

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA

JULIANA LARA DE OLIVEIRA

**O APRENDIZADO DA ANAMNESE E SUA AVALIAÇÃO NO  
CURSO DE MEDICINA: uma contribuição ao debate**

Belo Horizonte  
2021

Juliana Lara de Oliveira

**O APRENDIZADO DA ANAMNESE E SUA AVALIAÇÃO NO CURSO DE  
MEDICINA: uma contribuição ao debate**

Versão final

Dissertação apresentada ao Programa  
Mestrado Profissional Educação e  
Docência da Faculdade de Educação da  
Universidade Federal de Minas Gerais  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Mestre em Educação e Docência

Linha de Pesquisa: Didática e Docência:  
ensino, avaliação e profissionalidade

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Gladys Rocha

Coorientador: Prof. Dr. Ocimar Munhoz  
Alavarse

Belo Horizonte  
2021

O48a  
T Oliveira, Juliana Lara de, 1984-  
O aprendizado da anamnese e sua avaliação no curso de medicina  
[manuscrito] : uma contribuição ao debate / Juliana Lara de Oliveira. - Belo  
Horizonte, 2021.  
196 f. : enc, il.

Dissertação -- (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Educação.

Orientadora: Gladys Agmar Sá Rocha.  
Coorientador: Ocimar Munhoz Alavarse.  
Bibliografia: f. 163-169.  
Anexos: f. 170-187.  
Apêndices: f. 188-196.

1. Educação -- Teses. 2. Educação médica -- Teses. 3. Medicina -- Estudo e  
ensino (Superior) -- Teses. 4. Ciências médicas -- Estudo e ensino (Superior) --  
Teses. 5. Anamnese -- Estudo e ensino (Superior) -- Teses. 6. Estudantes de  
medicina -- Aprendizagem -- Avaliação -- Teses. 7. Preceptoria -- Teses.  
8. Promoção da saúde -- -- Estudo e ensino (Superior) -- Teses.  
I. Título. II. Rocha, Gladys Agmar Sá, 1965-. III. Alavarse, Ocimar Munhoz.  
IV. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 610.7

**Catálogo da fonte: Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)**  
Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O



## FOLHA DE APROVAÇÃO

### **O APRENDIZADO DA ANAMNESE E SUA AVALIAÇÃO NO CURSO DE MEDICINA: uma contribuição ao debate**

### **JULIANA LARA DE OLIVEIRA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em EDUCAÇÃO E DOCÊNCIA, área de concentração ENSINO E APRENDIZAGEM.

Aprovada em 10 de dezembro de 2021, pela Banca constituída pelos membros:

Profa. Gladys Agmar Sá Rocha- Orientadora  
Faculdade de Educação /UFMG

Prof. Ocimar Munhoz Alavarse  
USP

Profa. Ana Maria Alves Saraiva  
Faculdade de Educação /UFMG

Profa. Valéria Aparecida de Souza Siqueira  
Universidade Paulista (UNIP)

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2021.

Este trabalho é para o Isaias, a pessoa que  
mais acredita no meu potencial!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer à minha orientadora, Professora Gladys Rocha. Obrigada por me escolher para aprender tanto com você! Obrigada por me acolher na FAE -UFMG, por me mostrar que eu já era professora antes do PROMESTRE e por me tornar uma professora muito melhor, pelos ensinamentos e pelos exemplos. Obrigada por todo apoio, dedicação e carinho ao longo dessa caminhada!

Muito obrigada também ao meu coorientador, Professor Ocimar Alavarse. Agradeço pela empolgação com meu trabalho desde o projeto, pela inestimável ajuda antes mesmo de oficialmente se tornar coorientador do trabalho. Obrigada pelo ânimo em assumir mais este, entre tantos compromissos e se dedicar tão intensa e cuidadosamente a este trabalho.

Preciso ainda agradecer a cada um dos professores do PROMESTRE, por todo o conhecimento compartilhado em momentos de crescimento profissional sem igual. Em especial, obrigada a todas as professoras da Linha de Pesquisa Didática e Docência, que tão bem me receberam e me fizeram sentir em casa em companhia delas.

Obrigada à instituição, aos meus colegas preceptores e aos alunos que participaram da pesquisa que deu origem a essa dissertação.

Obrigada aos colegas da linha e ao grupo de pesquisa *Didaktiké*, em especial às amigas que fiz e que tornaram a caminhada mais leve e agradável: Adriana, Ana Beatriz, Ariadne, Iza e Vanessa.

Por fim, obrigada a todos que de alguma forma me deram apoio ao longo da caminhada: Isaias, Marcela, mãe, pai, Aline, Mariana, entre tantos outros.

“Tem que ser selado, registrado, carimbado  
Avaliado, rotulado se quiser voar!  
(Se quiser voar)  
Pra Lua: A taxa é alta  
Pro Sol: Identidade  
Mas já pro seu foguete viajar pelo universo  
É preciso meu carimbo dando o sim  
sim, sim, sim”  
(SEIXAS, R. Carimbador Maluco, 1983)

## RESUMO

A presente Dissertação trata da avaliação da aprendizagem no que se refere à realização da anamnese por estudantes de Medicina cursando uma disciplina obrigatória com foco na Atenção Primária à Saúde (APS). Tem por objetivo contribuir para explicitar para os acadêmicos e os preceptores (médicos que se tornam professores, em sua grande maioria sem nenhum tipo de preparo acadêmico) a avaliação como parte dos processos de ensino e de aprendizagem. Para tal, buscamos identificar um tema entre os de maior relevância nas disciplinas práticas da APS a fim de desenvolver algum dos mais essenciais. Assim, partimos da construção, com a ajuda de preceptores voluntários, de um texto de referência para o ensino, e por consequência, para a avaliação da anamnese. Passamos, então, pelas dificuldades de definição da avaliação, um termo polissêmico e de surgimento recente. A partir do texto referência, estabelecemos uma matriz preliminar de referência para avaliação, a partir da qual culminamos na construção de uma proposta de instrumento de avaliação da anamnese dos acadêmicos na forma de rubricas. A pesquisa teve um caráter qualitativo, na forma de pesquisa-ação em educação e contou com a participação de sete preceptores que se voluntariaram entre aqueles que prestavam tal serviço à instituição pesquisada no primeiro semestre de 2020 e três alunos que cursavam o quarto período do curso de Medicina da instituição de ensino superior de Belo Horizonte onde a pesquisa se desenvolve no primeiro semestre de 2021. Como conclusão deste trabalho temos um texto que institui uma importante discussão sobre o que e como avaliar nas atividades práticas com pacientes reais. Essa discussão nos levou a uma matriz de referência para avaliação da anamnese – que responde de forma direta à pergunta “o que avaliar” – e a um instrumento de avaliação na forma de rubricas (o segundo produto deste mestrado) que, apesar de ainda carecer de testagens, parece-nos promissor para o fim que propusemos: a avaliação da anamnese produzida por acadêmicos de Medicina em disciplina da APS.

**Palavras-chave:** Avaliação da aprendizagem; Preceptoria no Curso de Medicina; Anamnese; Rubricas.



## **ABSTRACT:**

This present dissertation deals with the assessment of learning regarding to anamnesis by medical students attending a mandatory course focused on Primary Health Care (PHC). It aims to contribute to explain to academics and preceptors (physicians who become teachers, mostly without any kind of academic preparation) the assessment as part of the teaching and learning processes. To this end, we seek to identify a theme among the most relevant in the practical disciplines of PHC in order to develop some of the most essential ones. Thus, we start from the construction, with the help of voluntary preceptors, of a reference text for teaching, and consequently, for the assessment of anamnesis. We then went through the difficulties of defining the assessment, a polysemic term with a recent emergence. From the reference text, we established a preliminary reference matrix for assessment, from which we culminate in the construction of a proposal for an instrument for assessment of anamnesis of the students in the form of rubrics. The research had a qualitative character, in the form of action research in education and had the participation of seven preceptors who volunteered among those who provided such service to the institution surveyed in the first semester of 2020 and three students who attended the fourth period of the medical course of the higher education institution of Belo Horizonte where the research develops in the first semester of 2021. As a conclusion of this work we have a text that establishes an important discussion about what and how to evaluate in practical activities with real patients. This discussion led us to a reference matrix for the assessment of anamnesis – which responds directly to the question "what to evaluate" – and to an assessment instrument in the form of rubrics (which is the second product of this master's degree) that, although still in need of testing, seems promising for the end we proposed: the assessment of anamnesis produced by medical students in PHC discipline.

**Keywords:** Learning assessment; Preceptorship in the Medical Course; Anamnesis; Rubrics

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Distribuição dos professores da IES pelas áreas da medicina.....	109
<b>Gráfico 2:</b> Divisão de preceptores do Curso de Medicina.....	110
<b>Gráfico 3:</b> Forma de ingresso no Curso de Medicina da IES colaboradora.....	111
<b>Gráfico 4:</b> Proporção de estudantes beneficiários de programas do governo federal .	112
<b>Gráfico 5:</b> Estudantes do Curso de Medicina por sexo .....	112
<b>Gráfico 6:</b> Estudantes do Curso de Medicina por idade .....	112
<b>Gráfico 7:</b> Tipo de escola de formação no ensino médio .....	113
<b>Gráfico 8:</b> Tempo de atuação na preceptoría (em anos).....	115
<b>Gráfico 9:</b> Número de preceptores dos entrevistados atuando na ies pesquisada .....	116
<b>Gráfico 10:</b> Experiência dos preceptores entrevistados por período do Curso de Medicina .....	117

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Artigos que tratam do processo avaliativo no ensino no nível superior na área da saúde.....	92
<b>Tabela 2:</b> Artigos que tratam do processo avaliativo na educação superior fora da área da saúde e no ensino não superior .....	95
<b>Tabela 3:</b> Artigos que tratam do ensino no nível superior na área da saúde .....	101
<b>Tabela 4:</b> Número de artigos encontrados no portal da Capes com os novos termos de busca .....	104
<b>Tabela 5:</b> Descrição dos artigos encontrados na nova busca no portal da Capes.....	104
<b>Tabela 6:</b> Número de artigos encontrados no portal PubMed com os novos termos de busca .....	105
<b>Tabela 7:</b> Descrição dos artigos encontrados na nova busca no portal PubMed .....	106
<b>Tabela 8:</b> Divisão dos preceptores entrevistados por sexo e idade .....	114
<b>Tabela 9:</b> Matriz de avaliação da anamnese em APS.....	127
<b>Tabela 10:</b> Rubricas para avaliação da anamnese .....	142

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID-10	10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CRUP	Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas
CS	Centro de saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EUA	Estados Unidos da América
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
Fundep	Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
HF	História Familiar
HMA/HDA	História da moléstia/doença atual
HP/HPP	História (patológica) pregressa
HPS	História psicossocial
IES	Instituição(ões) de Ensino Superior
LIBRAS	Linguagem Brasileira de Sinais
MEC	Ministério da Educação e Cultura do Brasil
MFC	Médico(a) ou Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral Comunitária
PG	Pós-Graduação
ProUni	Programa Universidade para Todos
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Plano terapêutico singular
QP	Queixa Principal

