

Explorando o *Viva Voce*: um relato de experiência sobre o uso desse método avaliativo em residência em medicina de família e comunidade no Recife

Exploring the *Viva Voce*: an experience report on the use of this evaluative method in family practice residency in Recife

Explorando el Viva Voce: un relato de experiencia sobre el uso de este método evaluativo en la residencia de medicina familiar y comunitaria en Recife

Lucas Campos Studart¹ , Maria Olivia Lima de Mendonça¹ , Rubens Cavalcanti Freire da Silva^{1,2} , Isabel Brandão Correia^{1,2} , João Victor Moreira¹ 

¹Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Recife – Recife (PE), Brasil.

²Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Resumo

Introdução: Durante o século XIX, a prática do ensino médico no mundo não era uniformizada, mas os avanços científicos impulsionaram a formalização da educação em saúde, com base no cientificismo e centrada nas doenças. Esse modelo, porém, falhava em compreender a complexidade social da saúde, impulsionando, após anos, reformas para uma formação médica mais crítica. Apesar dos avanços, ainda é perceptível a dificuldade em superar inteiramente a defasagem na formação crítica da medicina, sendo um grande desafio a avaliação do desempenho integrado do aluno. Nesse sentido, surge o *Viva Voce*, uma espécie de avaliação oral introduzida no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Recife (PRMFC Sesau Recife) em 2022. **Objetivo:** Descrever a experiência da implementação e realização do *Viva Voce* neste programa de residência. **Métodos:** O *Viva Voce* é uma modalidade de exame oral caracterizada pela interação face a face do examinado com os examinadores, sem o envolvimento de pacientes. No contexto do PRMFC Sesau Recife, o exame é realizado semestralmente e destina-se a avaliar os residentes quanto às atitudes e ao raciocínio clínico. É organizado por meio da criação de casos clínicos simulados e estruturados em etapas, com definição de objetivos de aprendizagem. Os residentes são avaliados individualmente, seguindo um roteiro e um formulário de avaliação. **Resultados:** A implementação do *Viva Voce* proporcionou uma avaliação formativa e somativa, focada no raciocínio clínico e na tomada de decisões dos residentes. A modalidade avaliativa é considerada relevante para analisar criticidade e competências comunicativas. No entanto, enfrenta desafios, como a necessidade de treinamento de examinadores e o manejo da ansiedade dos alunos. **Conclusões:** O *Viva Voce* mostra-se como um importante aliado na formação médica, proporcionando uma avaliação que contempla aspectos essenciais da prática em saúde. Apesar de desafios como a ansiedade dos alunos, o *Viva Voce* contribui para a diversificação da estrutura avaliativa, essencial para formar profissionais de saúde de qualidade.

Palavras-chave: Estudo de avaliação; **Internato** e residência; Ensino.

Autor correspondente:

Lucas Studart

E-mail: lucascstudart@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 08/04/2024.

Aprovado em: 27/05/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Studart LC, Mendonça MOL, Silva RCF, Correia IB, Moreira JV. Explorando o *Viva Voce*: um relato de experiência sobre o uso deste método avaliativo em residência em medicina de família e comunidade no Recife. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4244. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4244](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4244)



Abstract

Introduction: During the 19th century, the practice of medical education worldwide was not standardised, but scientific advances propelled the formalisation of health education, based on scientism and focused on diseases. However, this model failed to understand the social complexity of health, leading, after years, to reforms aimed at a more critical medical education. Despite the advances, it is still noticeable the difficulty in completely overcoming the gap in critical medical education, with evaluating integrated student performance being a major challenge. In this sense, *Viva Voce* emerges, a type of oral assessment introduced in the Family Practice Residency Program of the Recife Health Department (PRMFC Sesau Recife) in 2022. **Objective:** To describe the experience of implementing and conducting the *Viva Voce* in this residency program. **Methods:** The *Viva Voce* is a form of oral examination characterized by face-to-face interaction between the examinee and the examiners, without the involvement of patients. Within the context of the PRMFC Sesau Recife, the exam is conducted semiannually and aims to evaluate residents regarding attitudes and clinical reasoning. It is organised by creating simulated clinical cases structured in stages, with defined learning objectives. Residents are individually assessed, following a script and an evaluation form. **Results:** The implementation of *Viva Voce* provided a formative and summative evaluation, focused on the clinical reasoning and decision-making of residents. The evaluative modality is considered relevant for analysing criticality and communication skills. However, it faces challenges such as the need for examiner training and managing student anxiety. **Conclusions:** *Viva Voce* proves to be an important ally in medical education, providing an evaluation that encompasses essential aspects of health practice. Despite challenges such as student anxiety, *Viva Voce* contributes to diversifying the evaluative structure, essential for training quality healthcare professionals.

