiciando a criação de vínculo do aluno/residente com a comunidade (75% das opiniões);
- o curso está propiciando aos alunos/residentes o atendimento à população com maior segurança com base nos conhecimentos adquiridos (90% das opiniões);
- o curso está possibilitando uma reflexão positiva sobre a importância do trabalho em equipe (50% das opiniões);

Com relação ao aprendizado e a formação

- a abordagem do tema Educação em Saúde está sendo satisfatória (65% das opiniões);
- houve deficiência em conhecimentos sobre os sistemas de informação da atenção básica (75% das opiniões);
- as lacunas na formação percebidas pelos alunos/residentes variaram em termos de:
 - conhecimentos clínicos especializados (25% das opiniões);
 - ensino de técnicas de formação de grupos (20% das opiniões);
 - como trabalhar com Educação em Saúde (10% das opiniões);
 - discussão de temas sobre gestão e planejamento em saúde (15% das opiniões);
 - mais turnos de preceptoria com o especialista Médico de Família (15% das opiniões).

Com relação à estrutura didática de apoio

- não há a disponibilização de material instrucional aos alunos (90% das opiniões);
- os alunos reconhecem a importância dos recursos audiovisuais utilizados pelo professor (90% das opiniões);
- a didática utilizada pelos professores é boa (65% das opiniões);

Com relação a motivação

- a principal motivação para entrar no curso foi a necessidade de qualificação (75% das opiniões);

Com relação à auto-avaliação dos alunos/residentes

O curso proporciona as condições para que os alunos/residentes adquiram os conhecimentos necessários à Medicina de Família na opinião de 75% dos pesquisados, enquanto os 25% restantes falam de um aproveitamento parcial em consequência das condições deficitárias das estruturas das unidades de saúde de Fortaleza.

À luz dos dados, é inegável a contribuição que o curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza está proporcionando à formação desses profissionais contribuindo, pois, com o processo de qualificação tão necessário aos profissionais que atuam na estratégia Saúde da Família, no contexto do SUS, cujo objetivo final é proporcionar um atendimento de qualidade à população. Pelos relatos dos alunos/residentes, sujeitos do estudo, o curso está realmente fazendo uma diferença no que tange à aquisição de novos conhecimentos, ainda que sejam necessários alguns ajustes e/ou adequações tanto no conteúdo do Programa, na capacitação dos preceptores, como também nas condições de aprendizagem nas unidades de saúde.

Entendemos que esse processo de avaliação deve ser contínuo e seus resultados, somados e confrontados com os resultados das outras dimensões avaliativas com o intuito de colher subsídios para o aprimoramento do curso. Outros

estudos nessa área precisam ser desenvolvidos e/ou aprofundados para subsidiar processos de qualificação como este.

Como sugestão, propomos a apresentação e discussão desses resultados no Fórum da Residência que se realiza semestralmente na Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com a participação de todos os envolvidos - alunos/residentes, professores, preceptores, coordenadores e gestores da atenção básica da Secretaria de Saúde de Fortaleza, para que se concretize o processo de avaliação na tomada de decisões, na busca constante da melhoria do ensino-aprendizagem do curso aqui pesquisado.

REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, A.; FERREIR, F. H. G.; FRANCO, C. Qualidade e eqüidade no ensino fundamental brasileiro. **Pesquisa e Planejamento**. Rio de Janeiro: V.32, n.3, p. 453-76, dez. 2003.

ALLAL, L. **Aquisição e avaliação das competências em situação escolar**. In: OLLAGNIER, E.; DOLZ, J. O enigma da competência em educação. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 79 -96.

ANDRADE, L. O. M. et al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – Sobral (CE): uma resposta municipal para a educação permanente no SUS. Divulgação em **“Saúde para debate: saberes e práticas da gestão municipal – série Conasems”**, n.30. Rio de Janeiro: Cebes, mar. 2004.

ANDRADE, L., O., M; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C., **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo: Hucitec, 2006. p. 786-7.

ANDRÉ, Marli E. D. A de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro, 2005.

ANDRIOLA, W.B. **Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES): avaliação emancipatória ou regulatória?** In:___Avaliação: múltiplos olhares em torno da educação. Fortaleza: Editora UFC, 2003, p. 109 a 133.

ANDRIOLA, W.B. **Opinião dos alunos de pedagogia sobre a qualidade educacional da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará**. In: ANDRIOLA, W.B.; MC DONALD, B. C. (Org). Avaliação Fiat Lux em Educação. Fortaleza: Editora UFC, 2003, p. 15 a 27.

ANDRIOLA, W.B. **Desafios, necessidades e conseqüências da atuação da Comissão Própria de Avaliação (CPA's), visando a implementar o Sistema**

Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES): o caso da UFC. In____
Avaliação: múltiplos olhares em torno da educação. Fortaleza: Editora UFC, 2003,
p.135 a 148.

BARROS, A de J. P. & LEHFELD, N. A. de S. **Projeto de pesquisa; proposta metodológica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70 – Persona, 1977, 229 p.