RM	Residência Médica
RS	Revisão de sistemas
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library</i> Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE.....</b>	<b>25</b>
2.1 A CONSTRUÇÃO DA ANAMNESE.....	29
<b>2.1.1 A QUESTÃO DA LINGUAGEM .....</b>	<b>32</b>
2.2 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA ANAMNESE .....	34
2.3 ROTEIRO DA ANAMNESE GERAL .....	36
2.4 TIPOS DE ANAMNESE .....	41
2.4 A ANAMNESE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC).....	43
2.5 A ANAMNESE DO ACADÊMICO DE MEDICINA .....	44
<b>3 A AVALIAÇÃO.....</b>	<b>49</b>
3.1 O HISTÓRICO DA AVALIAÇÃO.....	53
3.2 OS PASSOS DA AVALIAÇÃO.....	55
3.3 A UTILIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO.....	58
3.4 NOTAÇÃO .....	63
<b>4 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>73</b>
4.1 PRECEPTOR: MÉDICO E PROFESSOR .....	79
<b>5 OBJETIVOS E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>87</b>
5.1 OBJETIVO GERAL .....	87
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	87
5.3 METODOLOGIA .....	87
<b>5.3.1 O PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>88</b>
<b>6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>91</b>
6.1 ARTIGOS IDENTIFICADOS QUE TRATAM DO PROCESSO AVALIATIVO..	91
6.2 ARTIGOS QUE TRATAM DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE .....	100
6.3 UMA NOVA REVISÃO APÓS O REDIMENSIONAMENTO DO RECORTE .....	103
<b>7 A INSTITUIÇÃO DE ENSINO E OS SUJEITOS DA PESQUISA .....</b>	<b>109</b>
7.1 A INSTITUIÇÃO.....	109
7.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA .....	113
7.3 O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS INICIAIS DOS PRECEPTORES .....	117
7.4 AS AVALIAÇÕES DO TEXTO “CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE”..	124
<b>8 RESULTADOS .....</b>	<b>127</b>

8.1 O QUÊ E COMO AVALIAR?.....	127
<b>8.1.1 Rubricas.....</b>	<b>134</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>139</b>
<b>10 PRODUTOS.....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO E.....</b>	<b>186</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>188</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>190</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>192</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>194</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>195</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>196</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da pesquisa da qual deriva esta Dissertação é a avaliação em disciplinas práticas voltadas para Atenção Primária à Saúde (APS) de um curso de Medicina, tendo como resultado esperado a construção de um instrumento de avaliação do aprendizado dos alunos nessas disciplinas. O caminho percorrido em tal intento, que envolveu interação com um grupo de preceptores<sup>1</sup> voluntários, levou-nos à compreensão de que avaliar todo o conteúdo prático do aprendizado em APS é um trabalho extenso, de forma que precisamos escolher um ponto de partida que fosse de grande importância e significado dentro do universo vislumbrado, mas que possibilitasse a construção do instrumento pretendido na realidade do programa de Mestrado. Assim, escolhemos trabalhar com a anamnese, uma técnica essencial em todas as áreas da Medicina, cujo aprendizado se inicia nos primeiros períodos do curso e se estende não só por todo ele, como pela vida profissional do médico.

Após construir uma matriz de referência para a avaliação da anamnese, para a qual muito nos ajudou um texto desenvolvido através do diálogo com os preceptores para orientar o ensino da anamnese, entendemos que, para avaliar o desempenho dos alunos neste quesito, o melhor instrumento que poderíamos construir seria uma rubrica. A rubrica permite uma clareza de critérios tanto para avaliadores quanto para avaliados, capaz de potencializar a função pedagógica da avaliação. Além disso, futuramente, após novos trabalhos no sentido de validar e incrementar esta pesquisa, a rubrica pode se tornar um facilitador na atribuição de notas com fácil interpretação pedagógica.

Espera-se, assim, que este produto guie os preceptores no ensino, assim como na identificação de aspectos a serem retomados e/ou aprofundados com cada aluno individualmente e com seu grupo em relação a áreas específicas do aprendizado da construção<sup>2</sup> da anamnese, de forma a facilitar e padronizar tanto as avaliações como as tomadas de decisão decorrentes daquelas pelos preceptores. Tal padronização se torna relevante uma vez que os preceptores são muitos e vivenciam diferentes contextos de ensino,

---

<sup>1</sup> Preceptor, nesta Dissertação, é o termo usado para “designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática” conforme Ryan-Nicholls (*apud* BOTTI; REGO, 2008, p. 365).

<sup>2</sup> De forma tradicional, a expressão “colheita da anamnese” é mais comumente utilizada, no entanto, em dias atuais a anamnese não é mais interpretada como algo pronto a ser “retirado” do paciente. Assim, a “condução da anamnese” tem sido mais comum. No entanto, conduzir tem um significado de comandar ou chefiar que não nos parece adequado em relação à anamnese. Dessa forma, optamos pela palavra construção, como uma ideia de que o que o médico faz é utilizar o “material” fornecido na história pelo paciente para criar um produto: o raciocínio clínico que poderá ser capaz de conduzir ao diagnóstico.



mas precisam tomar a mesma decisão para todos os alunos (RUSSELL; AIRASIAN, 2014): o aprendizado foi alcançado e o aluno deve ser aprovado?

Esta proposta surgiu da necessidade da própria autora de compreender melhor a avaliação que realizava como preceptora do curso de Medicina. Como médica, foi a trajetória na assistência, a experiência e o aprimoramento profissional através do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) do Programa Ágora, fruto de parceria do Ministério da Saúde com a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Fundep/UFGM), e a titulação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que trouxeram o convite para realizar a preceptoria do Internato em Atenção Integral à Saúde do curso de Medicina de uma Universidade. Apesar da inexperiência e da falta de conhecimento no âmbito pedagógico, já que a formação em Medicina não privilegiou tal dimensão, o trabalho foi aceito. No entanto, logo nos primeiros contatos com os colegas ficou claro que tal desconhecimento não se tratava de uma questão individual, mas que a falta de preparo, do ponto de vista didático-pedagógico, por parte dos médicos que se tornam professores é uma realidade geral, inclusive apontada na literatura (COSTA et al., 2018).

Assim, buscou-se nesta dissertação primeiramente apresentar a anamnese como técnica e discutir seu ensino e aprendizado, o que constitui o primeiro capítulo deste trabalho. Em sua sequência, procuramos conceituar a avaliação. O terceiro capítulo trata da justificativa da importância de implementarmos tal discussão no contexto dos Cursos de Medicina no Brasil. Segue-se, portanto, a exposição da metodologia e do percurso metodológico que nos guiou. Chegamos, então, aos resultados e produtos que obtivemos neste mestrado profissional. Por fim, expomos nossas conclusões e considerações sobre este trabalho e suas possibilidades de continuidade no futuro.

## 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE

Este capítulo tem por objetivo analisar de forma prática o que é a anamnese e procurar entender as especificidades sobre ela que podem auxiliar a transição do aluno que deixa o estudo exclusivamente teórico do atendimento ao paciente e dá seus primeiros passos na prática clínica. Dessa forma, definem-se critérios mínimos do conteúdo da anamnese em diferentes situações.

A anamnese é uma parte essencial do aprendizado médico em qualquer área da Medicina, mas de forma especial na APS, que prioriza a integralidade do cuidado.

Entre todos os aparatos técnicos que aumentam o poder de observação do médico, nenhum se aproxima em valor do uso habilidoso das palavras faladas – palavras do médico e palavras do paciente. Em todos os campos da Medicina, o emprego das palavras ainda é a principal técnica de diagnóstico e, na terapia, embora muitos auxílios mecânicos e químicos sejam de fato miraculosos em seus efeitos, as palavras continuam exercendo um papel essencial (BIRD, 1978, p. 1).

O trecho acima resume, de forma estranhamente objetiva e ao mesmo tempo encantadora, aquela que é o alicerce sobre o qual se edifica o exercício profissional da Medicina, e por consequência um dos fundamentos do processo de aprendizado desta profissão (DORIGATTI et al., 2015; SOARES et al., 2014). No entanto, estudantes de Medicina e recém graduados frequentemente se sentem despreparados dos pontos de vista comunicacional e de habilidades clínicas práticas, especialmente pela falta de autonomia e disponibilidade de tempo com pacientes, além de supervisão e *feedbacks* insuficientes (HUNDERTMARK; APONDO; SCHULTZ, 2018).

Mas, “[a] anamnese ainda é, na maioria dos pacientes, o fator isolado mais importante para se chegar a um diagnóstico.” (PINHO; BRANCO; PORTO, 2014, p. 47). Essa afirmação vai ao encontro não apenas dos anseios da maioria dos pacientes que frequentemente buscam escuta qualificada, empatia e significados para as próprias histórias (BALDUINO et al., 2012), mas também das prioridades apontadas pelas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para o ensino da Medicina (BRASIL, 2014).

As DCN prescrevem a formação de profissionais humanizados (BRASIL, 2014), capazes de proporcionar um cuidado que transcende a doença e o biológico (SOARES et al., 2014). Este preceito se encontra em consonância com a própria definição de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde, que vai muito além da ausência de doença, e se refere ao completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Princípio reafirmado no Brasil pela Lei 12.864 (BRASIL, 2013).

Sendo a anamnese tão imprescindível à atuação médica, não se pode esperar que o aprendizado deste diálogo específico ocorra de forma espontânea ou fortuita, ao acaso, e fundamentado apenas nos talentos inatos do (futuro) médico. Há que se ensinar princípios técnicos e científicos que o conduzam de forma a se obter seu maior potencial (BIRD, 1978). E o ensino exitoso em ambulatórios depende de “um equilíbrio entre a estrutura conceitual do professor, a prática autossuficiente dos estudantes, e reflexão e diálogo enriquecedores entre eles”<sup>3</sup> (HUNDERTMARK; APONDO; SCHULTZ, 2018, p. 2. Tradução livre da autora.).

Ao contrário do que se poderia esperar, observamos em tempos recentes uma supervalorização de testes propedêuticos, além de modernas e potentes terapêuticas – o que se reflete na inclusão pouco criteriosa de recursos técnicos e tecnológicos para avaliação e tratamento da face biológica do paciente (ou muitas vezes da doença) – enquanto pouco se discute ferramentas úteis para a abordagem psicossocial do paciente (BALDUINO et al., 2012 e MIDÃO; RUIZ-MORENO, 2010).

Voltando à origem, a palavra anamnese tem sua procedência etimológica no grego, sendo formada pelo prefixo “ana”, que tem quatro possíveis significados: movimento de baixo para cima, ou aumento, intensidade, ainda separação, afastamento e por fim semelhança (POZZOBON, 2011). Em anamnese, o prefixo é seguido do elemento de composição “mnemo” que significa memória (POZZOBON, 2011). Entendendo a palavra fica claro compreender que a anamnese médica tem o objetivo sólido de “trazer à tona”, na memória, fatos relacionados (direta ou indiretamente) a uma queixa clínica, que motiva um atendimento médico.

É fato que após mais de 40 séculos da vida daquele que é considerado o primeiro médico da história da humanidade<sup>4</sup>, e mais de 20 séculos daquele que é considerado o “pai da Medicina”<sup>5</sup> como ciência, ainda não conseguimos estabelecer a fórmula geral para obtenção da anamnese, de modo que esta seja válida para todos os casos. Isto ocorre, primeiramente, devido a evolução histórica da técnica, que em suas origens se propunha a

---

<sup>3</sup> *A balance of conceptual scaffolding by the teacher, self-reliant practice by students, and meaningful reflection and dialogue between them* (HUNDERTMARK; APONDO; SCHULTZ, 2018, p. 2).

<sup>4</sup> Imhotep, o primeiro médico reconhecido da história humana, viveu no Egito entre 2655 a.C. e 2600 a.C. e, acredita-se, tornou-se deus na mitologia egípcia e, posteriormente, a inspiração para o deus grego Asclépio, que tem seu equivalente romano em Esculápio (CORRADI; YOUNG, 2016).

