

O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

The Competency-based Curriculum of the Residency Program in Family Medicine at Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

El Currículo de Competencias del Programa de Residencia en Medicina de Familia y Comunidad de la Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Lucas Bastos Marcondes Machado
Carla Cristina Marques
Livia Rodrigues
Stephan Sperling
Nathalia Cardoso Machado
Gustavo Diniz Ferreira Gusso
José Benedito Ramos Valladão Júnior

Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brazil.
lucasbmmachado@gmail.com
(Autor correspondente);
ccmrqs@gmail.com;
liviapagu@gmail.com;
academico.stephan@gmail.com;
nathmcardoso@gmail.com;
gusso.gustavo@gmail.com;
jose.valladao@usp.br

Resumo

Objetivo: Apresentar os passos adotados para a construção de um currículo de competências dentro do programa de residência em medicina de família da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; descrever características e diretrizes fundamentais do currículo de competências relacionadas aos seus três atributos centrais: ferramentas de aprendizado, metodologias docentes e processos avaliativos; e, por fim, descrever comparações do uso de instrumentos de avaliação pelo nosso programa de residência e outras experiências na literatura.

Métodos: Levantamento e análise das principais experiências internacionais em treinamento de médicos de família; realização de uma série de oficinas e *workshops*; criação de grupos de trabalho com áreas, temas e responsabilidades específicas para estudo, apresentação e definição coletiva. **Resultados:** Elaboração de um currículo de competências apoiado em um modelo quindimensional de competências. **Conclusão:** O estabelecimento de um currículo baseado em competências é vital para organizar o programa de residência. O uso de referenciais internacionais, nacionais e a contribuição das pessoas envolvidas no programa de residência favorecem a organização das competências ao mesmo tempo em que se respeitam as singularidades do programa de residência. Desafios são encontrados para aplicar o currículo na prática do dia-a-dia.

Palavras-chave: Educação Baseada em Competências; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade

Como citar: Machado LBM, Marques CC, Rodrigues L, Sperling S, Machado NC, Gusso GDF, et al. O Currículo de Competências do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-16. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1602](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1602)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 30/08/2017.
Aprovado em: 23/02/2018.

Abstract

Objective: To present the steps taken to build a competency curriculum in family medicine residency program of the within the Medical School of the University of São Paulo; to describe fundamental characteristics and guidelines of the competency curriculum related to its three central attributes: learning tools, teaching methodologies and evaluation processes; and finally, to describe comparisons of the use of evaluation instruments by our residency program and other experiences in the literature. **Methods:** Review and analysis of the main international experiences in training of family physicians; conducting a series of workshops and creation of working groups with specific areas, themes and responsibilities for study, presentation and collective definition. **Results:** Elaboration of a competency curriculum based on a five-dimensional competence model. **Conclusion:** Establishing a competency-based curriculum is vital to in the organization of the residency program. The use of international and national references and the contribution of the people involved in the residence program favor the organization of competences while respecting the singularities of the residency program. Challenges are encountered in implementing the curriculum in the practice of the day.

Keywords: Competency-Based Education; Internship and Residency; Family Practice

Resumen

Objetivo: Presentar los pasos adoptados para la construcción de un currículo de competencias dentro del programa de residencia en medicina de familia de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; describir características y directrices fundamentales del currículo de competencias relacionadas a sus 3 atributos centrales: herramientas de aprendizaje, metodologías docentes y procesos de evaluación; y por último, describir comparaciones del uso de instrumentos de evaluación por nuestro programa de residencia y otras experiencias en la literatura. **Métodos:** Levantamiento y análisis de las principales experiencias internacionales en capacitación de médicos de familia; realización de una serie de talleres; creación de grupos de trabajo con áreas, temas y responsabilidades específicas para estudio, presentación y definición colectiva. **Resultados:** Elaboración de un currículo de competencias apoyado en un modelo de cinco dimensiones de competencias. **Conclusión:** El establecimiento de un currículo basado en competencias es vital para organizar el programa de residencia. El uso de referencias internacionales, nacionales y la contribución de las personas implicadas en el programa de residencia favorecen la organización de las competencias mientras se respetan las singularidades del programa de residencia. Los desafíos se encuentran para aplicar el currículo en la práctica del día a día.

Palabras clave: Educación Basada en Competencias; Internado y Residencia; Medicina Familiar y Comunitaria

*“A Medicina de Família e Comunidade
deve dar forma à reforma e não o contrário”
Barbara Starfield¹*

Introdução

A especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC) possui princípios e características particulares, que extravasam o âmbito do conhecimento técnico e a normativa habitual das demais especialidades médicas. Seu corpo de saberes advém e tem como centro as pessoas e não os órgãos, sistemas ou doenças, como as demais especialidades médicas.²

Além da capacidade de lidar com problemas indiferenciados em diferentes fases da vida de forma longitudinal e atingir uma alta resolutividade, deve incorporar conhecimentos sobre o território e os diferentes contextos das pessoas (físico, psíquico, social, comunitário), somados à gestão de recursos.³

Dessa forma, definir, implementar, avaliar e garantir o cumprimento da totalidade das competências necessárias à formação do médico de família e comunidade dentro de um Programa de Residência Médica (PRM) não é tarefa fácil. Elaborar um currículo de competências para o PRM em MFC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) só foi possível com a colaboração de especialistas em medicina de família e comunidade envolvidos tanto na assistência quanto no ensino de residentes.