BECKER, F. **Educação e construção do conhecimento.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

BESSA, A, PENAFORTE, J, (Org). **Médico de família: formação, certificação e educação continuada.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 163 p.

BORDENAVE, J.D. e PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 25 ed. Petrópolis, RJ, Vozes, 2004.

BOWEN, J. L. e IRBY, D. M. Assessing quality and costs of education in the ambulatory setting: a review of the literature. **Academic Medicine**, Washington, v.77, n.7, jul. 2002.

BRASIL - Departamento de Atenção Básica – DAB.
www.saude.gov.br//dab/atençãobasica.php acesso em 03-10-2006.

_____. Departamento de Atenção Básica – DAB.
www.saude.gov.br//dab/atençãobasica.php acesso em 06-04-2007.

BRASIL - **Informe da Atenção Básica** nº 32, editora MS /CGDI / SAA / SE / MS, Ano VII, nov/dez de 2005.

BRASIL - Leis, Decretos, etc. Decreto Nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica

e dá outras providências: **Diário Oficial da União**. Brasília, 6 de setembro de 1977 Seção 1, pt. 1, p. 11.787.

BRASIL - Ministério da Educação. Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - CONAES. Diretrizes para a avaliação das instituições de educação superior, Brasília, 2004.

BRASIL - Constituição 1988. Capítulo II. Artigos 196 a 200. Título VIII, Da Ordem Social. Brasília: Senado Federal, p. 131 -6,1988.

BURGE SM. Undergraduate medical curricula: are students being trained to meet future service needs? **Clin Med**. n.3 p. 243-246, 2003.

CAMPBELL, C. e ROZSNYAI, C. **Quality assurance and the development of course programmes**, In Papers on Higher Education, Regional University Network on Governance and Management of Higher Education in South East Europe, UNESCO, Bucharest, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAPAZZOLO AA. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família**. Campinas, SP, 2003. 299p. [tese] Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

CARVALHO, R. S e CUNHA, T. G. **A gestão na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) Tratado de Saúde Coletiva, São Paulo, Hucitec, 2006, p. 837 -68.

CHAVES, C., et al. **Avaliação do sistema de saúde do Murialdo**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente. 1983. 225p.

CHAVES, M. M. A medicina de família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 111-123, 1978.

CHAGAS, A A. T. R. O questionário na pesquisa científica. **Revista Administrativa on line – FECAP** (Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado), v.1. n. 1, 2000. Disponível em: http://www.fecap.Br/adm_online. Acesso em 27/09/06

CINAEM. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Projeto Cinaem / III fase – **Relatório 1999-2000**. 2000.

CYRINO, E.G. e TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 780 – 88, mai./jun. 2004.

COHEN, R. et al. Performance assessment of community-based physicians: evaluating the reliability and validity of a tool for determining CME needs. **Academic Medicine**, Washington, v.77, n.12, p. 1247 -53, dez. 2002.

COPELAND, H. L. e HEWSON, M. G. Developing and testing an instrument to measure the effectiveness of clinical teaching in an Academic Medical Center. **Academic Medicine**, Washington, v.75, p.161-166, 2000.

DURNING, S. J. et al. The reliability and validity of the american board of internal medicine montly evaluation form. **Academic Medicine**, Washington, v.78, n.11, nov, 2003.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. Área de Gestão da Saúde. Cursos de Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2006

ESCUADERO, T. Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual: um siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación em educación. **Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa**, v. 9. n.1, p.1-43, 2003. Disponível em <http://www.uv.es/RELIEVE> .

FAGUNDES, C. N.; BURHAM, F. T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunicação**,

Saúde, Educação, Botucatu, SP, v.9, n.16, set./ fev. 2005. Disponível em www.scielo.php?script=sci. Acesso em 10/06/2007.

FEUERWERKER, L. C. M. Changes in medical education and medical and residency in Brazil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 2, n. 3, p. 51-71. 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. A formação de médicos especialistas e a residência médica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.57, p.39-54, jan/abr.2001.

FIORENTINI, D. e SOUZA E MELO, G. F. **Saberes docentes: um desafio para acadêmicos e práticos**. In: GERALDI, C (Org). Cartografias do trabalho docente: professor(a)-pesquisador(a). Campinas: Mercado das Letras. ALB, 1998, p. 307-335.

FRANKLIN, A. Paradigmas da humanidade: as experiências de formação de médicos de família na Holanda, Espanha, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido. **Rev. Bras. Saúde da Família**, Brasília, DF, ano. 2, n.4, p. 29-39, 2005.

FREY, K. et al. The “collaborative care” curriculum: an educational model addressing key ACGME core competencies in primary care residency training. **Medical Education**. Oxford, v. 37, n. 9, p. 786-9, set. 2003.

FUNDAP: Fundação do Desenvolvimento Administrativo. **Oportunidade de acesso à residência médica**. São Paulo: FUNDAP, 1999.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados primários de saúde – relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde – Alma Ata**, 1978. Brasília: FNUI, 1979.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

GODOY, A. S., Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades; **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.2, p.57-63, mar/abr. 1995. Disponível em www.eps.ufsc.br/disserta96/jacob/bibliog/bibliog.htm. Acesso em out. 2006.