Keywords: Evaluation study; Internship and residency; Teaching.

Resumen

Introducción: Durante el siglo XIX, la práctica de la enseñanza médica en el mundo no era uniforme, pero los avances científicos impulsaron la formalización de la educación en salud, basada en el cientificismo y centrada en las enfermedades. Sin embargo, este modelo fallaba en comprender la complejidad social de la salud, lo que impulsó, después de años, reformas hacia una formación médica más crítica. A pesar de los avances, aún se percibe la dificultad de superar completamente el rezago en la formación crítica de la medicina, siendo un gran desafío la evaluación del rendimiento integrado del estudiante. En este sentido, surge el *Viva Voce*, una especie de evaluación oral introducida en el Programa de Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria de la Secretaría de Salud de Recife (PRMFC Sesau Recife) en 2022. **Objetivo:** Describir la experiencia de la implementación y realización del *Viva Voce* en este programa de residencia. **Métodos:** El *Viva Voce* es una modalidad de examen oral caracterizada por la interacción cara a cara del examinado con los examinadores, sin la participación de pacientes. En el contexto del PRMFC Sesau Recife, el examen se realiza semestralmente y tiene como objetivo evaluar a los residentes en cuanto a actitudes y razonamiento clínico. Se organiza mediante la creación de casos clínicos simulados y estructurados en etapas, con definición de objetivos de aprendizaje. Los residentes son evaluados individualmente, siguiendo un guion y un formulario de evaluación. **Resultados:** La implementación del *Viva Voce* proporcionó una evaluación formativa y sumativa, centrada en el razonamiento clínico y la toma de decisiones de los residentes. La modalidad de evaluación se considera relevante para analizar la criticidad y las competencias comunicativas. Sin embargo, enfrenta desafíos, como la necesidad de capacitación de examinadores y el manejo de la ansiedad de los estudiantes. **Conclusiones:** El *Viva Voce* se muestra como un importante aliado en la formación médica, proporcionando una evaluación que contempla aspectos esenciales de la práctica en salud. A pesar de los desafíos como la ansiedad de los estudiantes, el *Viva Voce* contribuye a la diversificación de la estructura evaluativa, esencial para formar profesionales de la salud de calidad.

Palabras clave: Estudio de evaluación; Internado y residencia; Enseñanza.

INTRODUÇÃO

Durante o século XIX, o ensino médico era caracterizado por uma notável falta de uniformidade em seus métodos e estruturas. Processos seletivos, metodologias de avaliação, carga horária e currículos variavam consideravelmente entre as instituições, enquanto a falta de regulamentação externa e a prevalência do empirismo eram amplamente observadas.¹ No entanto, à medida que o método científico ganhava força ao longo do século e sob influências de diversos agentes, incluindo a indústria farmacêutica, a medicina passou por uma transformação significativa.^{1,2} Esse fato resultou na necessidade premente de formalização da educação em saúde.

No contexto, emergiu o influente Relatório Flexner, elaborado pelo médico norte-americano Abraham Flexner. Reconhecido como um marco na história da educação médica, este estudo teve um impacto global significativo ao catalisar a reestruturação das instituições de ensino em saúde. Suas características

primordiais incluíam a distinção entre ciclos básico e profissional, a adoção de um modelo de ensino disciplinar ou especializado e a integração substancial dos ambientes hospitalares como espaços de aprendizado essenciais.²

Apesar da importância histórica do estudo de Flexner, ao longo do século XX, o modelo de ensino focado na doença, que separava os objetos de seus contextos, com conteúdos que se dividiam em disciplinas sem integração, formava médicos incapazes de compreender e integrar a complexidade da realidade social.³ É importante ressaltar que o processo saúde-doença é complexo e influenciado pelos determinantes sociais em saúde, como, por exemplo, a pobreza dos indivíduos, a ausência de infraestrutura comunitária e as iniquidades sociais.⁴ Diante disso, tornou-se necessário buscar respostas além do estudo da fisiopatologia das doenças para os principais agravos de saúde da população.

Nesse sentido, muitas foram as revoluções nas esferas da saúde e do ensino que buscavam a formação de profissionais mais críticos, como a reforma preventivista, a ideia de que os serviços de ensino precisam estar integrados à assistência, a Conferência de Alma-Ata e a valorização do processo de cuidado de não enfermos.² Esses mesmos movimentos, inseridos no contexto histórico brasileiro de derrocada da Ditadura Militar, contribuíram para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sob os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.^{5,6}