<sup>5</sup> Hipócrates viveu na segunda metade do século V a.C. Era de uma famosa família de médicos da Grécia e são atribuídos (devida ou indevidamente) a ele diversos textos que buscam separar a ciência da cura das antigas crenças mágico-religiosas de que vivia a medicina de seu tempo (RIBEIRO JR., 2005).

focar a atenção do médico na doença, com pouca ou nenhuma valorização do doente e da situação em que este é acometido pelo mal (SOARES et al., 2014).

O progresso da anamnese (como consequência da evolução da própria Medicina) torna o médico menos um entrevistador que dita os rumos da conversa e mais um ouvinte de uma história narrada, que apenas interrompe com perguntas com o intuito de compreender melhor detalhes do processo saúde-doença em questão (SOARES et al., 2014). Além disso, é importante considerar que diferentes pacientes (ou até um mesmo paciente em diferentes momentos) se comportam de formas diferentes diante do entrevistador. Por isso, obter boas anamneses exigem do médico experiência e conhecimentos médicos, o que demanda estudo permanente. No entanto, isso não é suficiente. Alguns talentos (ínatos ou exercitados no dia a dia) como a capacidade de reconhecer e adaptar-se às situações a cada momento se tornam essenciais neste contexto (LÓPEZ, 2004).

A anamnese é executada pelo médico a cada atendimento realizado e consiste em uma entrevista que visa, entre outras coisas, compreender o que fez o paciente demandar o atendimento, pretendendo, principalmente, facilitar o diagnóstico<sup>6</sup> através da obtenção de dados adequados à construção do raciocínio clínico (LÓPEZ, 2004; MIDÃO; RUIZ-MORENO, 2010). Para isso, os métodos da anamnese devem ir muito além de identificar e compreender sintomas clínicos – o que caracterizaria um atendimento centrado na doença e não no paciente, uma vez que negligenciaria a subjetividade do indivíduo.

A compreensão do médico deve ir além do que é claramente expresso pelo paciente, buscando sinais sutis, muitas vezes não percebidos ou, pelo menos, não declarados pelo próprio paciente, mas que integram as raízes mais profundas da enfermidade que é a causa primária dos sintomas queixados (BIRD, 1978). A anamnese deve se propor a tornar conhecido para o médico características pessoais e da história da saúde do paciente (focando não apenas nos eventos em si, mas também nos efeitos mais íntimos deles), possibilitando conhecer seus sentimentos e atitudes em relação ao estado de saúde atual. Ela deve ser capaz de expor os conflitos psicológicos que vive o paciente, seus receios, necessidades e desejos em relação a sua saúde, seu adoecimento e sua vida, além de fazer compreender seu comportamento perante a equipe de saúde (LÓPEZ, 2004; SOARES et al., 2014).

A atenção e o cuidado na construção da anamnese possibilitam ao médico interpretar de forma mais assertiva os sintomas relatados, contribuindo na elaboração do raciocínio

---

<sup>6</sup> Estudos mostram que dados adequadamente colhidos na anamnese garantem cerca de 80% do diagnóstico (ANAMNESE, 2020).

clínico e até na compreensão dos motivos que proporcionam maior sucesso ou fracasso de terapêuticas propostas (BALDUINO et al., 2012; BIRD, 1978). Assim, o potencial da anamnese se multiplica quando as manifestações de interesse, respeito e compreensão por parte do médico são autênticas (BIRD, 1978; LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014; SOARES et al., 2014).

Acrescente-se que, na anamnese, o diálogo ainda é o único meio de se criar uma relação médico (ou estudante de Medicina) -paciente (BIRD, 1978) que é, segundo Pinho, Branco e Porto (2014), a parte mais essencial da Medicina. Esta afirmativa se sustenta no fato de que a relação de respeito e segurança criada é o que possibilita a criação do vínculo entre o paciente e a equipe de saúde, o que garante a ele poder falar de seus problemas de forma livre e sigilosa, sem dificuldades ou inibições. Isto significa que a anamnese exige muito mais que habilidades técnicas e de comunicação, uma vez que “para entender o paciente em sua complexidade e incerteza, é necessária uma formação que contemple outros aspectos, como os conteúdos abordados pelas ciências humanas” (COSTA et al., 2018, p. 81). Isto torna as posturas assumidas pelo profissional durante o atendimento determinantes para o tipo de relação construída (COSTA et al., 2018). É esta relação que assegura fidedignidade às informações prestadas além de ser capaz de melhorar a confiança no profissional e por consequência a adesão aos tratamentos propostos (BALDUINO et al., 2012).

Informações sobre a família e o ambiente do paciente ainda devem ser pesquisadas, ao mesmo tempo em que se estabelecem estratégias direcionadoras para o exame físico e, frequentemente, até mesmo para propedêutica (PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

A anamnese também pode, por fim, se destinar, em alguns casos, a produzir resultados terapêuticos. Primeiro porque o estabelecimento de terapêutica sintomática adequada só é possível se os sintomas forem devidamente conhecidos, caracterizados e compreendidos. Depois, pelo fato de que a simples escuta interessada pode reduzir o sofrimento humano em certas situações<sup>7</sup> (LÓPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

Uma anamnese inadequada sempre terá consequências graves e dificilmente poderá ser compensada por exames complementares caros e/ou numerosos (PINHO; BRANCO; PORTO, 2014), que muitas vezes causam desconforto, dor e despesas ao paciente. E a falta

---

<sup>7</sup> Em situações de adoecimento mental, como depressão e ansiedade, isto é especialmente verdade.

de informação acerca de uma situação compromete o raciocínio clínico podendo levar a erros diagnósticos que são capazes de prejudicar de forma definitiva a saúde do paciente assim como a credibilidade do profissional (ANAMNESE, 2020). Não à toa, a anamnese ocupa maior parcela do tempo em uma consulta quando comparada ao exame físico, mesmo que colhida por médico experiente (LÓPEZ, 2004).

Assim, quando alguém se propõe a construir<sup>8</sup> uma anamnese, deve levar em conta que o objetivo do atendimento é tratar e/ou aliviar os males que acometem aquele que se torna paciente, e para tal o diagnóstico é um importante requisito. Para fazer, fechar ou mais apropriadamente encontrar uma (ou algumas) hipótese(s) diagnóstica(s) é necessário compreender que ela(s) apresenta(m) 3 faces essenciais que devem ser consideradas ao longo da entrevista: o próprio paciente, a doença que o acomete e as circunstâncias em que ela se manifesta (LÓPEZ, 2004).

## 2.1 A CONSTRUÇÃO DA ANAMNESE

Para a construção da anamnese, o ideal seria que o paciente fornecesse todas as informações acerca de seus sintomas, histórico e inquietações de forma cronológica, coesa, ordenada, breve e clara. No entanto, esta não é a realidade para nenhum paciente.

Se não são ideais as condições psicológicas do próprio ouvinte, uma vez que é impossível estar total e absolutamente disponível para qualquer situação quando possuímos relações muito além do consultório, se nem mesmo as estruturas físicas dos espaços em que realizamos atendimentos são ideais, não se deveria esperar que quando nos referimos ao paciente, um ser humano geralmente em sofrimento, esperássemos um relato ideal. Para um relato desse tipo, seriam necessárias capacidades sobre-humanas, como o comportamento de uma máquina (o que é, no entanto, o contrário do que a Medicina contemporânea e humanizada busca).

Para cumprir a expectativa do ideal, o paciente deveria apresentar distanciamento do próprio adoecimento (que permitiria uma objetividade impessoal) e controle emocional excepcional. Além disso, precisaria ainda ter grandes capacidades cognitivas, de memória, de observação, de organização do pensamento, e de expressão verbal. Tudo isso associado

---

<sup>8</sup> Neste trabalho utilizaremos o termo “construção” em substituição ao termo mais tradicional “coleta” da anamnese, uma vez que desejamos deixar claro que durante a anamnese são coletadas informações, mas que a anamnese não se resume a essa coleta, conforme Balduino et al. (2012).

ao conhecimento técnico da área de saúde (LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014), expressos, muitas vezes, em momentos de dor e/ou ansiedade devido ao adoecimento.

Diversas limitações impedem que a obtenção da anamnese seja tão simples. Estas barreiras podem ter origem no próprio profissional. Situações que encontram similaridade com eventos ou momentos traumáticos da própria vida podem representar bloqueios (quase) intransponíveis (BIRD, 1978). Assim, o autoconhecimento, a compreensão dos próprios estados de humor, capacidade de atenção e disposição para a escuta devem ser analisados antes de se iniciar um atendimento (SOARES et al., 2014).

Igualmente significativa é a limitação causada pela necessidade de o próprio paciente, que sente dor, incômodo e angústia precisar prestar as informações, que serão influenciadas pelo sentimento – que pode ser, ou não, o motivo da consulta – que certamente faz parte do contexto da busca por atenção.

Este paciente pode ainda apresentar inaptidões físicas, como deficiências auditivas ou da fonação (que podem ser sanadas – ou não – com habilidades específicas do próprio médico<sup>9</sup>), rebaixamento do estado de consciência<sup>10</sup>, sintomas limitantes como dor, dispneia e sonolência intensos (LÓPEZ, 2004). Como não podemos atuar imediatamente no que tange às dificuldades e incapacidades do paciente, cabe ao médico estar atento e bem-preparado para cumprir seu papel de condutor da entrevista com cautela e respeito para não constranger nem dificultar os relatos (SOARES et al., 2014).

Inaptidões cognitivas são também fonte de dificuldade na construção da anamnese, como os pacientes com sofrimento ou retardo mental<sup>11</sup> mais ou menos severos, com deficiências de memória ou da capacidade de observação. Mais uma vez, a anamnese pode se comportar como principal meio diagnóstico. Crianças incapazes ou com incoerências ao relatar sintomas são outro exemplo de pacientes desafiadores na anamnese. Pacientes com concepções errôneas a respeito de sua saúde/doença ou mesmo descrentes do sistema de saúde e da Medicina também podem sonegar informações ou simular sintomas (LÓPEZ, 2004).

Qualquer fonte de distração pode se tornar um problema. Interrupções causadas por sons externos, pessoas que entram ou saem do consultório, e mesmo o toque de um telefone

---

<sup>9</sup> Por exemplo: um paciente portador de deficiência auditiva pode ser mais bem atendido se o médico tiver conhecimento da língua brasileira de sinais (LIBRAS), desde que o próprio paciente também detenha tal conhecimento.

<sup>10</sup> Mais comum em urgências.

<sup>11</sup> Conforme a 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-10)

podem prejudicar o processo. A presença de terceiros no consultório<sup>12</sup> é responsável também por vários casos de inibição do paciente durante o relato (BIRD, 1978; LÓPEZ, 2004).

Dificuldades de linguagem, como quando se atende um paciente que não conhece bem o idioma corrente<sup>13</sup> ou como quando a cultura do paciente utiliza termos pouco familiares para o médico e vice-versa<sup>14</sup> ainda incrementam a lista de obstáculos (LÓPEZ, 2004).

O tempo (e mais especificamente a falta dele) pode se tornar outro obstáculo para a construção da anamnese. É essencial dispor de tempo para ouvir. O tempo do paciente para recordar e lidar com as informações a serem prestadas deve ser respeitado. A falta de tempo pode levar a não conceder a necessária atenção a informações que, apesar de parecer menores, influenciam (ou poderiam influenciar) o raciocínio clínico de forma decisiva. A disponibilidade de tempo também permite uma escuta mais prolongada, reduzindo a necessidade de intervenções verbais na narração, de forma a deixar principalmente para o final do relato as interposições que busquem complementos para informações que pareceram incompletas na narração espontânea do entrevistado (LÓPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

A questão da limitação do tempo que se impõe na realidade da demanda excessiva do dia a dia no atendimento (e isto é válido para atendimentos em saúde pública, mas também nos planos de saúde e frequentemente até mesmo em atendimentos particulares) é extremamente relevante e capaz de minar a qualidade do trabalho apresentado. No entanto, nem sempre a questão do tempo se relaciona apenas à demanda. É preciso reconhecer os momentos em que o investimento de tempo é essencial e em quais momentos ele é de menor relevância, e mesmo quando uma conduta paliativa é suficiente até que se promova um novo atendimento. E é, portanto, necessário entender que o que se pode fazer muitas vezes é investir todo o tempo disponível, já que “[u]ma hora de conversa provavelmente será de mais utilidade do que quinze minutos. E quinze minutos será melhor do que cinco.” (BIRD, 1978, p. 9).