GOMES, Romeu. **A análise de dados em pesquisa qualitativa**. In MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p. 67-79.

GONÇALVES, E.P. **Conversas sobre Iniciação à pesquisa científica**. Campinas,SP: Alínea, 2005.

GUALBERTO, L. D. Residência médica no Brasil. avaliação atual dos principais programas credenciados pelo MEC, **Revista Virtual de Medicina**, v.1, n.1, ano I (jan/ fev/ mar/ 1998). Medicina on line.

GUBA, G. E. y LINCOLN, Y. S. Effective evaluation. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1982.

HAQ, C e col. Donde no hay medico de familia: el desarrollo de la medicina de familia en el mundo: **Salud y Sociedad**. Bol. Of. Saint. Panam. , v. 120, n.1, p. 44-57, 1996.

HIJAR, A.M. **A experiência da Espanha. Médico de família: formação, certificação e educação continuada**. Conferência do Seminário Internacional sobre Saúde da Família. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, p.131-146, 2002.

HOLMBOE, E.S. et al. Construct validity of the miniclinical evaluation exercise (MiniCex). **Academic Medicine**, Washington, v.78, n.8, p. 826-30, ago, 2003

HOUSE, Ernest R. **Evaluación, ética y poder**. Madrid: Morata, 1994.

INFORME DA ATENÇÃO BÁSICA. Pólo de capacitação, 2001. Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da

Família, Brasília, 2 (10), jun.2001.2p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>. Acesso em 06/02/07.

JOSEPHINE, M. C. et al. Accreditation of postgraduate medical education in the United States and Canada: a comparison of two systems. **Medical Education**. Reino Unido, v.33, n. 7 p. 493 jul. 1999.

KLESSING, J. M. e col. A pilot survey to define quality in residency education. **Academic Medicine**, Washington, v.75, n.7, p. 71-73, 2000.

LAURA S. E e col.. Implantação de um sistema de avaliação estruturada de performance em escola médica: resultados do projeto-piloto. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.29, n. 3, p.174-8, set/dez, Rio de Janeiro, 2005.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. Cortez, São Paulo, 1994. (coleção magistério. 2º grau. Série formação do professor).

LIRA, G. V. Contribuições de Robert Stake e de Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln ao campo da avaliação. Seminário sobre avaliação educacional, Fortaleza, dez. 2006.

LOWRY S. Assessment of students. **EMJ**. p. 51-54, n. 306, 1993

LUCCI, M. A. A proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica. Professorado. **Revista de Curriculum y Formación del profesorado**. n. 10 , 2 ,dez., 2006. Disponível em <http://www.ugr.es/local/recfpro/Rev102COL2port.pdf>. Acesso em 15.04.2007.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e grandes regiões: Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MATEO, J. et al. **La evaluación en el aula universitaria**. Zaragoza: ICE-Universidad de Zaragoza, Espanha, 1993.

MÉDICO DE FAMÍLIA: **formação, certificação e educação continuada.** Conferências do Seminário Internacional sobre o Saúde da Família. Fortaleza, abr., 2001.

MENDES, O. M. **Avaliação formativa no ensino superior: reflexões e alternativas possíveis.** In: PASSOS, I.; VEIGA, A.; LOMÔNACO, M. de P. N.; (Org). Currículo e Avaliação na Educação Superior. São Paulo: Junqueira&marin, 2005. Páginas inicial e final

MINAYO, M. C. S, org. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G.;SOUZA, R.E. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sócias.**Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo. 11 ed. Cortez. Brasília, Distrito Federal: UNESCO, 2006.

MOREIRA, M. A. Teorias de aprendizagem e escolas psicológicas. In: Moreira, M. A. et al. (Org). **Aprendizagem: perspectivas teóricas.** Porto Alegre: Editora da Universidade, p. 8-13, 1985.

MULLER, E.S. et al. Clinical skills evaluation. . **Academic Medicine**, Washington, v.78, n.10, out, 2003.

NÓBREGA-TERRIEN, S. M; TERRIEN, J. Os trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Rev. Avaliação Educacional.** Fundação Carlos Chagas. v.5, n.30. p.5-16. Jul/dez. 2004.

OLIVEIRA, M. K. de, **Vygotsky: Aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico.** São Paulo: Scipione, 1995.

ORDÓÑEZ, C. O plano médico de família. **Saúde para Todos**, Cuba, v.3, n.6, p. 24-32, 1995.

OSBORNE, J. Beyond Constructivism. **International Journal of Science Education**. Londres, v.80, n.1, p. 53-82, 1996.

PELLIANO, A. M. **Programa de Saúde da Família**. Seminário de experiências internacionais em saúde da família, 1., 1999, Brasília, Distrito Federal. Relatório Final... Brasília, DF, 1999.