De forma similar, na esfera da Educação Médica, liderada pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), pela Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (DENEM) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), tais reflexões e mudanças contribuíram para a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Essas diretrizes instituíram um currículo baseado na aquisição de competências, habilidades e atitudes, inicialmente na graduação e expandindo-se às especialidades médicas.⁵ O objetivo é formar profissionais de saúde capazes de exercer a medicina fundamentando-se em domínios bem estabelecidos, visando alta qualidade nos atendimentos, segurança, autonomia e, no caso da Atenção Primária à Saúde, alta resolutividade.^{7,8}

A despeito de todo o avanço, ainda é perceptível a dificuldade em superar inteiramente a defasagem na formação crítica da Medicina, e muitos dos avanços conquistados ao longo do tempo ainda são considerados contra-hegemônicos.² O impacto é visto inclusive dentro das Residências Médicas, consideradas hoje padrão-ouro na formação de especialistas nas mais diversas áreas. Apesar da criação de matrizes curriculares, os programas de residência ainda carecem de formatos de avaliação de aprendizagem e *feedback* contínuo que deem conta de garantir a aquisição de competências, envolvendo seus aspectos cognitivos, técnicos, afetivos, relacionais, integrativos e contextuais.⁷

Ainda, é entendido que encontrar uma ferramenta avaliativa que determine o desempenho integrado do aluno é um desafio.⁹ Estudos mostram que a maioria das escolas médicas conseguiu adaptar estratégias de ensino e aprendizagem para atingir suas metas; no entanto, para que esse processo seja efetivo, é importante que os instrumentos avaliativos estejam alinhados às estratégias e aos objetivos do currículo.^{10,11} Nesse sentido, faz-se necessário o emprego de processos avaliativos que contemplem os diferentes aspectos do aprendizado e que tenham diferentes funções. Dentre as funções dos exames, o formativo (ou contínuo) tem por finalidade dar *feedback* rápido e eficaz, permitindo melhorias no aprendizado e facilitando a tomada de novas estratégias de ensino quando necessárias.¹² Por outro lado, o somativo propõe-se a revelar o grau alcançado dos objetivos educacionais testados ao final dos processos educativos.¹² Vale ressaltar que uma mesma avaliação pode ter ambos os caracteres.

Ademais, é importante ter em mente quais esferas de conhecimento pretende-se trabalhar com as avaliações. Por exemplo, ao considerar a dimensão integrativa das competências, discute-se sobre o uso racional do conhecimento técnico e científico adquirido durante o processo formativo, elaborando-se o raciocínio clínico, biológico, humanístico e social. Isso visa a construção de um julgamento clínico, a formulação de hipóteses diagnósticas e a tomada de decisões no conceito amplo de saúde.⁷ A competência diagnóstica, por outro lado, relaciona-se à aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, à organização mental desses conhecimentos e à forma como são acionados para a solução de um caso clínico. Em outras palavras, é a competência que aborda o raciocínio clínico e é um importante indicador de qualidade da prática médica.¹³ Vários instrumentos avaliativos se propõem a verificar esse tipo de raciocínio, como o mini-CEX (*Mini-Clinical Evaluation Exercise*), o OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*)⁷ e o *Viva Voce*.

O *Viva Voce*, objeto deste relato de experiência, consiste em uma modalidade de exame oral caracterizada pela interação face a face de um examinado e um ou mais examinadores, assemelhando-se a uma entrevista, sem o envolvimento de pacientes.^{14,15} Uma das características deste processo avaliativo é a superação das defasagens apresentadas por outros tipos de testes orais, demonstrando boa validade, boa confiabilidade e replicabilidade ao se utilizar a metodologia estruturada do exame, com objetivos predeterminados e preparo de examinados e examinadores. Isso permite avaliar diversas áreas simultaneamente, como conhecimento, raciocínio clínico, atitudes e autoconfiança dos candidatos.¹⁶

O *Viva* (exame oral) pode assumir diferentes formas. Por exemplo, pode ser realizado privativamente, com uma presidência independente, uma banca examinadora composta por avaliadores internos e externos à instituição, aliado a um supervisor que tem um papel de suporte, como no Reino Unido e na Austrália.^{14,17} Mas também pode ser realizado em público, como acontece nos países escandinavos, onde os doutorandos precisam defender suas teses através do debate verbal com uma plateia que é convidada a fazer perguntas e participar ativamente.¹⁸ O uso do *Viva* tem assumido um papel importante na avaliação da aprendizagem na educação médica, na enfermagem e em programas de doutoramento, fornecendo insights únicos sobre o pensamento crítico das pessoas avaliadas.¹⁹

O grande salto dos Vivas tradicionais para modelos estruturados como o *Viva Voce* é que, enquanto o primeiro parece apresentar baixa validade de conteúdo, baixa confiabilidade entre avaliadores e entre casos, inconsistência nas pontuações e falta de padronização, o segundo, ao uniformizar o teste e estabelecer objetivos claros e metas, atinge uma boa confiabilidade e validação para avaliar, sobretudo, o raciocínio clínico e a tomada de decisões do residente.¹⁶

A partir do ano de 2022, o *Viva Voce* passou a compor o rol avaliativo do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Saúde do Recife (PRMFC Sesau Recife). Entendendo que a modalidade avaliativa é nova e pouco explorada, sobretudo no contexto brasileiro, o presente relato tem por objetivo descrever a experiência da implementação e realização do exame neste programa de residência.