É importante sublinhar que assim como o tempo, o momento da anamnese não deve ser estabelecido de forma muito rígida, ou se torna outro limitante para a execução da tarefa

---

<sup>12</sup> Podendo-se tratar de um filho que não tinha cuidador, um acompanhante do paciente, ou no caso de acadêmicos, o próprio médico que acompanha a consulta ou os colegas do estudante.

<sup>13</sup> Com a globalização das relações, imigrantes têm se tornado cada vez mais comuns no dia a dia das sociedades.

<sup>14</sup> O paciente que diz que precisou “obrar sem tardar”, expressão que seria melhor compreendida pelo médico como “urgência evacuatória” ou o médico que questiona acerca da “coriza” do paciente que só conhece “catarro” para essa secreção.



(BIRD, 1978). Apesar de a anamnese precisar ser iniciada no primeiro contato com o paciente, ela pode se estender durante o tempo do exame físico, tornando este um momento de observação não só de sinais verificáveis, mas também uma ocasião em que informações podem ser complementadas ou melhor caracterizadas<sup>15</sup> (BIRD, 1978; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

### 2.1.1 A questão da linguagem

Todas as interações e todas as atividades humanas estão ligadas ao uso da linguagem (BAKHTIN, 2003). Não se pode dizer que seja diferente com a Medicina. Aliás, essa ligação se faz de forma especial, uma vez que, segundo Midão e Ruiz-Moreno (2010, p. 398), o modelo proposto para a formação médica atual transforma o médico do passado, “um técnico em órgãos e sistemas para um mediador de saberes, um intérprete com proficiência em linguagens diversas”. E a anamnese é essencialmente o bom uso do discurso em prol da saúde e do cuidado.

Existe ainda uma especificidade na Medicina (assim como em todo o campo da saúde) que exige atenção especial dos profissionais. Isto se dá uma vez que cada anotação em um prontuário se torna parte deste documento<sup>16</sup> responsável por armazenar e carregar os dados do paciente, sendo fonte de informação para diferentes profissionais, médicos ou da equipe multidisciplinar, de diferentes setores da instituição de saúde, além de ter valor legal e científico (SAMPAIO, 2010).

Dessa forma, é necessário algum esforço para que tanto anamnese quanto exame físico, assim como toda a interação com o paciente, sejam devidamente registrados e que esta anotação se dê com uso de linguagem que, diferentemente da que será utilizada na interação direta com o paciente, seja não apenas formal (no sentido de respeitar as normas do idioma), como técnica.

É essencial também compreender que cabe ao médico a capacidade de falar com o paciente de forma razoavelmente simples, facilitando a compreensão, e não ao paciente buscar compreender os tecnicismos da profissão. Mas o registro da anamnese é uma questão

---

<sup>15</sup> “Me mostre mais uma vez onde dói”; “Qual é mesmo o movimento que alivia o sintoma?”; “Quando faço assim melhora?” São exemplos de perguntas mais bem localizadas ao longo do exame físico, mas que ainda fazem parte da anamnese.

<sup>16</sup> É interessante observar que, apesar de pertencer ao paciente, o documento em questão permanece sob a guarda da instituição de saúde onde se deu o atendimento.

completamente diversa, assim como o são situações de discussão de casos com outros profissionais.

Assim, é preciso que o médico seja capaz de transitar entre diferentes gêneros do discurso (BAKHTIN, 2003): a comunicação oral e algo coloquial, com termos populares, perguntas diretas e explicações simples que beneficiam o entendimento do paciente e o gênero da escrita documental, técnico e formal.

Além de simples de compreender, as perguntas feitas ao paciente devem ser abertas o suficiente para permitir a resposta mais espontânea possível, de forma a valorizar a percepção do paciente sobre os fatos narrados e evitar sugestionamentos (BIRD, 1978). No entanto, as perguntas (assim como as intervenções) devem ser específicas o suficiente para conduzir o relato de forma que seja possível obter todas as informações importantes (do ponto de vista clínico), sem que alguma seja deixada fora do relato (LÓPEZ, 2004).

Interferências na narrativa devem ser evitadas uma vez que podem transmitir a mensagem de falta de liberdade para a fala do paciente, tornando-o menos disposto a compartilhar os fatos e sentimentos essenciais ao trabalho do médico. Mas isto não deve impedir o profissional de manter o controle da entrevista. Portanto, intervenções devem ser feitas apenas quando indispensáveis para guiar o paciente através do relato dos fatos realmente relevantes e de forma a impedi-lo de divagar por assuntos que não são de interesse clínico. Fica mais simples compreender a necessidade das intervenções quando a anamnese é vista como um ato de cooperação. Onde os dois personagens contribuem, cada um no seu papel, para a construção de uma história lógica e resumida da moléstia que afeta o paciente (LÓPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

Enquanto isto, a sequência dos acontecimentos e as formas de comunicação não verbal apresentadas devem ser alvo de especial atenção. As mensagens não verbais emitidas pelo paciente podem ir de sinais discretos como a alteração da respiração, a sinais mais diretos, como rubor facial ou lágrimas, e também podem se mostrar relevantes fontes de informação (BIRD, 1978; LÓPEZ, 2004).

A própria utilização de mais de uma via de comunicação pode trazer informações sobre o paciente, tais como sinais de sua personalidade e nível cultural. A sensibilidade para compreensão deste último também é essencial uma vez que sem entendê-lo a comunicação com o paciente pode se tornar difícil. O cuidado para que não se formem barreiras verbais ou culturais (que podem ser intransponíveis) é primordial pois tornariam impossível a obtenção e a organização dos fatos (LÓPEZ, 2004).

A dissociação verbal-não verbal<sup>17</sup> também se mostra um sinal importante, apontando a necessidade de pesquisa quanto aos motivos para tal. A comunicação verbal também pode ser implícita: mudanças no tom de voz, respostas excessivamente evasivas e modificações repentinas no tema da conversa são exemplos de sutilezas da fala a serem observadas (LÓPEZ, 2004, PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

O entrevistador ainda precisa identificar as situações em que as informações fornecidas por terceiros (o acompanhante do paciente) devem ser relevantes ou não.

A importância da capacidade de comunicação do acadêmico de Medicina (e do médico) é evidenciada por Huhn et al. (2017) ao demonstrar que o desempenho de acadêmicos de Medicina estrangeiros na Alemanha é pior que daqueles que são alemães, quando se compara a interação com pacientes. No entanto, na mesma disciplina (Medicina psicossocial, neste caso), os testes escritos têm notas equivalentes, quando comparados os mesmos grupos. Isso revela que, muito provavelmente, o problema não é necessariamente a compreensão da língua formal, mas a adequada utilização desta para interagir com o paciente.

É essencial observar que, para o bem da própria entrevista, o registro da anamnese deve ser trabalhado após o término do atendimento, restringindo-se a anotação ao longo deste ao mínimo necessário à memória (BIRD, 1978; LÓPEZ, 2004).

## 2.2 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA ANAMNESE

Apesar da ausência de uma “fórmula” para a construção da anamnese, existem princípios básicos sem os quais a adequada história não será colhida. O princípio mais essencial (e que pode parecer óbvio) é a disponibilidade e interesse para ouvir o paciente (LÓPEZ, 2004). Sem a consciência da importância desta etapa do atendimento e sem a real preocupação com o bem estar do paciente (que deve ser demonstrada de forma clara), não é possível obter as informações de tal forma completas e reais que sejam capazes de se organizar num registro de anamnese adequado que culminará num atendimento bem sucedido (LOPES, 2012; LÓPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

Existindo tal motivação, é essencial minimizar os motivos para desatenção das duas partes. Desta forma, algumas condições devem ser observadas antes de se iniciar a entrevista.

---

<sup>17</sup> Um exemplo recorrente é aquele de mulheres que informam verbalmente um casamento feliz, mas têm atitudes que revelam ansiedade ou medo ao falar das relações familiares. Observa-se que alguns casos de violência doméstica estão por trás de tal incongruência.

As duas mais importantes são as condições ambientais e as condições clínicas do paciente. O ambiente deve ser o mais isolado e silencioso possível (uma dificuldade comum tanto nos hospitais da rede pública quanto nos Centros de Saúde). E qualquer evidência de instabilidade<sup>18</sup> dos sistemas fisiológicos essenciais do paciente (ou de sua iminente ocorrência) deve motivar a abreviação da entrevista e o investimento na correção de tal vulnerabilidade antes da continuação daquela.

Para que tal ação seja possível, um item do exame médico, habitualmente (e convenientemente) inserido no exame físico, deve ser iniciado junto da anamnese, no primeiro contato com o paciente, e se fazer presente por todo o período de interação. Este item é a inspeção, que inclui observações como “aparência física, postura, gestos, comportamento, expressão facial, maneira como encara o médico” (LÓPEZ, 2004, p. 27). E após a certificação da identificação do paciente e a observação de estabilidade mínima dos sistemas vitais, o que deve se seguir é uma pergunta ampla como: “O que traz o senhor aqui hoje?” ou “em que posso ajudar a senhora?”, e a partir dela deve-se preferir fazer apenas intervenções não-verbais – gestos, expressões faciais e mesmo o silêncio – que podem ser suficientes para estimular o paciente a seguir em seu relato. Quando necessárias, as interposições verbais podem ser simples e pouco sugestivas, como interjeições ou repetir a última palavra, ou a que pareceu mais relevante, dita pelo paciente em tom de interrogação. A demonstração de suporte e compreensão através de frases curtas também pode encorajar a continuidade do relato (LÓPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

Ao longo do relato, algumas vezes se faz necessário compreender melhor um termo utilizado e seu significado específico pode ser indagado<sup>19</sup>. As perguntas dirigidas devem ser reservadas para o fim do relato, quando o profissional pode confrontar informações fornecidas ou apenas esclarecer trechos do relato que podem parecer inconclusos ou fora da ordem cronológica (BIRD, 1978; LÓPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

A demonstração de imparcialidade pelo médico ainda é essencial para a boa anamnese. Tanto no que se refere a não demonstrar sentimentos (principalmente aqueles

---

<sup>18</sup> Fala entrecortada pela respiração, respiração excessivamente ruidosa, sudorese, agitação psicomotora extrema, palidez importante, flutuação do estado de consciência, por exemplo.

<sup>19</sup> Como quando um paciente afirma ter diarreia e o médico precisa compreender se o paciente apresenta um número elevado de evacuações, ou se a consistência das fezes está alterada ou ambos se aplicam ao caso. Ou quando o paciente diz que teve presença de “muito sangue no vômito”, é preciso entender o que é “muito sangue” para ele e até a aparência deste sangue. Então, essa medida deve ser transformada em volume mensurável e se o sangue era vivo ou digerido no conteúdo estomacal esclarecido.

negativos, como impaciência, tristeza ou pena) em relação ao relato do paciente<sup>20</sup>, quanto a não opinar sobre assuntos alheios à saúde/doença do paciente (especialmente assuntos polêmicos como religião, política e moral) (LÓPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

As capacidades de observação e de questionamento igualmente são essenciais ao executor da anamnese. Por fim, mas do mesmo modo essencial, o conhecimento teórico sobre as síndromes e doenças a serem pesquisadas devem permear e conferir intenção às interferências do entrevistador (LÓPEZ, 2004).