PEREIRA, M. Desenvolvimento psicológico Segundo Vygotsky: papel da educação Disponível em <http://www.divinopolis.uemg.br/revista/revista-eletronica3/artigo9-3.htm> Acesso em 16.04.2007.

PIAGET, J. A **Epistemologia genética**. Petrópolis: Vozes, 1971.

_____ **Sobre a pedagogia**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

PICCINATO, Carlos Eli et al. Assessment of educational objectives in two different curricular structures- Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** , São Paulo, v.50, n.1, p. 68-73, 2004.

RAM, P. et al. Assessment of practicing family physicians: comparison of observation in a multiple-station examination using standardized patients with observation of consultation in daily practice. **Academic Medicine**, v.74, n.1, p. 62-69, jan, 1999.

RICHARDSON, R. (Org.). **Pesquisa social**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, P. M.; ARAÚJO, M. S. de S. **O processo de trabalho em saúde da família**. Disponível em: www.ufrn.br/davinci/abril/capa.htm , 10/08/2007.

ROGERS, L.Q. et al. Teaching resident physicians to provide exercise counseling: a need assessment. **Academic Medicine**, v.77, n.8, p. 841-44, aug. 2002.

RODRIGUES, M. S. de S. **Auto-avaliação e planejamento participativos no âmbito da Universidade Federal do Ceará (UFC): em busca de saberes e da mudança de cultura institucional.** Fortaleza, 2007. 299 p. Tese de doutorado em Educação da Faculdade de Educação da UFC, área de concentração em Avaliação Educacional.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. **Projeto de residência médica, especialidade: medicina de família e comunidade,** Fortaleza, 2006. (mimeo).

SILVA, C. R. O. Didática e metodologia para o ensino superior. Notas de curso. Centro Federal de Educação Tecnológica de Ceará – CEFET/CE, Jan. 2006.

SMEKE, E. L. M., OLIVEIRA, N. L. S. **Educação em saúde e concepções de sujeito.** In: VASCONCELOS, E. M. (Org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, 2001, p.115-134.

SMITH, R.; STEPHEN et al. Assessing student's performances in a competency-based curriculum. **Academic Medicine**, Washington, v. 78 n.1, p. 97-106, jan. 2003.

SINAES- Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior. Comissão Especial de Avaliação. MEC / Secretaria do Ensino Superior (SESU), 2003. (mimeo).

SINAES- Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior: bases para uma nova proposta de Avaliação da Educação Superior. agosto, 2003.

SOBRINHO, J.D. **Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior.** São Paulo: Cortez, 2003.

SOUSA, Ana Maria Costa. **Avaliação Institucional para a Melhoria do Ensino e da Aprendizagem.** In: FELTRAN, R. C. de S. (org.). Avaliação na Educação

Superior. Campinas, SP: Papyrus, 2002. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2 ed., 2004.

STELLA, R.C.R. et al, Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v.43, n.4, p. 290-4 1997

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **Sanare: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v.1, p.11-4, 2003.

TAYLOR, K. L, & CHUDLEY A. E. Meeting the needs of future physicians: a core curriculum initiative for postgraduate medical education at a Canadian university. **Medical Education**. Reino Unido, v.35, n.10, p.973-82, out. 2001.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo/ SP: Atlas, 1987.

UECE, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa e da Universidade Estadual do Ceará, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, Avaliação do curso de medicina, 1994; Disponível em <http://www.medicina.ufc.br/projetopedag./avaliacao.html>. Acesso em 06/04/07.

VASCONCELOS, C. M. e PASCHE, D. F. **O sistema único de saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) Tratado de Saúde Coletiva, p.535-6, São Paulo, Hucitec, 2006.

VASCONCELOS, C. dos Santos. **Construção do conhecimento em sala de aula**. 14 ed., São Paulo, Libertad, 2002.

VIANA, H. M. **Avaliação educacional: teoria, planejamento, modelos**. São Paulo: IBRASA, 2000, 192p

_____ **Introdução à avaliação educacional**. São Paulo: IBRASA, 1989.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise**, Rio de Janeiro, 2000. 142 p. Tese de doutorado em Pediatria, Instituto Fernandes Figueira, RJ – Fundação Oswaldo Cruz.

WINDISH, D. M. Teaching medical students clinical reasoning skills. **Academic Medicine**, Washington, v. 75, p. 90, 2000.

WHO. Making medical practice and education more relevant to people`needs: The contribution of the family doctor. In: WHO – WONGA Conference, Ontário,1994, 98p.

WOOLFOLK, A. E. **Psicologia da Educação**. Porto Alegre, Artmed, 2000.

YIN, R, K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre, Artmed. 2001.

ZABALA,A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre, Artmed. 1998.
Tradução: Ernani F. da F. Rosa

ZACARIAS, V. L. C. F. E-mail: <http://www.centrorefeducacional.pro.br/educgehtml>
Acesso em 10-10-2006.

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO

A Pesquisa Residência Medicina de Família e Comunidade: avaliação da formação está sendo desenvolvida pela Pesquisadora VERÔNICA SAID DE CASTRO, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Esta pesquisa está sob a orientação da Professora Dra. Sílvia Maria Nóbrega-Therrien. Este estudo pretende avaliar o curso de Residência Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de Fortaleza, na opinião dos próprios alunos residentes.