MÉTODOS

Este relato de experiência é um estudo descritivo, desenvolvido a partir das recomendações das diretrizes SQUIRE 2.0.²⁰

O *Viva Voce* é realizado semestralmente no PRMFC Sesau Recife, constituindo uma avaliação somativa e formativa destinada aos residentes do primeiro e segundo ano. Em média, vinte residentes compõem o programa.

A organização do *Viva Voce* ocorre por meio da criação de casos clínicos simulados, separados por temas correlatos aos trabalhados no espaço teórico denominado Seminários de Temas Clínicos (STC) da residência. Quatro preceptores sistematizam os temas do STC, decidindo quais são os mais pertinentes a serem trabalhados, em consonância com o principal referencial teórico utilizado, o *Assessment Objectives for Certification in Family Medicine*, do Canadá.⁸

Após a escolha dos temas, a estruturação da avaliação é realizada de acordo com as seguintes etapas:

- I. Selecionar as competências a serem avaliadas, preferencialmente utilizando o documento canadense mencionado anteriormente como referência.
- II. Determinar e descrever em média 5 a 10 objetivos de aprendizagem plausíveis e condizentes com a realidade a serem avaliados. Selecionar um objetivo essencial que deve ser abordado obrigatoriamente pelo residente. A escolha do objetivo essencial deve ser orientada pela lógica de comprometimento do cuidado, onde a falha em abordá-lo poderia resultar em um grande prejuízo à segurança do paciente.
- III. Redigir um cenário clínico com uma pergunta disparadora que estimule a reflexão sobre os objetivos de aprendizagem.
- IV. Desenvolver perguntas estruturadas para utilizar se necessário induzir o avaliado durante a avaliação.
- V. Realizar uma rodada de teste com voluntários, como especialistas egressos do programa ou preceptores que não estejam envolvidos no processo, para ajuste de tempo e objetivos.
- VI. Elaborar um formulário *online* (*Google Forms*) com os critérios definidos para armazenamento das respostas.
- VII. Elaborar feedback e estratégia de avaliação do instrumento para garantir sua eficácia e utilidade na avaliação dos residentes.

Após a conclusão das etapas mencionadas, os temas são enviados aos residentes sem os objetivos de aprendizagem, com pelo menos um mês de antecedência, permitindo que eles se preparem para o exame.

No dia da avaliação, os residentes são recebidos em uma sala de reunião, onde recebem as orientações sobre o teste. Isso inclui informações sobre a duração do exame, como os avaliadores se comportarão e o fato de que o áudio do exame será gravado. Eles são instruídos a se comportar como se estivessem discutindo um caso clínico, verbalizando sempre sua linha de raciocínio. Além disso, são informados de que podem corrigir-se a qualquer momento caso percebam que forneceram alguma informação equivocada. O objetivo desse momento é criar um ambiente tranquilo e descontraído para a avaliação.

Os avaliadores, já tendo sido treinados através da participação em práticas preliminares e observação de outros *Viva Voce*, são orientados de que o objetivo do exame é avaliar o conhecimento e a compreensão do caso em questão, e que devem manter uma postura acolhedora e tranquila, garantindo um ambiente seguro, livre de abusos e julgamentos.

A avaliação ocorre simultaneamente em duas salas, cada uma com uma dupla de preceptores avaliadores. Os residentes são distribuídos de forma a evitar, preferencialmente, que sejam avaliados por

seus preceptores longitudinais, garantindo assim uma variedade de perspectivas. Cada residente tem um limite de trinta minutos para realizar o exame, tempo determinado de acordo com a quantidade de temas abordados. O controle do tempo para cada tema é feito pelos avaliadores, sem que isso seja revelado aos residentes, para evitar gerar ansiedade. Em geral, busca-se que o tempo destinado a cada tema seja semelhante. Se os examinadores perceberem que o aluno não está progredindo em determinado tema e o tempo estiver acabando, são orientados a passar para o próximo tema, mesmo que os objetivos não tenham sido totalmente alcançados.

Os residentes que não estão sendo avaliados permanecem juntos em uma sala de espera, aguardando sua vez. Um preceptor pode estar presente para auxiliar no decorrer da avaliação. Após a conclusão do exame, o aluno é instruído a não compartilhar informações sobre os casos com os demais colegas. No entanto, é preferível que aguardem até o final do exame, momento em que haverá uma oportunidade para feedback, como será explicado mais adiante.