O presente relato de experiência acerca do currículo de competências do PRM em MFC da FMUSP aspira abranger os seguintes objetivos:

- Delimitar o campo de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) em medicina de família e comunidade.
- Descrever características e diretrizes fundamentais do currículo de competências relacionadas aos seus três atributos centrais: ferramentas de aprendizado, metodologias docentes e processos avaliativos.
- Implementar processos e estágios formativos que incorporem o conjunto e totalidade das competências definidas.
- Comparar, na medida do possível, os instrumentos de avaliação adotados pelo PRM em MFC da FMUSP com outras experiências na literatura.
- Transmitir as particularidades do especialista em medicina de família e comunidade e da prática clínica em ambiente de atenção primária à saúde.
- Compartilhar um instrumento de aperfeiçoamento clínico-didático do corpo docente e estrutura curricular com outros programas de residência médica.

Percurso Metodológico

As discussões a respeito das competências (conhecimentos, atitudes e habilidades) necessárias para a formação do especialista em medicina de família e comunidade iniciaram-se no ano de 2013 em nosso programa de residência médica.

Para fomentar e embasar as discussões, realizamos um levantamento e análise das principais experiências internacionais com pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade. As referências utilizadas foram experiências em pós-graduação em MFC do Reino Unido,⁴ Portugal⁵ e Espanha.⁶ Selecionamos, devido à proximidade de características à nossa realidade, o Programa de Medicina Familiar e Comunitária Espanhol como principal modelo de currículo de competências a nos orientar.

Seguindo em direção a construção do currículo de competências em Medicina de Família e Comunidade, uma série de passos foram cumpridos (Quadro 1).

Quadro 1. Passos adotados pelo PRM em MFC da FMUSP para a construção do Currículo de Competências.

<p>Delineamento das características e qualidades do Médico de Família e Comunidade</p> <p>Definição das competências necessárias</p> <p>Classificação das competências em níveis de prioridade</p> <p>Classificação dos níveis de atenção à saúde em que se desenvolverá o ensino de cada competência</p> <p>Determinação das metodologias docentes, locais e tempo para o desenvolvimento das competências</p> <p>Organização e implementação dos processos avaliativos</p> <p>Estabelecimento de arranjos institucionais que garantam condições ao cumprimento dos objetivos propostos</p>
--

Foi realizada uma série de oficinas e *workshops* com divisões de grupos de trabalho com áreas, temas e responsabilidades específicas para estudo, apresentação e definição coletiva.

Todo este percurso foi exitosamente percorrido com o envolvimento de 35 especialistas em MFC e 18 residentes da especialidade. O comprometimento e dedicação destes atores, bem como, suas diferentes trajetórias e experiências foram determinantes para se atingir a definição da totalidade das competências almejadas à formação de excelência em MFC em conformidade com as características e necessidades do médico de família e sistema de saúde brasileiros.

O resultado foi a constituição de um sólido currículo de competências que tem sido utilizado como balizador da formação desde 2014 e se mantém sobre contínuo processo de revisão e aprimoramento.

Discussão

Uma série de requisitos e condições básicas foram alcançados e estabelecidos para o desenvolvimento e implantação de nosso currículo de competências. Entretanto, o principal desafio foi transformar em realidade as informações e conclusões resultantes do processo de revisão, discussão, oficinas e *workshops* realizados.

Há chance razoável de que um currículo de competências seja construído e escrito, mas que isto não se converta em uma transformação na prática. Por isto, especial cuidado foi e vem sendo dado para que progressivamente o currículo de competências faça parte real do PRM.

A transformação e modelagem dos processos formativos (métodos docentes, ferramentas de aprendizado, recursos avaliativos) de acordo com as competências definidas é determinante para o sucesso na aplicação de um currículo de competências. Quanto mais o programa formativo se adequa com as competências estipuladas a serem alcançadas, mais rapidamente se dará sua substituição ao modelo de ensino prévio.

A partir destas considerações, queremos deixar evidente que, para além da documentação das competências, há a necessidade de um esforço integrador ao programa formativo para tornar o currículo de competências uma realidade. Com esta finalidade, propomos e recomendamos o reconhecimento de cinco diferentes dimensões das competências para a construção de um currículo de competências no ensino médico (Quadro 2). A criação e respeito a esta premissa foram decisivos para o sucesso de desenvolvimento do currículo em nossa experiência.

Quadro 2. Proposta de 5 dimensões de competências para o ensino médico

Classe da competência: conhecimento, habilidade, atitude.

Área da competência: competência em formação e pesquisa, competências centrais, competências clínicas.

Grau de prioridade*: competências indispensáveis, importantes, complementares.

Nível de atenção à saúde atribuível*: primário, secundário, terciário.

Processo: metodologia docente, aprendizado e suas ferramentas, recursos avaliativos.

Proposta inspirada na revisão das referências.⁴⁻⁷

* Adaptado de Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (Espanha).⁶

A arquitetura necessária para a construção e manutenção do nosso currículo de competências orienta-se, assim, por estas cinco dimensões, esquematicamente apresentadas na Figura 1.