Sendo assim, gostaríamos de contar com sua participação neste estudo, respondendo a um questionário. Acrescentamos que você tem liberdade para participar ou não desta investigação, sem que isto lhe acarrete qualquer penalidade. Informamos que esta pesquisa atende às exigências do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n. 196, de 10/09/1996), que definem critérios éticos na condução de pesquisa com seres humanos. Por decorrência, o sigilo das informações e o anonimato dos entrevistados estão assegurados. Esclarecimentos adicionais poderão ser fornecidos pela pesquisadora: Verônica Said de Castro, telefones: (085) 3224-04-60 e 8843-94-88.

Tendo sido informado (a) sobre os objetivos da pesquisa, concordo em participar da mesma:

Nome: _____

Assinatura: _____

Fortaleza, _____ de 2007

APÊNDICE II

Informações sobre o questionário (roteiro interrogativo) de avaliação do curso de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a partir da opinião dos alunos/residentes.

Prezado aluno/residente.

O propósito deste questionário (roteiro interrogativo) é coletar sua opinião sobre o curso de residência que você está realizando há 1 ano, no que se refere à sua formação.

Sua atenção em preenchê-lo contribuirá para identificar necessidades de aprimoramento do programa e reorientar a coordenação do curso na tomada de decisões adequadas para o aprimoramento do curso.

As questões abordadas nesse roteiro dizem respeito à temas que servirão de referência para sua avaliação, como o processo pedagógico (métodos, técnicas e procedimentos para ensinar), o porte técnico proporcionado pelos preceptores, os ganhos obtidos em relação à conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos a um médico de família, a infra-estrutura oferecida pelo curso, as lacunas percebidas na sua formação de médico de família e sua auto-avaliação.

Não há necessidade de identificar-se, e sua participação é voluntária.

Responder ou não a este roteiro interrogativo em nada afetará sua situação no curso. Se você não se sentir confortável em responder a alguma pergunta, por favor, mencione isto no espaço indicado para a resposta, referindo o porquê.

Leia com atenção cada pergunta, antes de respondê-la. As questões serão abertas, o que possibilitará a sua livre opinião sobre cada tema avaliado. Quando terminar de preencher o questionário, por favor, coloque-o no envelope, lacre-o e entregue ao Augusto, secretário executivo do curso.

Muito obrigado(a) por sua colaboração!

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO (ROTEIRO INTERROGATIVO)

1. As aulas teóricas do curso estão apropriadas ao desenvolvimento da competência (ser capaz de exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de médico de família em equipe multiprofissional no contexto do SUS) conforme foi discutido com você?

Responda e comente, tendo como base as habilidades requeridas para a mobilização dessa competência, abaixo descritas:

- integrar e colaborar com a equipe de saúde da família de sua unidade na atenção à população sob sua responsabilidade (co-responsabilidade);
- analisar ações coletivas a partir de caso individuais;
- identificar situações de risco a partir da análise de dados epidemiológicos e traçar planos de intervenção juntamente com a equipe da unidade;
- desenvolver grupos terapêuticos informativos e/ou de mobilização social;
- estabelecer uma boa comunicação médico-paciente-família, privilegiando a escuta ativa;
- trabalhar ações clínicas individuais porém focando o contexto familiar.

2. Qual a sua opinião a respeito da estrutura das aulas teóricas apresentadas por ciclo de vida (saúde da mulher, da criança, do adulto, saúde do idoso)?

3. Os conteúdos teóricos ministrados estão contextualizados dentro da realidade da sua rotina de trabalho, portanto, são passíveis de aplicação na unidade de saúde? Comente e se possível exemplifique.

4. Comente sobre a interação professor/aluno e preceptor/aluno durante as aulas teóricas e práticas.

5. O que mudou na sua relação com a comunidade à partir dos conhecimentos adquiridos durante este ano de curso?

6. A partir do seu aprendizado sobre o uso dos sistemas de informação da atenção básica, você acha que está conseguindo planejar melhor as ações

prioritárias para o atendimento da população sob sua responsabilidade?
Comente como isto tem acontecido.

7. Em relação aos conhecimentos adquiridos sobre atividades de educação em saúde, você acha que eles foram suficientes para você exercer esta atividade? Comente.

8. Quais as lacunas que você está percebendo nesse curso para sua formação de médico para atender em uma unidade de saúde?

9. Comente sobre a disponibilidade e seu manuseio, de recursos audiovisuais e material instrucional utilizados pelo professor na sala de aula.

10. Comente sobre a didática de ensino (método, técnica e procedimentos) adotadas pelo professor na sala de aula.

11. O que lhe motivou a fazer essa formação em Medicina de Família e Comunidade?

A última questão é relativa a sua auto-avaliação

12. Você acha que a formação que o curso lhe proporcionou, até esse momento, está lhe dando condições para que você adquira as competências necessárias para atuar na medicina de família, no contexto do SUS? Comente.