Em termos práticos, o momento da avaliação ocorre da seguinte maneira: os avaliadores recebem o residente, apresentam os cenários clínicos e concluem com uma pergunta disparadora. Em seguida, permitem que o residente fale livremente, incentivando-o a verbalizar seu raciocínio clínico. Conforme os objetivos vão sendo alcançados, os preceptores preenchem um *checklist* no *Google Forms*. Se, ao término da fala livre, o residente não tiver abordado todos os objetivos, os preceptores podem fazer perguntas disparadoras previamente estruturadas para orientar o residente e estimulá-lo a apresentar seu raciocínio. Caso os objetivos sejam alcançados antes do tempo previsto, os avaliadores indicam, e então passam para o próximo tema. Se, mesmo com as orientações dos preceptores, o residente não conseguir responder, segue-se para o próximo tema ou finaliza-se a prova.

Para cada cenário, o residente é avaliado com base em metas a serem atingidas. Estabeleceram-se os conceitos da seguinte forma: atingida a meta (AM), quando todos os objetivos são contemplados; boa aproximação da meta (BAM), quando pelo menos 80% dos objetivos são alcançados, sendo um deles obrigatório; regular aproximação da meta (RAM), quando pelo menos 60% dos objetivos são alcançados, com um obrigatório; e insuficiente aproximação da meta (IAM), quando menos de 60% dos objetivos são atingidos ou o objetivo essencial não é contemplado.

Após a avaliação individual de todos os residentes, é realizado um momento de *feedback* no qual os objetivos de aprendizagem são apresentados e discutidos brevemente. Em seguida, os residentes recebem seus resultados individualmente. Se um residente receber o conceito de Insuficiente Aproximação da Meta, será solicitado que realize um estudo dirigido sobre o tema, incluindo a confecção de um mapa de conceitos.

Nas Figuras 1 e 2 são apresentados exemplos de um cenário, dos objetivos de aprendizagem e do *Google Forms* utilizado para avaliação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando-se a trajetória histórica, é evidente que todas as reformas e revoluções nas formações médicas surgiram da constatação da insuficiência dos modelos de ensino, aprendizagem e avaliação anteriores. Partiu-se de um ensino fragmentado e não uniforme, evoluindo para um modelo puramente tecnicista e, finalmente, rumando para uma prática médica crítica, reflexiva e baseada em evidências científicas. No contexto nacional, para alcançar essa meta, criaram-se órgãos reguladores e associações que continuam a estudar formas de aprimorar o ensino e a avaliar a qualidade da formação médica no

Tosse crônica

Jovem, 17 anos, com tosse há mais de dois meses, vem ao posto para uma primeira avaliação. Não há registro de consultas anteriores, apenas das últimas vacinações. Como você conduziria o diagnóstico diferencial neste caso?

PONTOS

- 1) Reconhecer os diagnósticos diferenciais e como conduzir a investigação para confirmar ou descartar cada um: a. Asma; b. DRGE; c. Tuberculose; d. Tabagismo; e. medicações. (Pelo menos 3, sendo 1 deles TB) **(OBJETIVO OBRIGATÓRIO)**
- 2) Destacar que se trata de uma tosse crônica por ter duração maior de 2 ou 3 semanas (depende da referência. Dynamed define tosse crônica a partir de 8 semanas);
- 3) Refletir sobre o contexto epidemiológico como justificativa para a tuberculose ser uma hipótese diagnóstica importante;
- 4) Alimentar o sistema de informação e notificação (registro de sintomático respiratório e, com diagnóstico realizado, notificação e registro no livro de Tuberculose)
- 5) Solicitar os exames corretamente: baciloscopia (duas amostras) e Teste Rápido Molecular. Possibilidade de RX de tórax. Possibilidade de cultura;

Fonte: os autores.

Figura 1. Modelo de cenário e objetivos a serem alcançados, em formulário *online*.

Desempenho *

- AM - Atingida a Meta => Comenta todos os 5 pontos
- BAM - Boa Aproximação da Meta => Comenta 4 pontos, SENDO OBRIGATÓRIO ponto 1
- RAM - Regular Aproximação da Meta=> Comenta 3 pontos, SENDO OBRIGATÓRIO ponto 1
- IAM - Insuficiente Aproximação da Meta=> Comenta 2 ou menos.

Fonte: os autores.

Figura 2. Modelo de cenário e objetivos a serem alcançados.

país. Hoje, percebe-se que os modelos de residência médica estão buscando diversificar seus métodos de avaliação, visando desenvolver as competências e habilidades necessárias para que os profissionais possam atender adequadamente às demandas da população.