Ainda durante a anamnese, o médico deve procurar avaliar a precisão das informações alcançadas e testar hipóteses diagnósticas geradas. Algumas vezes o paciente relata como fato suas próprias concepções ou as de terceiros (outros profissionais de saúde ou pessoas de sua confiança), ou mesmo acrescenta ou sonega dados do relato na tentativa de conferir importância ou relevância para seu caso. Para este fim se prestam tanto avaliações da comunicação não verbal, assim como perguntas sobre o mesmo tema feitas de formas diferentes. Enquanto isso, o médico deve pensar em possíveis hipóteses diagnósticas, e buscar no relato do paciente informações capazes de reforçar sua suspeita ou de refutá-la, de forma a que sejam formuladas novas hipóteses a serem testadas (LÓPEZ, 2004).

### 2.3 ROTEIRO DA ANAMNESE GERAL

É essencial assinalar que o roteiro de anamnese é uma lista de dados que são importantes na construção da anamnese e que visa facilitar o aprendizado desta parte essencial do atendimento médico. No entanto, ela não é uma trilha que deve ser seguida passo a passo de forma mecânica. A ordem que a história é contada é prerrogativa daquele que a conta (o paciente), e cabe ao ouvinte (o médico) estar suficientemente atento para identificar as informações que não foram fornecidas a fim de perguntar por elas quando oportuno (BIRD, 1978).

A limitação da anamnese à formulação mecânica de perguntas de acordo com o roteiro, sem reconhecer e valorizar os sinais emitidos pelo paciente, sem aproveitar-se desses “sinais” dados no meio em uma resposta que nos leva a outro ponto aparentemente distante no roteiro, afeta a potencialidade do diálogo tornando-o exaustivo e intimidante para o paciente, além de

---

<sup>20</sup> Especialmente em se tratando de pacientes com doenças estigmatizantes, a demonstração de certos sentimentos pode inibir o relato de sintomas ou eventos. (LÓPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2005).

impedir a comunicação fluente e o estabelecimento de uma relação empática entre o profissional e o paciente (BALDUINO et al., 2012 e COSTA et al., 2018).

Os tópicos que se seguem constituem uma boa lista de informações a serem coletadas de um paciente na primeira vez em que ele é atendido, quando não se tem nenhuma informação a respeito dele. No entanto, nunca é demais ressaltar: essa lista é uma sugestão, nem sempre possível de ser seguida e que deve ser reavaliada em cada situação, de acordo com recursos disponíveis (espaço e tempo, principalmente), disposição do próprio paciente, mas também do entrevistador, e complexidade do caso. Afinal, “a literatura revela que uma boa entrevista e a relação entre médico e paciente decorrem da habilidade de saber conversar e, principalmente, ouvir” (COSTA et al., 2018, p. 85).

Antes de se iniciar as perguntas e a coleta de informações propriamente dita, é preciso acolher o paciente recebendo-o com cordialidade, cumprimentando-o de forma adequada, utilizando tom de voz afável. Ao longo de toda a entrevista, o olhar direcionado ao paciente demonstra dedicação e interesse essenciais, e para tal é necessário que o registro seja feito em momentos específicos e apenas das informações essenciais para que seja complementado posteriormente (SOARES et al., 2014).

- A identificação do paciente: essencial para fornecer elementos que podem auxiliar na obtenção de dados epidemiológicos, sociais e demográficos que podem levar à identificação de fatores predisponentes a determinadas patologias. Esta etapa facilita também na criação do vínculo com o paciente. Uma boa identificação conta com nome completo, idade e/ou data de nascimento, sexo, cor/raça/etnia, naturalidade, procedência, estado civil, profissão/ocupação/local de trabalho e endereço. O registro do nome da mãe, mesmo para pacientes adultos, tem se tornado cada vez mais frequente pois facilita na identificação de homônimos. A religião é um dado controverso, mas relevante na anamnese uma vez que pode representar uma rede de apoio ao paciente, a proibição da realização de determinadas condutas/orientações médicas e mesmo facilitar/dificultar a comunicação. O nome do responsável por pacientes incapazes do ponto de vista civil é essencial, e, quando o informante principal da consulta não for o próprio paciente, o nome deste também deve constar na identificação (LOPES, 2012; LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

- A queixa principal (QP) é aquele problema que mais preocupa o paciente. Nem sempre essa queixa é o principal problema clínico<sup>21</sup>, mas certamente é um problema que deve receber atenção, uma vez que, no geral, é o que motivou a busca por atendimento. O registro da queixa principal deve ser breve e preciso, podendo ser utilizadas as próprias palavras do paciente colocadas entre aspas. Deve-se evitar o uso de um diagnóstico prévio<sup>22</sup>. Quando o paciente apresenta diversas queixas, pode-se perguntar ao paciente qual delas o incomoda mais ou depois do aparecimento de qual deles ele decidiu procurar o atendimento (LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
- A história da moléstia atual – ou da doença atual – (HMA ou HDA) é, frequentemente, a parte da anamnese que oferece as informações mais importantes. É onde o paciente conta a história do problema que o perturba. A HMA deve conter a lista de sintomas dos quais o paciente se queixa com sua descrição pormenorizada. Essa descrição deve contar com:
  - Cronologia dos sintomas: início, evolução e estado atual de cada um dos sintomas relatados (LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
  - Localização: da forma mais precisa possível, com a percepção do paciente de onde se origina o sintoma (inclusive sua profundidade na área do corpo) e se há irradiação para outras áreas. É interessante pedir que o paciente aponte o local de manifestação do sintoma uma vez que pode usar uma denominação científica num local inapropriado, assim como uma insegurança nesta indicação pode denunciar ausência de confiabilidade das informações prestadas (LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
  - Qualidade: é preciso pedir que o paciente descreva o sintoma queixado. O(s) adjetivo(s) escolhido(s) pode(m) ser de grande auxílio na construção da suspeita diagnóstica (LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
  - Quantidade: Podendo ser a frequência, a duração ou a intensidade do sintoma queixado, inclusive com comparações a fim de aumentar a fidedignidade da informação (LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).

---

<sup>21</sup> Como o paciente que procurou atendimento devido a um problema estético, mas cuja pressão se encontra alterada à aferição.

<sup>22</sup> Uma paciente que diz que procurou atendimento por causa da menopausa deve ser estimulada a falar qual o sintoma ou sinal percebidos da menopausa. Nem sempre o significado atribuído por um paciente coincide com aquele atribuído “cientificamente” à mesma palavra.

- Perspectiva do paciente: o que ele pensa sobre e até mesmo a que ele atribui o sintoma apresentado (BALDUINO et al., 2012)
- Circunstâncias de sua ocorrência: situações de aparecimento podem trazer informações não percebidas pelo paciente (LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
- Fatores de piora ou alívio do sintoma: Se há intermitência ou intensidade variável, vale buscar identificar as circunstâncias de aparecimento / desaparecimento ou melhora / piora (LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
- Manifestações associadas: outros sintomas que seguem ou surgem junto ao sintoma descrito (LOPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014).
- Repercussões da doença ou do sintoma sobre a vida, a família e o trabalho do paciente: em que aspectos o adoecimento traz prejuízos (ou até benefícios) a estes aspectos de sua vida (BALDUINO et al., 2012).
- Tratamentos realizados – se por indicação de outros profissionais ou de leigos – e expectativas no tratamento que busca (BALDUINO et al., 2012).

Quando os sintomas são muitos, pode ser interessante solicitar ao paciente que selecione aqueles que lhe são mais incômodos para o detalhamento, e o registro deve ser feito na ordem cronológica do aparecimento. Ao final do relato da HMA, o médico já precisa ser capaz de formular uma ou algumas hipóteses diagnósticas que abarquem o maior número possível dos sintomas relatados. Isto é necessário para que se possa acrescentar perguntas a respeito de sintomas que não foram relatados e cuja presença (sonogada) ou ausência (confirmada) sejam cruciais para fortalecer a suspeita ou descartá-la. Importa salientar que, assim como as informações prestadas voluntariamente devem ser registradas, as respostas as perguntas feitas e até as negativas também o devem (LÓPEZ, 2004).

- História pregressa – ou história patológica pregressa ou antecedentes pessoais – (HP ou HPP) é a coleta de informações (que podem importar mais ou menos) sobre doenças e situações que acometeram o paciente ao longo de sua vida até o momento da consulta. Assim, este tópico também deve se iniciar com uma pergunta mais ampla e, dependendo das queixas atuais do paciente, mais detalhes devem ser solicitados em cada área. Cuidado particular é necessário com o uso de medicamentos, como os que são usados de forma crônica e que podem estar



interferindo nos sintomas atuais, ou que já foram utilizados para o tratamento da moléstia atual e tiveram pouco ou nenhum sucesso em seu alívio (LÓPEZ, 2004).

- História Familiar (HF): além de alertar o médico para patologias de caráter genético ou familiar de que o paciente pode ser vítima, ainda auxilia em certos casos a compreender o estado emocional do paciente e os conhecimentos prévios que apresenta em relação a seus sintomas. Mais uma vez, perguntas abertas auxiliam em avaliar quais as patologias o paciente mais valoriza na história. Questões específicas podem seguir para esclarecer a ausência de certas informações (LÓPEZ, 2004).
- História psicossocial (HPS): dados como a personalidade do paciente, a presença de expectativas e ambições, sua situação socioeconômica, o ambiente e o local em que vive, quem são as pessoas mais próximas, as instituições com quem mantém relações (como associações de bairro, igrejas, escolas e outros grupos e coletivos), quais são suas atividades diárias (incluindo hábitos alimentares e de atividades físicas), suas crenças, educação formal e cultura, vida sexual, uso de drogas lícitas ou ilícitas, entre outros podem influenciar diretamente no efeito que o adoecimento exerce sobre o paciente e até modificar a história da moléstia e sua percepção (LOPES, 2012 e LÓPEZ, 2004). Nesse sentido alguns pesquisadores do ensino semiotécnico aconselham acrescentar perguntas sobre a existência de pessoas próximas com sintomas parecidos com os do paciente, existência de conselhos recebidos para o tratamento e quais deles já foram seguidos, a percepção de causas / existência de sentimento de culpa em relação à doença e preocupações atuais a respeito da doença e do tratamento (BALDUINO et al., 2012).
- Revisão de sistemas (RS): essa fase pode ser realizada antes da HP ou ao final da anamnese. É uma fase que exige extremo cuidado, pois destina-se a evitar que algum problema com a saúde do paciente, ou mesmo detalhe que este não valorizou na própria história passe despercebido ao médico. No entanto, ele abre a possibilidade de o profissional suggestionar o paciente, uma vez que vai interrogar o paciente sobre o funcionamento de cada um dos sistemas orgânicos. Desta forma, as perguntas são preferencialmente abertas e as respostas devem ser confrontadas incessantemente com as informações obtidas na HMA e HP (LOPEZ, 2004 e PINHO; BRANCO; PORTO, 2014). Sintomas relacionados a cada sistema devem ser interrogados, a saber:
  - Sintomas gerais

- Pele e fâneros
- Cabeça e pescoço
- Tórax
- Abdome
- Sistema geniturinário
- Sistema hemolinfopoiético
- Sistema endócrino
- Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades
- Músculos
- Artérias, veias, linfáticos e microcirculação
- Sistema nervoso
- Exame psíquico e avaliação das condições emocionais.