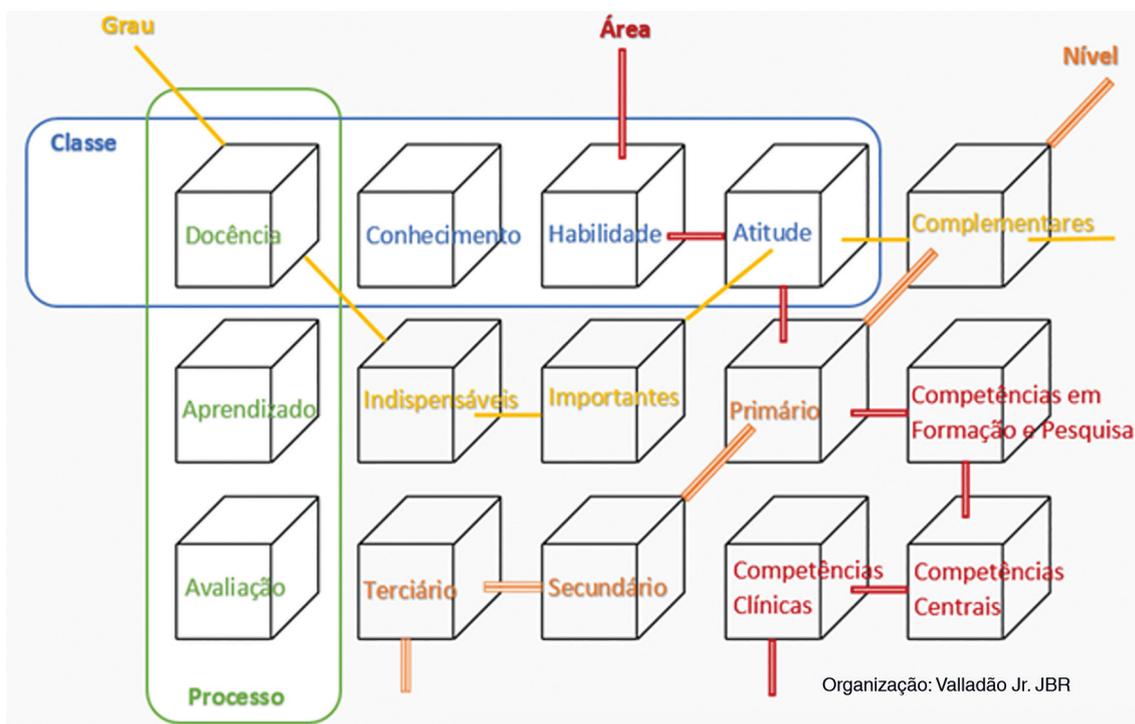


Figura 1. Proposta quintidimensional para as competências no ensino médico.

A observação e compreensão das conexões e complementaridades destas dimensões é fundamental para se erigir alicerces de sustentação ao currículo, garantir a adequada aquisição de competências pelos residentes e a excelência do PRM.

Ante estas considerações, realizaremos a exposição das especificidades de cada uma destas dimensões.

1. Classe da competência

As competências são classicamente divididas em conhecimento, habilidade e atitude.⁷ A conjunção destas características envolve: saber (deter o conhecimento técnico-teórico), saber fazer (deter a habilidade), saber ser (deter atitudes profissionais próprias da especialidade, incorporando motivação, reconhecimento de oportunidade de intervenção e meios necessários para fazê-la).

Assim, nem apenas acusar conhecimento formal sobre determinado aspecto, nem conseguir executar satisfatoriamente algum procedimento, isoladamente, acusam uma competência adquirida.

2. Área da competência

Com a finalidade de organizar os métodos de ensino-aprendizagem, dividiu-se as competências nas seguintes áreas:

- Área de competência em formação e pesquisa: envolve a importância da capacidade formativa do residente (estabelecer plano pessoal de formação, reconhecer e trabalhar deficiências, refletir sobre a prática, sugerir melhorias do processo docente, participar em atividades didáticas, entender a importância de manter formação contínua), além de competências em pesquisa (saber ler e interpretar artigos científicos criticamente, ser capaz de formular questionamentos, fazer buscas bibliográficas, desenvolver estudos).
- Área de competências centrais (ou nucleares): incorpora apenas as competências mais imprescindíveis, sendo compostas por: gestão da clínica, habilidades de comunicação, registro clínico ambulatorial e epidemiologia clínica.
- Área de competências clínicas: compreende os principais problemas em saúde e aspectos importantes da atenção à saúde do indivíduo, família e comunidade.

3. Grau de prioridade

As competências também foram divididas em três graus de prioridade:

- Competências Indispensáveis: a serem adquiridas por todos os residentes.
- Competências Importantes: a serem adquiridas pela maioria dos residentes.
- Competências Complementares: a serem adquiridas de forma adicional conforme atingidas todas as competências anteriores (indispensáveis e importantes).

4. Nível de atenção à saúde atribuível

Conforme a competência específica, deverão ser atribuíveis um ou mais níveis de atenção à saúde nos quais serão desenvolvidas as estratégias para aquisição da competência almejada. Determina-se a seguinte participação dos três níveis de atenção à saúde nos processos de ensino-aprendizagem dentro do PRM em MFC da FMUSP:

- Nível Primário: corresponde ao nível de atenção à saúde de responsabilidade do MFC, sendo esperado que chegue a resolução dos problemas em cerca de 90% dos casos.
- Nível Secundário: compreende os problemas que necessitarão de avaliação de outro especialista durante o seu curso.
- Nível Terciário: problemas cuja responsabilidade é de outros especialistas e o MFC atuará como suporte ao paciente e família, garantindo a coordenação e a continuidade dos cuidados dos diferentes profissionais implicados.

5. Processo

A dimensão processual das competências é a responsável pela edificação e domínio dos saberes almejados. Seus alicerces baseiam-se na integração de três vertentes:

- Docência: moldar métodos e ferramentas docentes às necessidades de transmissão e aquisição das competências definidas.