A partir de 2022, o PRMFC Sesau Recife incorporou o *Viva Voce* como parte de seus processos avaliativos. Além dele, outras atividades foram implementadas para avaliar diversas competências e habilidades dos residentes do programa, tanto clínicas quanto comunicacionais. Isso inclui pré-testes de temas clínicos antes das aulas teóricas, gravações de consultas para avaliar as habilidades de comunicação, notas de campo atribuídas pelos preceptores longitudinais dos residentes *in loco* a cada dois meses, com padronização dos temas avaliados, entre outras práticas.

No contexto desta residência, o *Viva Voce* é uma avaliação oral formativa e somativa, centrada na análise da criticidade, tomada de decisões e raciocínio clínico dos residentes. Esta modalidade de teste envolve uma entrevista entre dois examinadores e um residente, com base em situações-problema de temas clínicos sensíveis à área de atuação da residência. Alguns estudos sugerem que o exame seja organizado por estações, semelhante a um OSCE, abordando diferentes temáticas em cada estação.^{21,22} No entanto, o PRMFC Sesau Recife optou por realizar o exame em uma única sala, com os mesmos examinadores conduzindo todas as temáticas. Independentemente da abordagem escolhida, a avaliação é considerada apropriada para integrar o conhecimento de várias disciplinas das ciências básicas, avaliar o pensamento indutivo e medir habilidades cognitivas avançadas essenciais para a prática médica.²¹

Além disso, é amplamente reconhecido que os profissionais de saúde devem desenvolver competências e conhecimentos em áreas como profissionalismo, habilidades psicomotoras e habilidades comunicativas. Nesse sentido, o *Viva Voce* desempenha um papel crucial, proporcionando ao examinador a oportunidade de avaliar a postura, profundidade de compreensão e capacidade do aluno de expressar seus conhecimentos de maneira objetiva.¹⁵

A aplicação do *Viva Voce* como metodologia avaliativa apresenta alguns desafios. Um estudo sugere que a maior dificuldade está na necessidade de profissionais capacitados para sua implementação. Os autores destacam que a alta proporção de estudantes em relação aos examinadores é proibitiva.²³ No PRMFC Sesau Recife, o exame foi inicialmente incorporado com a participação de quatro preceptores diretamente envolvidos em sua elaboração e aplicação. No entanto, já se percebe a necessidade de treinamento dos demais preceptores do programa, atualmente dezesseis, para tornar o exame mais dinâmico.²³ Essa decisão, porém, trará um desafio adicional, que é a necessidade de uniformizar a avaliação entre um maior número de examinadores.

Outro ponto crítico a ser considerado é a ansiedade que o *Viva Voce* pode gerar entre os alunos, o que poderia prejudicar sua performance e rendimento.¹⁹ No entanto, existem fatores que podem proteger contra os efeitos da ansiedade decorrente da avaliação. Estes incluem um esclarecimento detalhado sobre como o teste será conduzido, preparação prévia, a ênfase na natureza formativa da avaliação, além de orientações claras sobre como os professores devem conduzir e avaliar os residentes. A participação ativa dos coordenadores dos programas na elaboração e aplicação do teste também parece ser um fator de proteção.¹⁹ Além disso, a multiplicidade de oportunidades de avaliação oferecidas pelo programa pode tornar o ato de ser avaliado mais comum e, muitas vezes, até desejável pelos residentes como uma forma de medir e melhorar sua prática.

Por esse motivo, as duas primeiras aplicações do *Viva Voce* no PRMFC Sesau Recife contaram com uma supervisora em sua elaboração e aplicação, além da presença de outro supervisor do

programa para o manejo da sala de espera, que evitou que os candidatos trocassem informações entre si (especialmente aqueles que já haviam realizado a avaliação). Além disso, houve uma ajuda importante no manejo da ansiedade, pois, na primeira edição, a coordenadora presente realizou uma roda de meditação e, na segunda, o supervisor presente manteve um tom de conversa desprezioso. É importante ressaltar que, dentro deste programa de residência, há um esforço por parte da coordenação em exaltar o caráter formativo das avaliações submetidas aos alunos, o que vai de encontro aos modelos de ensino hegemônicos das escolas médicas, que muitas vezes adotam uma abordagem punitiva e meramente classificatória. Também é significativo o relato dos residentes, que afirmaram que, embora o *Viva Voce* tenha despertado ansiedade durante a preparação e até na sala de espera, foi possível dissipar o nervosismo durante a aplicação devido à postura dos examinadores e à natureza dos casos apresentados.