ANEXO I

Conteúdo programático do Curso de RMFC

Módulos Temáticos de Saúde Coletiva

MÓDULO 1: O Sistema Único de Saúde, o Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza e a Estratégia de Saúde da Família.

CARGA HORÁRIA: 40 horas.

MÓDULO 2: Avaliação da Situação de Saúde e Planejamento de Intervenções na Comunidade (a ser ministrado nas três primeiras semanas da RMFC)

CARGA HORÁRIA: 40 horas

MÓDULO 3: Abordagem à Família.

CARGA HORÁRIA: 12 horas.

MÓDULO 4: Educação Popular, Promoção da Saúde e Participação Social.

CARGA HORÁRIA: 12 horas.

MÓDULO 5: Epidemiologia e Bioestatística.

CARGA HORÁRIA: 12 horas.

MÓDULO 6: Metodologia do Trabalho Científico.

CARGA HORÁRIA: 9 horas.

MÓDULO 7: Vigilância à Saúde e Sistemas de Informação em Saúde.

CARGA HORÁRIA: 12 horas.

MÓDULO 8: Planejamento Estratégico.

CARGA HORÁRIA: 9 horas.

MÓDULO 9: Organização e Gerenciamento Local.

CARGA HORÁRIA: 9 horas.

MÓDULO 10: Acompanhamento do Processo de Elaboração da Monografia.

CARGA HORÁRIA: 6 horas.

MÓDULO 11 - Terapias Alternativas/Complementares

CARGA HORÁRIA: 20 horas.

Módulos Temáticos dos Ciclos de Vida

SESSÕES CLÍNICAS I: Atenção Integral à Saúde da Mulher.

CARGA HORÁRIA: 40 horas.

- I. GÊNERO E SEXUALIDADE.
- II. DISCURSOS CRENÇAS E PRÁTICAS NA SAÚDE DA MULHER.
- III. ASPECTOS SIGNIFICATIVOS NA VIDA DA MULHER
- IV. PRÉ NATAL BAIXO RISCO
PRÉ- NATAL DE ALTO RISCO
- V. PLANEJAMENTO FAMILIAR
- VI. DISTÚRBIOS DO CLIMATÉRIO E PUBERDADE
- VII. CÂNCER GINECOLÓGICO
- VIII. DST-AIDS

SESSÕES CLÍNICAS II: Atenção integral à saúde da criança.

CARGA HORÁRIA: 40 horas.

- I. PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO À CRIANÇA.
- II. ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA.
- III. A ATENÇÃO AO PRÉ-ESCOLAR E AO ESCOLAR
- IV. OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE DA CRIANÇA
- V. SITUAÇÕES DE RISCO À SAÚDE DA CRIANÇA

SESSÕES CLÍNICAS III: Conduitas Clínicas.

CARGA HORÁRIA: 110 horas.

I. Ressuscitação Cardio Pulmonar Cerebral & Manejo de Reações Alérgicas, com ênfase em Anafilaxia

II.Endocrinologia: Carga horária: 6 horas.

III.Psiquiatria: Carga horária: 30 horas.

IV.Reumatologia: Carga horária: 6 horas.

V.Cardiologia: - Carga horária: 9 horas.

VI.Gastroenterologia: Carga horária: 6 horas.

VI.Hematologia: Carga horária: 6 horas.

VII.Dermatologia: Carga horária: 6 horas.

VII.Pneumologia: Carga horária: 6 horas.

VIII.Neurologia: Carga horária: 6 horas.

IX.Doenças infecciosas e parasitárias: Carga horária: 30 horas.

X.Nefrologia: Carga horária: 6 horas.

SESSÕES CLÍNICAS IV: Proteção à Saúde do Adulto.

CARGA HORÁRIA: 12 horas.

A importância das atividades preventivas; Orientações para uma alimentação saudável do adulto; Dietoterapia do adulto; Atividade física e saúde; Tabagismo; Obesidade; Problemas relacionados ao consumo de álcool; saúde do trabalhador; Revisão periódica de saúde do adulto.

Doenças transmissíveis: condutas preventivas na Comunidade. Imunizações. Tuberculose. Hanseníase. Dengue. Cólera. Abordagem Síndrômica das DSTs/AIDS. Hepatite viral aguda. Parasitoses intestinais.

ANEXO II

Competências para atenção integral a saúde da família a serem desenvolvidas pelos residentes até a conclusão da RMFC:

1. Competência para exercer com compromisso, de forma crítica e criativa, a função de médico de família em equipe multiprofissional no contexto do Sistema Único de Saúde.
2. Competência para prestar atenção integral à saúde da população, por ciclos de vida e gênero, no contexto da atenção primária, incluindo:
 - Atenção integral à saúde da criança e do adolescente;
 - Atenção integral à saúde da mulher;
 - Atenção integral à saúde da gestante;
 - Atenção integral à saúde do homem;
 - Atenção integral à saúde do adulto e do trabalhador;
 - Atenção integral à saúde do idoso.
3. Competências para produção científica e o desenvolvimento de tecnologias adequadas para atenção primária de saúde

Competência 1 – Ser
Saúde.