- **Aprendizado:** acompanhar aprendizagem de todos os conteúdos em conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais à formação em excelência do MFC, retroalimentando o processo de docência.
- **Avaliação:** permitir, de forma longitudinal, a autoavaliação do residente, sua avaliação pelo corpo docente, sua avaliação dos tutores, estágios, cursos e aulas.

A seguir, detalharemos estes três componentes do processo, pela sua importância na implementação prática do currículo de competências. Vamos focar em especial sobre a vertente da avaliação, pois esta é essencial para o contínuo aprimoramento do programa.

Docência

A partir das competências previamente firmadas para se desenvolver os conhecimentos, habilidades e atitudes de um médico de família, as atividades docentes serão ajustadas de forma personalizada conforme as necessidades de cada residente. Há, dessa maneira, certa flexibilidade dos métodos docentes, respeitando-se as competências pré-estabelecidas, o que permite a cada Unidade Básica de Saúde (UBS) buscar as melhores alternativas de formação.

Uma adequada proporção de docentes é vital para sucesso do programa formativo. A realização do estágio longitudinal em Atenção Primária nas UBSs é realizada a partir de um tutor em cada equipe de Estratégia Saúde da Família com até dois residentes em cada equipe. O residente ficará na equipe de seu tutor principal. Utilizamos o termo tutor em nosso programa de residência com o mesmo significado que preceptor na maioria dos programas; o nosso preceptor é um assistente da supervisão do programa, mais envolvido na organização de grade de aulas e estágios e em algumas funções burocráticas, sem vínculo específico com uma unidade.

No início do primeiro ano de residência (R1) o aluno é protegido de demanda assistencial em excesso, de forma que tem mais tempo para consulta e discussão do caso atendido. Ao longo do ano, no entanto, a intenção é que esse tempo vá se reduzindo, à medida em que o residente adquire mais habilidades de comunicação e estruturação de consulta, bem como de manejo clínico dos casos. Em transição para o segundo ano de residência (R2), o tempo de consulta é reduzido e os objetivos da formação se concentram mais na gestão da clínica e no planejamento da agenda, aptidões necessárias a este período, em que é esperado que o residente já se encontre capacitado para lidar com a demanda assistencial e os imprevistos tão comuns à nossa prática.

Muito do aprendizado do residente se dá na discussão de casos e relação com o médico tutor de sua equipe. A relação residente-tutor é fundamental no aprendizado do residente e ocorre de forma contínua ao longo dos 2 (dois) anos do PRM em MFC da FMUSP. Dentre os objetivos desta relação de educador-educando, destacam-se: potencializar e estimular a autoaprendizagem, preencher as lacunas do aprendizado verificadas longitudinalmente, reforçar qualidades, corrigir dificuldades e deficiências, prover referencial, motivação e inspiração. Também estimulamos que o residente troque experiência com os preceptores de outras equipes na mesma unidade e também com os outros residentes.

Além da carga horária na UBS, que corresponde a aproximadamente 60% do total, os residentes do primeiro ano têm ambulatórios de especialidades, plantões na emergência do Hospital Universitário, aulas, discussões de casos com especialistas focais e estágio de pesquisa científica.

Aprendizado

Com a finalidade de guiar e facilitar o aprendizado, construiu-se uma ferramenta para uso cotidiano do médico-residente com a totalidade das competências a serem alcançadas ao longo da residência médica. Este material é denominado Manual de Competências do Médico Residente.⁸

Os manuais emergem, ao longo do histórico do ensino e da especialização médicas, como recurso material para gestão de competências. Compreender que o exercício clínico e a capacitação para promoção de assistência não se traduzem exclusivamente em destreza para realizar procedimentos ou intervenções significou importante avanço na formação de profissionais médicos, incorporando nas rotinas avaliativas a demanda crescente por um cuidado centrado em pessoas e pautado nas melhores evidências.

O nosso Manual de Competências do médico residente tem seu conteúdo apresentado na forma de um *check-list* de fácil visualização e utilização. As competências são apresentadas conjuntamente a duas colunas para o preenchimento do médico residente: Estudo (aquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre a competência) e Domínio (incorpora não apenas a aquisição do conteúdo teórico ou habilidade prática, mas o domínio da competência na prática clínica).

Avaliação

A formação do residente deve ser entendida como um processo contínuo de aprendizado e avaliação. A avaliação formativa pressupõe que o ato de avaliar é parte do processo de ensino e aprendizagem.⁹ Se for feita ao longo da formação, permite o reconhecimento de lacunas no aprendizado, dificuldades do residente e oferece espaço para propor soluções para as dificuldades observadas.⁹ Diversos países instituem alguma forma de avaliação longitudinal na formação do médico de família, geralmente misturando avaliação formativa e somativa.¹⁰ Um elemento importante da avaliação formativa é o *feedback* efetivo, aquele que é oportuno, específico, inicia com autoavaliação, se restringe a fatos observáveis e feito em ambiente acolhedor.

Neste sentido, no PRM de MFC da FMUSP busca-se alcançar todas as prerrogativas dispostas no currículo de competências e, ao mesmo tempo, realizar um processo avaliativo que ajude na formação do residente, aponte questões a serem trabalhadas e forneça *feedback* útil.