Tendo em vista toda a complexidade da anamnese, seu aprendizado é moroso, o que torna necessário que seja iniciado precocemente na formação médica. Assim, as habilidades para sua execução podem (e devem) ser treinadas não só ao longo de todo o curso, mas ao longo de toda a vida profissional (LÓPEZ, 2004; PINHO; BRANCO; PORTO, 2014). Não à toa, “as primeiras tentativas são trabalhosas, longas e cansativas” (PINHO; BRANCO; PORTO, 2014, p. 46), no geral, porque se estruturam como entrevistas rígidas que impedem que se desenvolva uma comunicação natural e fluente. Para tal, o estudante deve ter profundo conhecimento teórico, mas também desenvolver capacidades de ouvir e de relacionar-se de forma empática com o paciente (COSTA et al., 2018). Avaliações regulares da qualidade de sua entrevista seguidas de orientações acerca de como pode melhorá-la também são essenciais.

## 2.4 TIPOS DE ANAMNESE

Até aqui foi feita uma descrição geral da anamnese. Isto porque existe um sem-número de “formas” de se realizar esta dita “entrevista médica”. São vieses que influenciam na forma que toma a anamnese: o tempo disponível para o atendimento, o fato de o paciente já ser conhecido pela equipe ou pelo próprio profissional e até a capacidade do paciente de fornecer ele mesmo as informações necessárias parcial ou completamente e a existência de acompanhante para fornecê-las de forma complementar, na íntegra ou parcialmente. Outra causa de especificidades da entrevista é a especialidade do médico, que fará o profissional “focar” seu interesse mais em um ou em outro órgão ou sistema orgânico.

A questão do tempo já foi abordada anteriormente, e se torna ainda mais relevante quando são realizados atendimentos para os “quadros agudos”. Estes atendimentos não se configuram em urgência<sup>23</sup> ou emergência<sup>24</sup>, mas demandam atenção da equipe de saúde de forma imediata, e atendimento médico dentro de no máximo 48h (GOMES, 2013 p. 12).

Pacientes que são atendidos em consulta para acompanhamento de quadros crônicos, ou mesmo aqueles que não apresentam diagnósticos, mas desejam avaliação geral de saúde, necessitam abordagens mais universais como indicado no roteiro já apresentado. No entanto, pacientes que buscam atendimento de forma não planejada, para um quadro agudo, frequentemente serão abordados em situações “fora da agenda”, necessitando abordagens mais objetivas e diretas, que visam um cuidado específico, que poderá (ou muitas vezes deverá) ser expandido posteriormente em momento apropriado (ou “na agenda”). Desta forma, a anamnese deste primeiro momento poderá ser direcionada à queixa, dando especial importância à QP e à HMA com busca de informações específicas, de interesse dentro do raciocínio clínico, na RS, HPP, HF, HPS.

Um outro fator relevante na formatação da anamnese é o fato de o paciente já ter sido atendido pelo profissional que realiza o atendimento atual, por sua equipe ou pelo menos na unidade em que ocorre o atendimento. Se qualquer um dos citados for o caso, o paciente já possui registro em seu prontuário, o que torna alguns dados já conhecidos da equipe e disponíveis para leitura (como já foi apontado anteriormente). Claramente, é importante ler informações prévias registradas no prontuário de forma a suavizar o atendimento e reduzir o número de informações essenciais de serem buscadas junto ao paciente. É relevante que, em caso de informações colhidas há muito tempo, que elas sejam confirmadas na atualidade e que alguma informação que parecer carente de detalhes seja incrementada. Em uma consulta de retorno<sup>25</sup>, espera-se que poucas informações sejam acrescentadas além daquelas que se referem às respostas a tratamentos propostos ou a resultados de exames complementares solicitados. Assim, o roteiro apresentado acima é muito bom para primeiras consultas, mas pacientes que já possuem registros em seu prontuário podem (e devem) ser abordados de forma mais objetiva, tanto quanto permitirem as informações já registradas.

---

<sup>23</sup> “Ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

<sup>24</sup> “Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, atendimento médico imediato” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

<sup>25</sup> O Conselho Federal de Medicina (CFM) considera retorno a continuidade de um atendimento realizado devido a uma patologia, cujo esclarecimento exige exames complementares que não podem ser avaliados na mesma consulta. Portanto, trata-se de um novo atendimento que busca finalizar uma consulta iniciada anteriormente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

A anamnese também terá sua riqueza de detalhes definida pela capacidade do próprio paciente e de seu acompanhante (quando presente) prestar as informações de forma adequada. Um bom exemplo é o da criança que, dependendo da idade, é capaz de informar o que sente no momento, mas dificilmente o é de descrever bem o sintoma ou de precisar seu tempo de duração. Quando o acompanhante é o cuidador habitual do paciente este pode ser capaz de prestar muitas informações, mas frequentemente ocorre de o informante ser a mãe / pai cujo filho passa a maior parte do tempo sob os cuidados de uma instituição (escola ou creche) ou de um cuidador contratado, ou avós que cuidam da criança apenas por algumas horas do dia. Acontece mesmo de nenhum dos cuidadores saber informar detalhes, uma vez que este cuidado é fragmentado. Outro problema comum destes pacientes é de o cuidador interpretar sinais de acordo com sua experiência prévia e ter dificuldade de relatar fatos objetivos (PINHO; BRANCO; PORTO, 2014). E cabe ao médico buscar a informação de melhor qualidade possível. Apesar do exemplo da criança ser de fácil compreensão, situações parecidas podem se dar com idosos e pacientes incapazes.

Por fim, a especialidade do profissional que realiza o atendimento o tornará mais propenso a interrogar o paciente sobre um ou outro órgão ou sistema do corpo. No caso do Médico de Família e Comunidade (MFC), a integralidade e a longitudinalidade do cuidado são essenciais (LOPES, 2012). Desta forma, a anamnese sempre buscará priorizar estes dois aspectos.

#### 2.4 A ANAMNESE EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (MFC)

López (2004, p. 10) afirma que “a anamnese é essencial para a prática da Medicina integral”, que pode também ser sinônimo da “Medicina humana” que depende da “visão de conjunto do paciente” e é citada por Pinho, Branco e Porto (2014).

A integralidade no atendimento em saúde é preconizada pelo artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) quando aponta essa característica como diretriz organizadora do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Esta característica da saúde é interpretada como bem-estar biopsicossocial pela Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), de forma que a Medicina integral citada por López (2004) é aquela proposta pelo SUS, que por sua vez tem, na APS, sua principal forma de acesso para os pacientes em geral. E a MFC é a contribuição médica para a construção dessa estratégia em sua essência.

Sob essa perspectiva, o roteiro de anamnese constante deste trabalho é aquele que deve nortear o atendimento na APS, priorizando o cuidado integral com a saúde dos pacientes de uma comunidade, buscando o conhecimento individual de cada paciente e a compreensão do lugar que cada um ocupa na comunidade atendida pela equipe. No entanto, o cuidado de demonstrar que fatos a seu respeito já são conhecidos pelo profissional (e pela equipe) através da leitura do prontuário que dispensa perguntas repetidas a curtos espaços de tempo auxilia o paciente a compreender a longitudinalidade do cuidado. Da mesma forma, auxilia o profissional a exercer este outro princípio da APS, tornando-o capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente de acordo com seu histórico e com seu estado atual (LOPES, 2012; SOARES et al., 2014).

Depende diretamente da anamnese e dos conhecimentos trazidos por ela a construção de uma ferramenta indispensável (e quase exclusiva) da APS: o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é “um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso” (LOPES, 2012, p. 11). Ele é absolutamente necessário à ação do MFC uma vez que a longitudinalidade do cuidado é essencial à estratégia de saúde da família (ESF) (LOPES, 2012). A construção de um PTS começa no conhecimento individual de cada paciente, de sua família e do lugar que ele ocupa na comunidade atendida pela equipe.

Uma outra característica importante da anamnese na APS é que o profissional deve desenvolver especial facilidade em se comunicar com os pacientes de sua equipe. Uma vez que atende especificamente a uma comunidade e tende a adentrar seus espaços e frequentemente as casas daqueles de quem cuida. O MFC deve ser capaz de conhecer a linguagem que atinge a população adscrita à sua equipe e, desta forma, desenvolver a habilidade de conversar com os pacientes, e principalmente de ouvi-los, sem a realização de um verdadeiro interrogatório a cada visita. Isto melhora em grande medida a relação médico-paciente (COSTA et al., 2018; LOPES, 2012).

## 2.5 A ANAMNESE DO ACADÊMICO DE MEDICINA

A chegada ao momento de atender o paciente, de fazer a primeira anamnese, geralmente é muito aguardada pelos estudantes do curso de Medicina. Os pacientes que são avaliados por alunos devem ser informados, no início do atendimento, deste evento e solicitados a permitir que ele ocorra. Frequentemente eles permitem que isto aconteça,

mesmo sabendo que precisarão responder mais de uma vez às mesmas perguntas, ou ser examinados por várias mãos.

A impossibilidade de definir condutas e frequentemente a incapacidade de fazer diagnósticos cria no estudante a percepção de limitação e até de incompetência, o que frequentemente se associa a sensação de estar “usando” o paciente (COSTA et al., 2018). E provavelmente reside aí “um dos maiores e mais marcantes desafios da formação médica: a necessidade de aprender com o outro sem torná-lo um mero objeto de estudo” (COSTA et al., 2018, p. 85).

Crer que não oferece nada em troca leva o aluno a se penalizar pelo que acredita ser uma invasão de privacidade, que comete ao criar uma relação repentina de intimidade sem uma “troca” adequada. A impressão de “via de mão única”, onde apenas um lado ganha na relação, o estudante, nem sempre é verdadeira (COSTA et al., 2018). Apenas 5% dos pacientes que são atendidos por acadêmicos têm uma postura negativa em relação a isso. Talvez isto ocorra, pois, uma grande parte dos pacientes acredita que recebe atenção e cuidados especiais (DORIGATTI, 2015).

Os dados acima parecem desnudar a falta de preparo adequado dos alunos para o contato e o cuidado com o paciente, o que poderia ser suprido com a adequada condução dos processos de ensino e aprendizagem, o que provavelmente não ocorre pela falta de preparo do professor para a docência<sup>26</sup> (COSTA et al., 2018).

A questão talvez seja que, na Faculdade de Medicina, gaste-se um tempo enorme em ensinar (e aprender) a percutir, auscultar, aferir a pressão arterial – sem argumentos contra a necessidade destas lições – mas deduz-se facilmente que o aluno saiba fazer uma anamnese (BIRD, 1978). Na ausência de explicação sobre como proceder a conversa, de orientação sobre a relação interpessoal e a relação médico-paciente, o aluno se sente desamparado, o que gera mais uma insegurança: atingir a expectativa do professor em relação a anamnese parece inviável (COSTA et al., 2018).

Aparentemente o valor da relação interpessoal não tem grande conta, como não tem a capacidade de comunicação. Não são consideradas habilidades que possam ser ensinadas

---

<sup>26</sup> “Médicos-professores, muitas vezes, carecem de uma formação didático-pedagógica adequada, o que contribui para um processo de ensino deficiente” (COSTA et al., 2018, p. 85).

e treinadas como o são as habilidades do exame físico. No entanto, apesar de algumas pessoas parecerem nascer com o "dom" do diálogo, mesmo para estas a habilidade de estabelecer uma relação de familiaridade com um estranho e falar com naturalidade de problemas de cunho íntimo com ele deve ser treinada e aprimorada (COSTA et al., 2018). Para aqueles que são considerados introvertidos ou tímidos, o desafio pode ser ainda maior, mas esta não é uma barreira intransponível. E o momento do curso médico (quando se tem de apoio colegas e mestres) é o tempo de se desenvolver tais habilidades e competências, tornando o estudante um médico capaz de se comunicar de forma adequada não apenas com os pacientes, mas também com os familiares destes e com os demais profissionais de saúde (COSTA et al., 2018; MIDÃO; RUIZ-MORENO, 2010), como determinam as DCN (BRASIL, 2014).