Área/ contexto de

Saúde Coletiva e
Família

tema Único de

Objetos à mobilizar
no contexto de
realização

Sentir-se co-responsável pela atuação da equipe e pela promoção da saúde da população de seu território de abrangência;

Reconhecer a importância de sua função para o sucesso do SUS e da ESF.

Competência 2.a.: Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à saúde da criança e do adolescente no ambiente da rede assistencial das ESF.

Área / contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
<p>Saúde da criança, do adolescente / Estratégia Saúde da Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar técnicas de anamnese e exame físico para identificar as fases do desenvolvimento da criança e do adolescente; 2. Dominar as técnicas de acompanhamento de crianças saudáveis (puericultura) 3. Diagnosticar e tratar as afecções de saúde mais prevalentes na infância e na adolescência, incluindo as urgências e emergências; 4. Manejar crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade em conjunto com sua equipe. <p><u>Ter conhecimentos sobre:</u></p> <p>Fisiologia do crescimento e desenvolvimento; Puericultura; Fundamentos terapêuticos da relação médico / criança / adolescente / mãe / responsável / cuidador; Diagnóstico e Abordagem clínica de afecções mais prevalentes na infância e adolescência, incluindo: distúrbios do crescimento e desenvolvimento; distúrbios do aprendizado; distúrbios da afetividade, sexualidade e do relacionamento social. Abordagem à violência contra criança e o adolescente e deles contra outrem. Acidentes domésticos. Drogadição. Transtornos da saúde mental. Urgências e emergências. Indicadores mais importantes de saúde da criança e do adolescente.</p>	<p>1. Sentir-se co-responsável pela saúde das crianças e adolescentes da população de sua área de abrangência.</p>

Competência 2.b. : Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à saúde da mulher no ambiente da rede assistencial da ESF.

Área / contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde da mulher/ Estratégia Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar técnicas de anamnese e exame físico para identificar as fases da vida reprodutiva e sexual e as afecções mais prevalentes na mulher • Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera ginecológica; • Diagnosticar e tratar as afecções mais prevalentes em relação à saúde da mulher • Identificar situações de violência contra a mulher e saber se conduzir. <p><u>Ter conhecimentos sobre:</u> Sexualidade feminina e questões relacionadas ao gênero; fisiologia da reprodução; diagnóstico e abordagem clínica de afecções ginecológicas mais prevalentes; aconselhamento e planejamento Familiar; abordagem aos transtornos mais prevalentes da sexualidade; infertilidade; diagnóstico de problemas relacionados a presença de secreção e prurido vaginal e tratamento se necessário; câncer genital; DST/AIDS; abordagem do climatério e da menopausa;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se co-responsável pela saúde das mulheres de sua área de abrangência; • Participar ativamente da promoção à saúde das mulheres de sua área de abrangência.

Competência 2.c. – Ser capaz de acompanhar gestantes, parturientes, puérperas e seus familiares, no desenvolvimento da gestação, parto, puerpério no contexto da estratégia saúde da família.

Área / contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
<p>Saúde da mulher/ Estratégia Saúde da Família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar técnicas de anamnese e exame físico de gestantes, parturientes e puérperas; • Saber solicitar e analisar os exames complementares Pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal • Saber acompanhar um pré-natal de baixo e médio risco • Saber dar assistência ao parto normal. • Saber identificar uma gestante de alto risco e tomar conduta Pertinente. • Saber diagnosticar e tratar as patologias mais comuns do ciclo gravídico-puerperal. <p><u>Ter conhecimentos sobre:</u> Fisiologia da gravidez, do parto e puerpério normais; afecções mais prevalentes do ciclo gravídico puerperal; sexualidade na gestação; hipertensão arterial; diabetes e infecções na gestação; vacinação; uso de fármacos na gravidez e na lactação; transtornos da saúde mental na gestação e puerpério ; contracepção pós-parto; atenção inicial à urgência da gestação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se co-responsável pela saúde das gestantes de sua área de abrangência; • Participar ativamente da promoção à saúde das gestantes de sua área de abrangência.

Competência 2.d. : Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à saúde do homem, visando a plenitude da vida, a manifestação da afetividade, da sexualidade, bem como o exercício pleno da sua função familiar e social.