Para alcançarmos todas as prerrogativas dispostas pelo currículo de competências para a formação do MFC, desenvolve-se um processo de avaliação global que inclui:

- Avaliação dos Médicos Residentes
- Avaliação da Estrutura Docente

Avaliação dos Médicos Residentes

O acompanhamento do aprendizado e desenvolvimento das competências estipuladas ocorre de maneira sistemática e estruturada através de um Plano de Avaliação, que se fundamenta em:

A - Avaliação de Conhecimentos

A Avaliação de Conhecimentos pretende dimensionar a aquisição e o domínio do Saber Técnico-Teórico pelo médico residente. Os conhecimentos a serem observados são os determinados pelo Manual de Competências do Programa de Residência Médica.

Mais do que se encerrar no dado teórico por si só, o conhecimento deve se reverter em conjuntos de informações integradas pelo residente em um esquema próprio que favoreça o julgamento e comportamento adequados para o cuidado em saúde (Quadro 3).

Quadro 3. Instrumentos de avaliação de Conhecimentos.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente da aquisição e domínio de Conhecimentos conforme determinado no Manual de Competências.⁸
 Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
 Análise de registros, casos clínicos e discussões supervisionada pelos médicos tutores ou preceptores.
 Conhecimentos manifestos em apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
 Avaliação do conhecimento adquirido em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
 Avaliação Objetiva na forma de prova discursiva de respostas curtas.

B - Avaliação de Habilidades

A Avaliação de Habilidades compreende o Saber Fazer, ou seja, a capacidade e os modos do médico residente reproduzir o conhecimento na sua prática clínica. Os instrumentos propostos para avaliação de habilidades estão expostos no Quadro 4.

Quadro 4. Instrumentos de avaliação de Habilidades.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente da aquisição e domínio de habilidades conforme determinado no Manual de Competências.⁸
 Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
 Análise de registros, casos clínicos e discussões supervisionada pelos médicos tutores ou preceptores.
 Habilidades manifestas em apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
 Avaliação de habilidades realizadas em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
 Videogravações de atendimentos.
 Ferramenta de observação de consulta.
 Demonstrações de técnicas diagnósticas e terapêuticas.

C - Avaliação de Atitudes

A Atitude refere-se ao Saber Ser e Querer Fazer, compreendendo o interesse pela busca por conhecimento e pelo desenvolvimento de habilidades, além de comprometimento, responsabilidade e entrega pela especialidade, pelas pessoas e por suas famílias. Por isso, a Avaliação de Atitudes deverá incorporar a integração de dimensões relacionais, afetivas e éticas ao conjunto de conhecimentos e habilidades do médico residente. O Quadro 5 descreve alguns instrumentos usados por nosso PRM para avaliação de atitudes.

Instrumentos de avaliação

Diversos instrumentos de avaliação são usados pelo PRM em MFC da FMUSP. A seguir, nós detalhamos estes instrumentos e tentamos traçar comparações com experiências na literatura.

Quadro 5. Instrumentos de avaliação de Atitudes.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico residente.
Avaliações Periódicas Tutor-Residente.
Atitude manifesta em discussões de casos e apresentações (artigo científico durante o primeiro ano, relato de experiência clínica no segundo ano).
Avaliação de atitudes em estágios supervisionados por médicos especialistas focais.
Registro de frequência e pontualidade a atividades programadas.
Registro de cumprimento de atividades e atribuições.
Registro de número de atendimentos.
Responsabilidade perante os pacientes, equipe de saúde e tarefas a seus cuidados.
Relação médico-paciente e multiprofissional.
Disposição para assistência didática a alunos e profissionais da equipe.
Postura ética.
Videografações de atendimentos.
Ferramenta de observação de consulta.

Avaliações Periódicas Tutor-Residente

São realizadas reuniões periódicas entre o tutor e o residente com a finalidade de seguimento avaliativo tanto dos aspectos de aquisição das competências pretendidas pelo residente quanto à capacidade docente do tutor.

Os encontros seguem um modelo de *feedback* com intuito de melhoria da aprendizagem por parte do residente e do ensino por parte do tutor. A proposta é que o residente realize uma autoavaliação antes de conversar com seu tutor e receber o *feedback*. Este modelo é organizado por um questionário criado pela residência com 27 itens (Quadro 6) aplicado trimestralmente.

Este modelo tem algumas vantagens: permite traçar planos compartilhados de aprendizado trimestrais para os residentes e reavaliar estes planos na próxima avaliação; a atividade de autoavaliação permite reconhecer o que o residente entende como um problema na sua formação e comparar este entendimento com a observação de seu preceptor. As desvantagens e desafios que notamos são: a avaliação não é tão oportuna quanto o ideal, algumas deficiências clínicas e atitudes dos residentes podem passar sem *feedback*; o tempo despendido na avaliação é longo, em geral mais de uma hora por residente, muitas vezes é difícil dois profissionais ao mesmo tempo liberarem tempo de suas agendas para a avaliação do residente.