É importante perceber que tentar entender e até experimentar (de forma objetiva e racional) os sentimentos e emoções do paciente, transmitindo interesse e compreensão (ter empatia) é uma forma muitas vezes intuitiva de criar laços de confiança. E neste caso a intuição é absoluta, uma vez que esta intimidade criada subsidia a construção da relação médico-paciente (e, portanto, a confiança e satisfação do paciente) e, conseqüentemente auxilia na construção da anamnese (BALDUINO et al., 2012). Entretanto, para alguns estudantes (e mesmo profissionais), este laço pode se mostrar também um enorme desafio, uma vez que os coloca de frente com sentimentos, com o lado emocional do paciente (BALDUINO et al., 2012; COSTA et al., 2018). Para muitos estudantes, o choro do paciente se mostra um ponto nevrálgico da sua capacidade de empatia (COSTA et al., 2018). E para enfrentar tal desafio, contam a maturidade e as habilidades para lidar com medo, vergonha e tensão, mas, acima de tudo, a capacidade de ouvir do profissional / estudante (BALDUINO et al., 2012).

Saber lidar com a contratransferência é uma função essencial do médico segundo a psicanálise. No entanto, esta não é uma tarefa, muito menos um aprendizado, fácil. Associações inconscientes e subscientes de circunstâncias relatadas pelo paciente que encontram reflexos em situações pessoais mal resolvidas ou incômodas podem inviabilizar a criação do relacionamento de intimidade necessário ao atendimento médico (BALDUINO et al., 2012). Trabalhar pessoal e coletivamente estas situações favorece a capacidade de demonstrar empatia fazendo com que ela não reduza conforme a capacidade técnica do estudante de Medicina aumenta com o treino (COSTA et al., 2018).

Assim, é necessário que os estudantes se sintam à vontade para abordar os sentimentos despertados durante o atendimento, pois, quando não se sentem, acabam por assumir uma postura defensiva que desvaloriza a subjetividade do paciente (BALDUINO et al., 2012) e muitas vezes até ignora pontos essenciais do atendimento (BIRD, 1978). A desvalorização dos fatores psicossociais do adoecimento nos leva na direção contrária da humanização necessária à Medicina dos nossos tempos.

E é então que ressurge a questão do roteiro de anamnese, que, quando seguido à risca, torna o procedimento mecânico e cansativo (COSTA et al., 2018), convertendo o valor subjetivo das palavras e atitudes do paciente em insignificantes. O roteiro deve, portanto, servir como lembrete dos pontos essenciais a serem abordados, ao longo dos atendimentos, com o paciente, e não como uma prescrição, a ser seguida “à risca”, sem possibilidade de inversão da ordem ou de adiamento de algumas informações. Essa possibilidade, no entanto, não deve servir de refúgio para deixar de realizar a abordagem de certos assuntos que possam parecer (ou ser) mais incômodos, ao paciente ou ao entrevistador, permitindo que se concentre apenas em sinais e sintomas (BALDUINO et al., 2012).

Para visualizar a doença de forma plena e integrada à história de vida do paciente, o estudante deve ser capaz de realizar uma anamnese abrangente, coletando informações, formulando adequadamente as perguntas, refletindo sobre o impacto das questões e sobre a qualidade da relação com o paciente (BALDUINO et al., 2012, p. 236).

É preciso ficar claro que não existem duas abordagens distintas do paciente, aquela que busca por dados clínicos objetivos do paciente e aquela que é mais subjetiva e visa acolhimento e formação do vínculo. Elas são uma única investigação que pode ter uma de suas facetas influenciando diretamente sobre a outra (BALDUINO et al., 2012).

E talvez aqui resida uma característica especial do aprendizado na APS. A possibilidade de retornos mais frequentes dos pacientes, da realização de uma abordagem familiar, a condição de desvendar e entender realidades social e comunitária dos pacientes. Tudo isso faz com que os alunos entendam de forma mais profunda a importância da conversa com o paciente, da compreensão dos recursos disponíveis até para a adaptação das propostas propedêuticas e terapêuticas ao alcance de cada um.

A APS contribui ainda para o aprendizado da anamnese através da horizontalização das relações, que tira o paciente, assim como o aluno, de uma posição “inferior” à do preceptor, trazendo todos os conhecimentos e reflexões a um mesmo patamar de importância na construção do PTS (BARRETO et al., 2011). Aqui, as inquietações e incômodos do



paciente sobre sua demanda são centrais, o que torna a anamnese quase sempre a principal ferramenta utilizada para o esclarecimento diagnóstico e, principalmente, para solução do problema (LOPES, 2012), que nem sempre é uma doença.

Esta situação permite que tanto o aluno exponha seus conhecimentos teóricos no momento da prática, como que ele construa novos conceitos teóricos a partir de sua prática clínica compartilhada com o professor (BARRETO et al., 2011). Assim, a prática na APS é capaz de expor o aluno a diversos princípios básicos da Medicina atual, preconizados na legislação do SUS (BRASIL, 1988 e 1990) e nas DCN para o ensino da Medicina (BRASIL, 2014), tais como a integralidade, a longitudinalidade e a humanização do cuidado em saúde.

Diante de toda a complexidade exposta e de todas as possibilidades criadas pela anamnese, avaliar o aprendizado desta técnica se mostra uma tarefa de grandes dimensões. No entanto, para compreender quão intrincada é a tarefa, não basta compreender a anamnese, mas é essencial entender a avaliação. É a isso que se propõe o próximo capítulo.

### 3 A AVALIAÇÃO

Uma primeira dificuldade que se coloca no estudo da avaliação reside no fato de mais uma vez nos depararmos com um termo polissêmico. Alavarse (2013), Freitas (2019) e Siqueira (2020) apontam a existência de mais de cem conceituações para o termo.

Barlow (2006) justifica a falta de clareza e a variedade de definições para a avaliação afirmando que a própria palavra tem origem recente, não existindo antes do Renascimento e, talvez por isso, careça de melhor definição etimológica. Segundo o dicionário etimológico da língua portuguesa, a palavra avaliação tem sua origem na palavra valer, que por sua vez tem sua gênese no latim, com o significado de “ter valor, custar” (CUNHA, 2010). Claramente tangendo mais um sentido financeiro.

No entanto, avaliar apresenta uma série de significados e aplicações, no português:

[...] substantivo feminino. Ato de avaliar, de mensurar ou determinar o valor, o preço, a importância de alguma coisa: avaliação de uma obra de arte. Cálculo do valor comercial de uma propriedade, definindo o preço mais provável pelo qual uma propriedade pode ser comprada ou vendida. Valor ou importância atribuída pela pessoa especializada em avaliar. Prova, exame ou verificação que determina ou verifica a competência, os conhecimentos ou saberes de alguém: avaliação escolar. Exame que determina as principais características de; cálculo, análise (DICIONÁRIO ON LINE DE PORTUGUÊS, 2020).

Com tantas definições, faz-se necessário evidenciar que neste trabalho tratamos da avaliação em seu sentido educacional. Russell e Airasian (2014, p. 12) entendem a avaliação como “o processo de coletar, sintetizar e interpretar informações que ajudam na tomada de decisões na sala de aula”.

Na busca por definição, Luckesi (2018) trata o “ato de avaliar” como um modo de adjetivar, ou qualificar, a realidade por meio de um processo de investigação, capaz de subsidiar desde a mais simples tomada de decisão do dia a dia até a mais complexa inferência científica. Desta forma, avaliar é um ato “constitutivo do ser humano, desde que é um dos seus modos de conhecer a realidade” (LUCKESI, 2018, p. 22). Segundo ele:

Não existe escolha humana que possa ser realizada, consciente ou inconscientemente, sem base no conhecimento factual como no conhecimento da qualidade da realidade. O conhecimento da qualidade da realidade subsidia toda e qualquer escolha, tendo em vista obter os melhores resultados em decorrência de nossa ação (LUCKESI, 2018, p. 25).

O autor utiliza uma analogia com a investigação científica para explicar a avaliação. Assim como na pesquisa, na avaliação é preciso identificar seu objeto, definir os resultados

esperados, estabelecer os critérios a serem seguidos e proceder a coleta de dados. No entanto, os dois procedimentos se distanciam nesta comparação quando na investigação científica utilizam-se os dados coletados para fazer uma leitura da realidade. Já no caso da avaliação, interessa atribuir uma qualidade, descrever o aprendizado através da comparação com o padrão determinado. Sob essa ótica, a avaliação pretende exclusivamente demonstrar algo sobre a realidade (LUCKESI, 2018). Dessa forma, apesar de intuitivamente o contrário parecer correto, não faz parte do ato de avaliar a tomada de decisão que se seguirá a este, com base nele. Pois, “o ato de avaliar, em si, [...] se encerra com a ‘revelação de sua qualidade’ [...], o que implica que a ‘tomada de decisão’ pertence ao âmbito da gestão da ação e vai além de sua avaliação” (LUCKESI, 2018, p. 27).

Jouquan (2002) define avaliação como “um processo de coleta de informações sobre uma atividade ou seu resultado”<sup>27</sup> (p. 39 – tradução livre da autora). Enfatizando a necessidade da avaliação no processo de ensino escolar, o autor ainda reforça a importância de desvincular a avaliação da “medida”. Segundo ele, a avaliação é um processo complexo, que busca compreender uma realidade a fim de interpretá-la, o que conduz a uma tomada de decisão, enquanto a medida leva em conta apenas um aspecto do primeiro passo da avaliação; sobre isso, Siqueira (2020, p. 18) destaca que “o processo de avaliação, ainda que envolva medida, não se limita a ela”.

Definição também intrincada e, por isso mesmo, interessante é a de Mujika e Etxebarria (2009), citada por Freitas (2019):

A avaliação é o processo de identificação, levantamento e análise de informação relevante de um objeto educacional – que poderá ser quantitativa ou qualitativa –, de forma sistemática, rigorosa, planejada, dirigida, objetiva, crível, fidedigna e válida para emitir juízo de valor baseado em critérios e referências pré-estabelecidos para determinar o valor e o mérito desse objeto a fim de tomar decisões que ajudem a otimizá-lo. (MUJIKÁ; ETXEBARRIA, 2009, p. 91-92, *apud* FREITAS, 2019, p. 25).

Definição muito parecida com a que adota García Sanz (2013, p. 89, tradução livre da autora), segundo a qual a avaliação é entendida como “um processo sistemático, intencional e contínuo de recolher informação, analisar, interpretar e validar a mesma, com base em critérios, cuja finalidade é a tomada de decisões em relação ao objeto avaliado”<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> *Une démarche de recueil d'informations concernant une activité ou son résultat* (JOUQUAN, 2002, p.39).

<sup>28</sup> *La evaluación la entendemos como um proceso sistemático, intencional y continuo de recogida de información, análisis, interpretación y valoración de la misma, en base a criterios, cuya finalidad es la toma de decisiones en relación al objeto evaluado* (GARCÍA SANZ, 2013, p. 89).