Área / contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
<p>Saúde do Homem/Estratégia Saúde da Família.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dominar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as fases da vida reprodutiva, a saúde sexual, as afecções andrológicas mais prevalentes; 2. Saber solicitar e analisar os exames complementares fundamentais para acompanhar as afecções mais prevalentes na esfera andrológica; 3. Diagnosticar e tratar as afecções mais prevalentes relativas à saúde do homem 4. Identificar situações de risco de adoecimento <p><u>Ter conhecimentos sobre</u> Fisiologia da reprodução; diagnóstico e abordagem clínica nas áreas de afecções andrológicas mais prevalentes; transtornos mais prevalentes da sexualidade; anticoncepção; infertilidade; diagnóstico e tratamento de problemas que produzam secreção e prurido uretral; hidrocele, varicocele; câncer genital masculino; afecções mais prevalentes da próstata; DST/AIDS`;</p>	<p>Estabelecer relação médico-homem-família acolhedora e envolvente que considere os fatores biopsicosociais atinentes à saúde o homem e que permita o estabelecimento do vínculo, a abordagem e o aconselhamento de temáticas e questões específicas, relativas à sua função social e familiar, à saúde do aparelho genital, à sexualidade e às fases da vida reprodutiva.</p>

Competência 2e.: Ser capaz de desenvolver ações de promoção da saúde do adulto e do trabalhador na atenção primária à saúde.		
Área / contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
Saúde do adulto e do trabalhador/ Estratégia Saúde da Família	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dominar e executar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar os problemas de saúde transmissíveis e não transmissíveis mais frequentes na idade adulta; 2. Desenvolver técnicas de abordagem para redução de danos relacionados dependência de fumo, álcool e drogas ilícitas; 3. Identificar fatores de risco para doenças crônicas e traçar planos de tratamento; 4. Identificar e abordar os principais problemas de saúde do trabalhador <p>Ter conhecimentos sobre:</p> <p>Estilos de vida saudáveis, alimentação saudável e atividade física. Diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde transmissíveis e não transmissíveis mais frequentes na idade adulta, em especial, obesidade, hipertensão arterial, dependência de fumo e álcool na APS.</p> <p>Inter-relações saúde-trabalho-ambiente no processo saúde-doença dos grupos humanos e comunidades; classificação dos riscos à saúde originados dos processos de trabalho e das transformações ambientais; agravos à saúde relacionados aos processos de trabalho e às transformações ambientais e condutas adequadas no território. Conhecer as políticas de atenção integral à saúde dos trabalhadores no SUS e as políticas de saúde e ambiente: bases técnicas, legais e quadro institucional para a promoção, prevenção e proteção da saúde.</p>	

Competência 2.f.: Ser capaz de desenvolver ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação no nível individual e coletivo voltadas à saúde do idoso, visando a plenitude e a qualidade de vida na terceira idade; a manifestação da afetividade, da sexualidade, bem como o exercício pleno da cidadania no que diz respeito à função familiar e social do idoso.

Área/ contexto de realização	Habilidades à adquirir para a mobilização segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
<p>Saúde do Idoso/ Estratégia Saúde da Família.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dominar técnicas de anamnese e exame físico que permitam identificar e acompanhar as síndromes geriátricas mais prevalentes; 2. Avaliar o nível de autonomia e independência, o reconhecimento das demandas e necessidades no nível da saúde individual e coletiva, e que considerem a dinâmica e estrutura familiar, os recursos, a infra-estrutura e o suporte social, promovendo ações de saúde e detectando alterações e disfunções biopsicossociais passíveis de intervenção sanitária; 3. Diagnosticar e abordar clinicamente as afecções de saúde mais prevalentes na terceira idade; 4. Solicitar e analisar os exames complementares relacionados à Saúde do idoso; 5. Identificar situações de risco de adoecimento. <p><u>Ter conhecimentos sobre:</u> Fisiologia do envelhecimento, ciclo vital, estrutura e dinâmica familiar; Diagnóstico e abordagem clínica, de afecções mais prevalentes nas áreas de: - Disfunções da autonomia e dependência, disfunções da afetividade e da sexualidade; distúrbios da memória, distúrbios neurológicos, violência contra o idoso, disfunções e distúrbios nutricionais e alimentares, uso de fármacos, farmacodinâmica e polifarmácia, transtornos da saúde mental, transtornos do aparelho locomotor, transtornos cardiovasculares, transtornos metabólicos, infecções, transtornos do aparelho respiratório, transtornos ginecológicos, andrológicos e urológicos, disfunções do aparelho auditivo e visual, doenças gastrointestinais, abordagem dos cânceres mais prevalentes na terceira idade, quadros infecciosos.</p>	

Competência 3.: Desenvolver competências para produção científica e o desenvolvimento de tecnologias adequadas para atenção primária de saúde		
Área / contexto de realização	Habilidades e Conhecimentos à mobilizar segundo o contexto de realização	Atitudes à mobilizar segundo o contexto de realização
Produção científica e tecnológica/Estratégia Saúde da Família	<p>Habilidades exigidas Desenvolver habilidades para identificar problemas de natureza clínica, epidemiológica, antropológica ou social, presentes no processo de atenção primária à saúde que demandem investigações científicas. Reconhecer limites metodológicos que requerem desenvolvimento de novas tecnologias nos processos de trabalho da atenção primária de saúde. Realizar pesquisas de cunho quantitativo e qualitativo, de relevância para saúde da população, no contexto da estratégia saúde da família.</p> <p>Conhecimentos exigidos Elaboração de projetos de pesquisa. Metodologia científica quantitativa e qualitativa. Produção de artigos científicos.</p>	Curiosidade científica.