Há relatos de experiências de avaliação similares. Uma ferramenta interessante foi proposta no Canadá através da realização de “notas de campo”, um *feedback* objetivo e curto, escrito em formulário específico e endereçado a algo observado no próprio dia pelos supervisores que discutem casos com residentes. Os residentes organizam estes *feedbacks* em base *online* e a cada 4 meses ocorre reunião com seus supervisores para um *feedback* mais longo, para rever seu progresso e criar um plano conjunto de metas.¹²

Ferramenta de observação de consulta

Há poucos relatos na literatura da aplicação da ferramenta de observação da consulta (*The Consultation Observation Tool*) e como ela pode ser utilizada na avaliação dos residentes. A maior experiência com esta ferramenta é da Inglaterra, durante a formação dos médicos de família e comunidade. As consultas são

Quadro 6. Itens do formulário de *Feedback* Tutor-Residente desenvolvido pelo PRM em MFC da FMUSP.¹¹

Frequência
Pontualidade
Conhecimento adequado para o nível (R1 ou R2)
Realiza adequadamente a anamnese
Realiza adequadamente o exame físico
Integra o conhecimento teórico com a queixa e planeja investigação adequada (raciocínio clínico)
Considera as evidências científicas nas decisões
Formula um plano de acompanhamento adequado
Maneja eficientemente o tempo
Preenche corretamente o prontuário
Busca referências teóricas adequadas
Demonstra conhecimento sobre suas deficiências
Comunica-se eficientemente
Envolve o paciente na investigação e tratamento
Responsabiliza-se pelos pacientes ao longo do tempo
Desenvolve bom vínculo com o paciente e a família
Faz a consulta com ênfase no paciente e na família
Participa das reuniões e atividades da equipe
Apresenta adequadamente os casos para a equipe
Articula com os diferentes membros da equipe ações para a condução dos casos
Tem iniciativa, propõe ações conjuntas
Conhece os instrumentos ligados à prática: CIAP, ferramentas de registro, vigilância epidemiológica
Participa de alguma atividade comunitária (grupo, conselho local, etc)
Conhece o território
Assistência didática aos alunos e outros profissionais da equipe de saúde
Postura ética
Evolução do conhecimento ao longo do estágio

registradas em vídeo e o próprio residente seleciona algumas para serem avaliadas pelo examinador. As consultas devem ser gravadas ao longo de seu treinamento como médico de família refletindo variedade de contextos e pacientes. Recomenda-se pelo menos um caso de atendimento de crianças menores de 10 anos, idosos (maior de 75 anos) e uma consulta de saúde mental. O tempo de consulta não deve exceder 15 minutos, uma vez que é um item avaliado. Recomenda-se a realização de, no mínimo 6 COTs no primeiro e no segundo ano do treinamento, no terceiro ano recomenda-se 12 COTs.¹³

O COT, por sua vez, é apenas um dos componentes de Avaliação Baseada no Local de Trabalho (WPBA)¹⁴ que compõe o exame MRCGP (*Member of the Royal College of General Practitioner*). O MRCGP é um sistema de avaliação integrado, cujo sucesso confirma que um médico completou de forma satisfatória o treinamento e pode exercer a medicina de família no Reino Unido sem supervisão.

No PRM de MFC da FMUSP o COT é empregado como forma de avaliação durante os dois anos da formação. A proposta é de que durante um turno de atendimento de cada semestre do ano letivo os residentes sejam acompanhados por um membro do corpo docente (tutor ou preceptor) que não seja da sua equipe e de preferência que atue numa unidade diferente. O avaliador deverá seguir uma ficha específica e observar os atendimentos do residente anotando informações pertinentes.

A avaliação do COT é realizada de acordo com 13 itens (Quadro 7), propostos pelo *Detailed Guide to the Performance Criteria (PC)*.¹³

Quadro 7. Itens avaliados no COT (*Consultation Observation Tool*).¹³

PC1: O médico encoraja o paciente a contribuir na consulta
PC2: O médico observa sinais (pistas) que levam a uma profunda compreensão do problema
PC3: O médico usa informações psicológicas e sociais apropriadas para o contexto
PC4: O médico explora a compreensão da saúde do paciente
PC5: O médico obtém informações suficientes para incluir ou excluir prováveis hipóteses diagnósticas
PC6: O exame físico/mental escolhido é adequado para confirmar ou refutar hipóteses diagnósticas, ou foi projetado para abordar a preocupação de um paciente.
PC7: O médico parece fazer um diagnóstico clínico apropriado
PC8: O médico explica o diagnóstico em linguagem apropriada
PC9: O médico busca a compreensão do paciente sobre o diagnóstico
PC10: O plano de gerenciamento (incluindo receita) é apropriado para o diagnóstico
PC11: O paciente tem a oportunidade de se envolver nas decisões
PC12: O médico faz uso dos recursos disponíveis
PC13: O médico especifica as condições e o intervalo de acompanhamento ou revisão

A proposta aplicada no nosso PRM consiste na avaliação presencial de atendimentos espontâneos, já o *Royal College of General Practitioners (RCGP)* recomenda a avaliação de vídeos dos atendimentos selecionados pelo próprio médico em formação.

Na FMUSP, um dos grandes entraves à realização mais frequente de COTs é a falta de tempo, pois os tutores são médicos das equipes de Estratégia Saúde da Família e a saída da Unidade para supervisionar atendimento pode culminar com a diminuição de atendimento à população.

Videogravação de atendimentos

A gravação de consultas é o padrão-ouro para avaliação de técnicas de comunicação na prática generalista. É descrita desde os anos 1954 em Amsterdam e posteriormente se generalizou no Reino Unido.¹⁵ O método da entrevista baseada no problema (*Problem Based Interview – PBI*) foi descrito por Lesser¹⁶ como um procedimento centrado no paciente, pragmático e adequado ao contexto da atenção primária e ao treinamento de residente em Medicina de Família. Surgiu devido à necessidade de uma abordagem diferenciada das outras especialidades por suas características de alta prevalência de queixas de saúde mental e alta taxa de melhora espontânea de sintomas.