Outrossim, em relação às duas primeiras edições realizadas no PRMFC Sesau Recife, houve uma grande diferença na parte final da avaliação: o *feedback*. Na primeira, ocorreu um atraso na comunicação das metas alcançadas e não foram disponibilizados os objetivos que deveriam ter sido abordados após o teste. Isso causou a impressão de que o retorno foi insuficiente, especialmente por não permitir que os residentes identificassem os objetivos não alcançados e se preparassem para estudá-los no futuro. Esse problema foi corrigido na segunda edição, na qual os avaliadores prepararam um documento listando os objetivos esperados e reservaram um momento para compartilhá-lo com todos os participantes após a aplicação, como ilustrado nas Figuras 3 e 4.

Doenças da Tireóide

Homem, 65 anos, vem à primeira consulta no posto relatando diagnóstico de hipotireoidismo em tratamento com levotiroxina 50 mcg/dia. Não há nenhum registro de consulta em prontuário e nem de exames recentes. Como você conduziria esse encontro, considerando o *diagnóstico, manejo e seguimento* de idosos com hipotireoidismo.

Fonte: os autores.

Figura 3. Cenário da segunda aplicação do *Viva Voce* na PRMFC Sesau Recife.

CONCLUSÃO

Considerando a necessidade de uma formação médica diversificada, que abarque diferentes aspectos da prática em saúde, é possível compreender o *Viva Voce* como um importante aliado do processo formativo. Atualmente, tanto nas graduações quanto nas especializações em âmbito nacional, são escassos os instrumentos avaliativos que permitam analisar as posturas e o desenvolvimento do raciocínio clínico dos estudantes, aspectos que são centrais na aplicação desta modalidade de avaliação oral.

Ao empregar a metodologia SQUIRE 2.0, este estudo se torna relevante, servindo como um guia para a implementação mais ampla do exame, especialmente considerando sua fácil reprodução

Objetivos de aprendizagem com o caso de idoso com hipotireoidismo

1. **Compreender** quando e como se deu o **diagnóstico de hipotireoidismo**, uma vez que **não se deve rastrear hipotireoidismo**.
2. Refletir sobre possibilidade de **sobrediagnóstico e sobretratamento**;
3. Acessar **adesão medicamentosa** através de questões sobre a quanto tempo toma, não toma, se parou, como toma;
4. Avaliar **sinais e sintomas** (intolerância ao frio, dispneia aos esforços, ganho de peso, alteração da memória e do raciocínio, constipação, depressão, irregularidade menstrual, falta de libido, cansaço e mialgia. Ao exame físico, pode ser evidenciado ressecamento da pele, movimentos e fala lentificados, madarose, queda de cabelo, hipertensão diastólica, bradicardia ou bócio);
5. Reconhecer que não há indicação de solicitar USG, T3 e anti-TPO (anti-TPO pode ser solicitado na investigação do hipotireoidismo subclínico);
6. Reconhecer o **acompanhamento através de TSH**, compreendendo que não há necessidade de solicitação de T4 para pacientes em uso de levotiroxina;
7. Identificar as indicações de tratamento de hipotireoidismo subclínico em idosos;
8. Avaliar adequação de dose em tratamento de hipotireoidismo em idosos;
9. Proceder com a desprescrição caso o tratamento tenha sido indicado inadequadamente. Para o paciente idoso retirar 12,5mcg a 25mcg a cada duas semanas;
10. Reconhecer o acompanhamento do hipotireoidismo primário (ao longo do processo de cuidado) através da dosagem de TSH a cada 6 a 8 semanas até atingir a meta (ajustar 12,5mcg a 25mcg a cada duas semanas). Atingindo-se a meta solicitar TSH a cada 6 meses durante o primeiro ano. Em seguida, dosagens anuais.

Fonte: os autores.

Figura 4. Objetivos de aprendizagem para *feedback* da avaliação.

técnica, que requer pouca tecnologia sofisticada, bem como sua validade e confiabilidade dos resultados. Além disso, há a possibilidade de expandir essa abordagem para outras áreas da saúde, como já indicado neste relato.

É perceptível, além disso, que apesar de a literatura apontar a ansiedade como um possível fator limitante à confiabilidade do teste, a prática do *Viva Voce* na realidade do PRMFC Sesau Recife conseguiu contorná-la, resultando em uma recepção positiva por parte dos residentes do programa.