O importante guia para entrevista médica Calgary-Cambridge¹⁷ foi desenvolvido no Canadá em 1998 e divide a consulta em 7 passos e 71 itens que podem ser analisados entre as diversas formas de comunicação verbal e não verbal. Durante a análise das consultas gravadas são principalmente esses detalhes que serão avaliados. Os sete passos da consulta são: iniciando a sessão, coleta de informações, providenciando estrutura, criando relacionamento, explicação e planejamento, encerrando a sessão e opções na explicação e planejamento. Seguindo esses passos, espera-se que ocorra uma entrevista com escuta ativa, compartilhando expectativas e planos entre equipe e paciente e com menor ruído de comunicação.¹⁸

Na Espanha,¹⁹ desde 2006 é obrigatório o ensino das técnicas de comunicação através da dramatização, gravação de consultas e exercícios em grupo no programa de residência em MFC. Na Noruega,²⁰ as gravações são realizadas já durante a graduação em Medicina. Muitos alunos relataram sentirem-se inseguros e amedrontados, com vergonha de assistir à gravação, medo de demonstrar conhecimentos médicos insuficientes, de ser inadequado na personalidade ou em habilidades básicas de comunicação. Na Bélgica,²¹ alunos e médicos utilizam esse recurso há mais de 40 anos e apresentam queixas semelhantes às dos alunos noruegueses, ressaltando ainda que para gravação gasta-se tempo que poderia ser utilizado em consultas.

No PRM de MFC da FMUSP a filmagem de consultas para o aprendizado é empregada mensalmente entre os residentes nos dois anos de formação através do método de análise PBI ou microanálise. Cada residente é responsável pela gravação de consultas mediante autorização explícita do paciente e assinatura de termo de consentimento, que é anexado ao prontuário do paciente. Em todas as UBS há uma câmera fornecida pela FMUSP que fica à disposição para os residentes. A câmera fica visível durante a gravação, o que pode influenciar o modo que médico e paciente se comportam durante a consulta. O exame físico não é gravado.

Para a análise dos filmes, há pelo menos um MFC mediador que orienta as regras do grupo: sigilo do conteúdo, apresentação de ao menos uma gravação de cada participante, paralisação do vídeo em qualquer momento para comentários, sugestões e críticas. Na exibição, o médico residente descreve qual o motivo de escolha daquela consulta. Em qualquer momento durante a exibição, qualquer participante pode solicitar que seja paralisado o vídeo para realizar críticas construtivas sobre a comunicação e a cada paralisação o participante do vídeo é encorajado a iniciar a análise para então os outros participantes comentarem.

É essencial que sempre que se realize um comentário crítico seja mencionado algo positivo, proporcionando um *feedback* construtivo. Ao final, discute-se como o analisado se sentiu durante a sessão. As sessões duram em torno de 60 minutos cada e todos do grupo devem apresentar gravações durante o ano, uma a cada mês, de forma que todos compartilhem da mesma experiência de exposição.

Durante a residência observamos dificuldade com a gravação dos vídeos por interrupções, uso aleatório de consultórios e poluição sonora. Além disso, deve-se ressaltar que a consulta pode ficar menos espontânea. Apesar disso, é uma ferramenta comprovadamente eficiente para aprendizagem que é utilizada regularmente. Promove uma prática mais reflexiva que procura sugerir estratégias emocionais e cognitivo-comportamentais para melhor desempenho profissional.

Avaliação da Estrutura Docente

Conjuntamente, para concretização da excelência na formação dos médicos-residentes, há um plano para avaliação de todos os componentes da estrutura docente ao mínimo com uma periodicidade bianual que consiste nos seguintes itens (Quadro 8):

A - Avaliação de Estágios

Esta avaliação cumpre os seguintes objetivos:

1. Estudar a congruência dos diferentes estágios em andamento em relação aos objetivos docentes.
2. Avaliar a qualidade da supervisão.
3. Avaliar a conquista dos objetivos.
4. Avaliar a qualidade e a disponibilidade de recursos materiais e humanos para o ensino.

B - Avaliação de Atividades

Incorpora a avaliação por parte dos residentes das atividades de caráter teórico ou prático (aulas, cursos, *workshops*, discussões clínicas) com a finalidade de ajuste de estrutura e materiais didáticos, validação e qualificação dos espaços teóricos e práticos.

C - Avaliação dos Tutores

Para garantirmos a melhoria no ensino são realizadas avaliações juntamente aos tutores sobre o processo de docência que inclua as capacidades docentes, as dificuldades e sugestões.

Entendemos que a autoavaliação realizada pelo médico tutor é uma ferramenta importantíssima, pois cada tutor conhece suas particularidades e seu próprio estilo de tutoria e deve ser consciente do impacto que tem no residente.

Além disso, as Avaliações Periódicas Tutor-Residente, com o uso do Formulário de *Feedback* pelo residente, cumprem o papel de trazer tais questões para o diálogo com o seu residente e colocar em prática os planos de aprimoramento do ensino e aprendizagem.

Outro espaço essencial é a realização de discussão em grupo de tutores com preceptores e coordenador do Programa de Residência Médica, uma vez que permite a troca de experiências sobre o processo de docência e, assim, seu aperfeiçoamento.

D - Avaliação da Gestão Administrativa

Será importante realizar ao longo do ano uma vigilância pelos médicos-residentes, tutores, preceptores e coordenador do Programa de Residência Médica a respeito da adequação dos órgãos institucionais e de gestão aos objetivos descritos pelo PRM.

Idealmente, deve se criar um método de avaliação estruturado a ser realizado pelo menos anualmente e exposto aos órgãos de gestão para discussão dos resultados e proposições. Instrumentos propostos para avaliação docente estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8. Instrumentos de avaliação da estrutura docente.¹¹

Autoavaliação realizada pelo médico tutor.

Avaliações Periódicas Tutor-Residente.

Pesquisas de opinião.

Entrevistas individuais: com residentes, tutores, profissionais das UBSs, responsáveis por estágios hospitalares, gestores.

Discussão em grupos específicos: residentes com preceptores, tutores com preceptores e supervisor.

Arranjos institucionais

Vencidos todos os obstáculos e estabelecidas todas as diretrizes de um currículo de competências há ainda a importância de se firmarem arranjos institucionais que garantam condições ao cumprimento dos objetivos propostos.

A instituição deve garantir e facilitar quatro eixos de intervenção:

1. Atividades de manutenção e melhora da competência dos tutores em formação clínica e em metodologia docente
2. Condições assistenciais e docentes idôneas
3. Incentivos à manutenção do empenho e motivação
4. Estrutura adequada para os processos de ensino-aprendizagem

Deverá existir um esforço institucional para garantir dignidade à estrutura docente, estrutura física para atendimentos, realização de procedimentos, discussões, estudo, além dos materiais e insumos necessários.

Considerações finais

O estabelecimento de um currículo de competências do especialista em medicina de família e comunidade é processo vital para organização dos programas de residência nos processos de aprendizado, docência, avaliação.

A utilização de referenciais internacionais e nacionais juntamente ao envolvimento dos MFCs e residentes favorece a organização destas competências respeitando-se as particularidades e realizando-se adaptações conforme as singularidades de cada PRM.

Simultaneamente, é essencial fortalecer o apoio institucional e da gestão administrativa das unidades de saúde, pois serão as condições chave para o provimento dos recursos e garantias para o cumprimento dos objetivos propostos.

Referências

1. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag.* 2009;16(4):6-7.
2. McWhinney IR. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract.* 1996;46(408):433-6.
3. Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade de McWhinney. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 536 p.
4. Royal College of General Practitioners Curriculum 2010 (RCGP). Being a General Practitioner. 2012 [cited 2017 Aug 30]; Available from: http://www.gmc-uk.org/RCGP_Curriculum_1_Being_a_GP.pdf_49504415.pdf
5. Coordenação Internato Médico Medicina Geral Familiar Zona Norte (CIMGFZN). Portfolio do Interno - Internato Médico de Medicina Geral e Familiar [Internet]. Porto; 2011 [cited 2017 Aug 30]. Available from: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Internatos/Medicina_Geral_e_Familiar/Ficheiros/Manuais_de_Formação/Portfolio_Jan2011.pdf
6. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar Y Comunitaria [Internet]. Madrid; 2005 [cited 2017 Aug 30]. Available from: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
7. Parry SB. The Quest for competencies. *Training.* 1996;33(7):54-6.
8. Valladão Jr J, Gusso G, Olmos R, editors. Parte 3: Manual de competências. In: Manual do Médico Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 435-614.
9. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2014;47(3):324-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p324-331>

10. Flum E, Maagaard R, Godycki-Cwirko M, Scarborough N, Scherpbier N, Ledig T, et al. Assessing family medicine trainees--what can we learn from the European neighbours? *GMS Z Med Ausbildung*. 2015;32(2):Doc21.
11. Vicentim E, Valladão Jr J. Ferramentas de Avaliação. In: Valladão Jr J, Gusso G, Olmos R, eds. *Manual do Médico Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP)*. São Paulo: Atheneu; 2017. p. 615-33.
12. Ross S, Poth CN, Donoff M, Humphries P, Steiner I, Schipper S, et al. Competency-based achievement system: using formative feedback to teach and assess family medicine residents' skills. *Can Fam Physician*. 2011;57(9):e323-30.
13. Consultation Observation Tool (COT) for MRCGP Workplace Based Assessment. [Internet]. [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/training/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba/cot-for-mrcgp-workplace-based-assessment.aspx>
14. WPBA competences [Internet]. [cited 2017 Aug 29]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/training-exams/mrcgp-workplace-based-assessment-wpba/wpba-competence-framework.aspx>
15. Verby JE, Holden P, Davis RH. Peer review of consultations in primary care: the use of audiovisual recordings. *Br Med J*. 1979;1(6179):1686-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.6179.1686>
16. Lesser AL. Problem-based interviewing in general practice: a model. *Med Educ*. 1985;19(4):299-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.1985.tb01325.x>
17. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. London: CRC Press; 2016. 317 p.
18. Ramos V. A consulta em 7 passos - Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar [Internet]. Lisboa; 2008 [cited 2017 Aug 29]. Available from: [http://www.apmgf.pt/ficheiros/A Consulta 7 passos.pdf](http://www.apmgf.pt/ficheiros/A%20Consulta%207%20passos.pdf)
19. Moral RR, Rodriguez Salvador JJ, de Torres LP, Prados Castillejo JA; COMCORD Research Group. Effectiveness of a clinical interviewing training program for family practice residents: a randomized controlled trial. *Fam Med*. 2003;35(7):489-95.
20. Nilsen S, Baerheim A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it - a focus-group based qualitative study. *BMC Med Educ*. 2005;5:28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-5-28>
21. Eeckhout T, Gerits M, Bouquillon D, Schoenmakers B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. *Postgrad Med J*. 2016;92(1090):431-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133633>