Por fim, observa-se que, especialmente no contexto dos programas de residência médica, a falta de uma estrutura avaliativa diversificada pode comprometer a formação de profissionais de saúde com qualidade técnica e autonomia, capazes de atender às necessidades da população. Portanto, espera-se que este relato, por meio do *Viva Voce*, possa contribuir para essa meta, ao influenciar o currículo e a compreensão das esferas do ensino, bem como a aquisição de competências, habilidades e atitudes essenciais para uma prática em saúde de excelência.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Conceituação: LCS, IBC, JVM, MOLM e RCFS. Curadoria de Dados: LCS, IBC, JVM, MOLM e RCFS. Análise Formal: LCS, IBC, JVM, MOLM e RCFS. Metodologia: LCS, IBC, JVM, MOLM e RCFS. Administração do Projeto: IBC, JVM, MOLM e RCFS. Supervisão: IBC, JVM, MOLM e RCFS. Validação: IBC, JVM, MOLM e RCFS. Escrita – Primeira Redação: LCS. Escrita – Revisão e Edição: LCS, IBC, JVM, MOLM e RCFS.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* 2008;32(4):492-9. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>
2. González AD, Almeida MJ de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis* 2010;20(2):551-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>
3. Almeida MC, Carvalho EA, orgs. Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez; 2005. 104 p.
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007;17(1):77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
5. Falavigna A, Canabarro CT, Medeiros GS. Health system and medical education in Brazil: history, principles, and organization. *World Neurosurg* 2013;80(6):723-727. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2013.01.079>
6. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 19 de setembro de 1990.
7. Menezes, RA. Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um instrumento avaliativo e manual de orientação [tese de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2021 131 p [acessado em 06 mar. 2024]. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/dissertacao_rafaela_versao_fiocruz_final.pdf
8. Crichton T, Schultz K, Lawrence K, Donoff M, Laughlin T, Brailovsky C, et al. Assessment Objectives for Certification in Family Medicine. Mississauga. College of Family Physicians of Canada; 2020 [acessado em 06 mar. 2024]. Disponível em: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Examinations/Assessment-Objectives-for-Certification-in-FM-full-document.pdf>
9. Shumway JM, Harden RM. Association for Medical Education in Europe. AMEE Guide No. 25: the assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. *Med Teach* 2003;25(6):569-584. <https://doi.org/10.1080/0142159032000151907>
10. Blumberg P. Assessing Students During the Problem-Based Learning (PBL) process. *Med Sci Educ* 2012;15:92-8.
11. Prideaux D. Integrated learning. In: Dent JA, Harden RM, Hodges BD, orgs. A practical guide for medical teachers. 4ª ed. Edimburgo, Londres, Nova Iorque: Elsevier Churchill Livingstone; 2009. p. 183-9.
12. Andriola WB, Araujo AC. Potencialidades da avaliação formativa e somativa. *Rev Eletrôn Acta Sapientia* 2018;5(1):1-15 [acessado em 12 mar. 2024]. Disponível em: <https://actasapientia.com.br/index.php/acsa/article/view/23/22>
13. Fernandes RAF, Ibiapina CC, Timóteo APP, Malloy-Diniz LF. Dinâmica de desenvolvimento do raciocínio clínico e da competência diagnóstica na formação médica – sistemas 1 e 2 de raciocínio clínico. *Rev Méd Minas Gerais* 2016;26(Supl 6):S15-S18. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20160052>
14. Roberts D. The clinical viva: an assessment of clinical thinking. *Nurse Educ Today* 2013;33(4):402-406. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.01.014>
15. Davis MH, Karunathilake I. The place of the oral examination in today's assessment systems. *Med Teach* 2005;27(4):294-297. <https://doi.org/10.1080/01421590500126437>
16. Abuzied AIH, Nabag WOM. Structured viva validity, reliability, and acceptability as an assessment tool in health professions education: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ* 2023;23:531. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04524-6>
17. Cobourne MT. What's wrong with the traditional viva as a method of assessment in orthodontic education? *J Orthod* 2010;37(2):128-133. <https://doi.org/10.1179/14653121042993>
18. Lee NJ. Preparing for thesis and viva: some practicalities. *Nurse Res* 2010;17(3):52-59. <https://doi.org/10.7748/nr2010.04.17.3.52.c7746>
19. Hungerford C, Walter G, Cleary M. Clinical case reports and the *Viva Voce*: a valuable assessment tool, but not without anxiety. *Clin Case Rep* 2015;3(1):1-2. <https://doi.org/10.1002/ccr3.225>
20. Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines From a Detailed Consensus Process. *J Nurs Care Qual* 2016;31(1):1-8. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000153>
21. Naqvi AS, Aheed B. Introducing an innovative viva format for assessment of integrated knowledge. *J Pak Med Assoc* 2014;64(7):823-5. PMID: 25255594.
22. Wakeford R, Southgate L, Wass V. Improving oral examinations: selecting, training, and monitoring examiners for the MRCGP. Royal College of General Practitioners. *BMJ* 1995;311(7010):931-935. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7010.931>
23. Alcorn SR, Cheesman MJ. Technology-assisted *Viva Voce* exams: a novel approach aimed at addressing student anxiety and assessor burden in oral assessment. *Curr Pharm Teach Learn* 2022;14(5):664-670. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2022.04.009>