Barlow (2006) aponta diferentes possíveis concepções: “avaliar é emitir um julgamento preciso ou não sobre uma realidade quantificável ou não depois de ter efetuado ou não uma medição” (p. 12); e “demarcar o grau de êxito e, ao mesmo tempo, as possibilidades ainda abertas de um ‘ser melhor’, de uma realização.” (p. 13), “para R. W. Tyler, que formulou a noção de “análise por objetivos”, avaliar ‘é verificar a distância entre o que o estudante realizou e o objetivo que lhe foi designado”” (p. 17). Em resumo, a avaliação é finalmente definida por este autor como um processo mental que compara duas situações – uma real e outra ideal – onde se desenrola um julgamento, que coloca o professor numa posição de poder, cujo resultado deve ser comunicado ao autor da ação que se encontra sob avaliação.

Bireaud (1995), que se dedica a rever as proposições do ensino por objetivos, de Tyler, mas desenvolvendo um raciocínio voltado para o ensino superior, aponta que nesta pedagogia o ensino é promovido por um sistema que provoca situações capazes de produzir certos comportamentos. Tais condutas se tornam, quando exibidas, testemunhos da aprendizagem de um saber (ou saber-fazer) passíveis de avaliação – no nível de objetivos operacionais – facilitando o processo. É, no entanto, necessário saber reconhecer estes comportamentos e a que sua presença efetivamente seja atribuída.

Para Silva (2004, *apud* BIAGIOTTI, 2005) a função da avaliação é permitir intervenções conscientes no processo de ensino, uma vez que permite compreender a interação entre os processos de ensino e de aprendizagem, tornando a produção do estudante uma fonte de informação.

Já Barlow (2006) compreende a avaliação como uma forma de comunicação, que é iniciada pelo estudante ao demonstrar o que aprendeu. A mensagem será mais específica, quanto mais claro for, para o estudante, quais serão os critérios e parâmetros adotados para a avaliação (BIAGIOTTI, 2005). Essa primeira mensagem tem como resposta a qualificação pelo mestre do que foi apresentado, no intuito, pelo menos em essência, de ajudá-lo a aprimorar o aprendizado.

Nessa contínua comunicação, em um momento posterior, o estudante ainda poderá “responder à qualificação”, seja questionando-a ou modificando sua postura diante do ensinado a fim de demonstrar o aprendizado de uma forma mais próxima a considerada ideal em um próximo momento de avaliação (BARLOW, 2006).

Pelo exposto, fica clara a complexidade da tarefa de avaliar quando o que se busca é fazê-lo de forma válida, consistente e objetiva, destacando a necessidade de clareza de

critérios com o objetivo de contribuir, num momento posterior ao da avaliação, para a finalidade de ensinar, não apenas classificar<sup>29</sup>. Em decorrência, a nosso ver, ganha relevância, como uma finalidade da avaliação da aprendizagem, como isso é informado ao estudante ou qual é a devolutiva – *feedback* – a partir dos resultados da avaliação.

Experimentalmente, sabe-se que o *feedback* acerca do desempenho atingido tem papel fundamental no aprendizado. E mais: sabemos que um retorno positivo é sempre muito mais eficaz que um negativo (HURLOCK, 1925, *apud* BARLOW, 2006). Assim, na apropriação dos resultados da avaliação do aprendizado, é preciso reconhecer e ser capaz de qualificar o progresso do aprendiz para fornecer essa “informação de retorno” que guiará o estudante em seu avanço educacional. E tradicionalmente, nas escolas de todos os níveis, o avaliador, assim como o gestor da ação (aquele que toma a decisão baseada na avaliação), personificam-se no professor, tornando-se o especialista em avaliação que todos conhecem. No entanto, “qualquer professor é um avaliador profissional que, usualmente, não tem preparação para tanto em sua formação inicial e, quiçá, continuada”, como chama atenção Alavarse (2013, p.138), dando a esta evidente contradição o nome de “paradoxo docente”.

Coadunamos com Alavarse no entendimento de que a avaliação é parte essencial do processo pedagógico, uma vez que, ao se firmar como local de ensino e aprendizado, a própria escola trouxe consigo a prática avaliativa, lançando mão dos resultados da avaliação para estabelecer formas de andamento e evolução de seus estudantes (ALAVARSE, 2013, p.136). Por este motivo, independentemente da abordagem escolhida para o ensino, avaliar é parte indispensável das funções e dos saberes do docente.

Parece relevante ressaltar uma observação de Siqueira (2020, p. 28) acerca da avaliação da leitura, que é um fundamento precioso para todos os demais aprendizados, mas que, com menor ênfase em relação à ampliação das omissões do aprendizado, parece poder ser expandida para praticamente qualquer aprendizado sob avaliação: “Uma prática avaliativa equivocada pode mascarar dificuldades dos estudantes em relação ao objeto leitura e impactar significativamente seu percurso escolar com lacunas que se avolumarão conforme esse estudante avançar nas séries escolares”. Assim, parece legítimo dizer que qualquer aprendizado que será relevante na continuidade do ensino, se considerado

---

<sup>29</sup> A palavra classificar aqui se refere especialmente à hierarquização de notas não interpretáveis pedagogicamente e não utilizadas a favor do ensino e da aprendizagem. Apesar de reconhecermos outras possíveis formas de classificação sua necessidade em determinados momentos, entendemos também que sua validade requer consistência, objetividade e compreensão dos critérios adotados.

consolidado devido a um equívoco de avaliação, pode impedir a evolução do aprendiz em diferentes pontos de sua evolução.

### 3.1 O HISTÓRICO DA AVALIAÇÃO

O modelo educacional moderno que recebemos como legado (entre tantos outros) de nossos colonizadores europeus tem origens religiosas e cristãs<sup>30</sup> (LUCKESI, 2018). Na tradição jesuítica, há a prescrição de o professor possuir uma caderneta (ou pauta), onde se fazem anotações do desempenho de cada estudante. Essa caderneta, além de servir ao professor no acompanhamento da progressão de cada estudante, ainda seria levada em consideração pela Banca Examinadora, quando da realização dos exames gerais. Os exames gerais, sim, tinham característica seletiva e definiam quais estudantes teriam condição de receber a promoção a uma classe escolar mais avançada e quais deveriam ser retidos. Ainda assim, a Banca levava em consideração o aprendizado evolutivo dos estudantes, registrado na pauta do professor, tornando a promoção menos dependente do momento único do exame (LUCKESI, 2018).

Além desta prescrição, as tradições jesuíticas traziam também um protagonismo do estudante nos processos de ensino e aprendizagem, uma vez que determinava passos para o ensino em que o professor se comportava como personagem principal apenas no primeiro deles, o de exposição do conteúdo novo. Os demais passos tinham o estudante como centro da atenção, com a explicação de partes mal compreendidas pelo estudante, a prescrição de exercícios para assimilação do novo conteúdo, a correção destes e a elucidação de dúvidas seguida da definição de tarefas (LUCKESI, 2018).

Já a tradição comeniana se originou no princípio de que todo cristão tinha o dever de conhecer a palavra divina, presente na Bíblia, o que implicava que todos deveriam saber ler, escrever e compreender o que lesse ou escrevesse. Assim, a eficácia do ensino era primordial, e as avaliações ocorriam regularmente, ao final de cada aula, ao final de cada dia de aula, ao final de cada semana ou mês, semestre ou ano letivo. O objetivo destes exames seria estimular o compromisso do estudante com o aprendizado, mas também serviam como recursos ameaçadores aos estudantes, já que os resultados destes mesmos exames seriam utilizados para separar os estudantes com um aprendizado satisfatório e que receberiam a

---

<sup>30</sup> Tanto a origem católica, jesuítica, quanto a protestante, comeniana.

promoção daqueles com desempenho insatisfatório que seriam retidos. Além de todos estes exames, havia ainda a recomendação de uma avaliação institucional, de responsabilidade do poder público, a se realizar apenas ao final do ano letivo (LUCKESI, 2018).

Apesar de ambas as propostas pedagógicas inicialmente terem focalizado a busca pelo amplo aprendizado de todos, os dois modelos foram desenvolvidos ao mesmo tempo em que a classe burguesa chegava ao poder, e a seletividade como recurso de promoção de alguns em detrimento de muitos excluídos se tornou mais forte. Com o tempo, caiu em desuso a pauta do professor, a avaliação contínua (quotidiana ou frequente), e o cuidado com o aprendizado individual se tornou obsoleto. Em muitas das escolas herdeiras da tradição jesuítica e comeniana a aplicação da avaliação com finalidade seletiva do resultado se tornou exclusiva (LUCKESI, 2018).

A evolução da avaliação neste início de sec. XXI vem se mostrando bastante rápida. Não apenas da avaliação, mas do ensino de forma geral, com a evolução, em especial na Educação Superior, com a proposição de um modelo baseado em competências em contraposição ao modelo de transmissão de conhecimentos (GARCÍA SANZ, 2013).

No que tange à avaliação, enquanto até os primeiros anos desse século os professores avaliavam quase exclusivamente a partir de provas que demonstravam o desempenho pontual do estudante e, assim, determinavam suas notas, com o passar de pouco mais de duas décadas, já se observa uma grande mudança. As provas e testes padronizados que anteriormente eram utilizados exclusivamente para dar nota aos alunos, nos dias atuais, ainda são utilizados; agora, além da preocupação em acompanhar a evolução de habilidades e conhecimentos e separar aqueles que se encontram plenamente desenvolvidos daqueles em que os alunos apresentam algum tipo de dificuldade, destaca-se seu uso para embasar outras importantes decisões quanto a qualidade das próprias instituições, de seus responsáveis (diretores) e também dos professores e ainda para a condução do ensino.

Adiciona-se a provas e testes também a avaliação contínua, em sala de aula, utilizando diferentes formas, que auxiliam a tomada de decisão em relação ao futuro do aluno. Para acompanhar esse processo os professores devem buscar uma formação pedagógica sólida a fim de promover um ensino de qualidade de acordo com os novos modelos, onde é necessária a aplicação de um modelo de avaliação contínua, variada e formativa (GARCÍA SANZ, 2013, p. 88).

### 3.2 OS PASSOS DA AVALIAÇÃO

Tendo em conta as definições apontadas para a avaliação, vale ressaltar a constatação de que “[a] estrutura metodológica da investigação avaliativa é universal, seus objetos de estudo são particulares e específicos.” (LUCKESI, 2018, p. 153). Assim sendo, sejam os fatos observados, a informação prestada pelo estudante numa entrevista, ou os dados coletados na investigação realizada pelo avaliador em provas ou instrumentos similares, o levantamento de informações sobre aquilo que se pretende realizar um julgamento é um passo essencial para qualquer avaliação.

No entanto, há outras etapas no ato de avaliar: definir a finalidade da avaliação, o usuário da informação gerada por ela (FREITAS, 2019), o que se investiga (ou julga), qual o padrão ou referência está sendo usado pelo executor do ato de avaliar/investigar/julgar (BARLOW, 2006 e LUCKESI, 2018). Assim, para a realização de uma avaliação intencional e planejada, é mandatório demarcar consistentemente o que se pretende avaliar. Nesta questão, a pedagogia por objetivos torna bastante fácil o trabalho do avaliador, uma vez que bem definidos os objetivos do ensino com a adequada hierarquização deles, a definição do “o que” e do “quando” deve ser avaliado fica extremamente simplificada (BIREAUD, 1995).

É preciso levar em conta que “somente se pode avaliar os efeitos do ensino realizado” (LUCKESI, 2018, p. 135), sendo assim, a avaliação “deve conter tudo aquilo que foi ensinado e da forma metodológica como ocorreu o ensino, nem mais nem menos que isso” (LUCKESI, 2018, p. 138).

A abrangência dos dados a serem coletados na avaliação é delimitada pelo currículo e pelo plano de ensino praticado. A suposta realização do ensino (sua presença no plano de ensino escrito, mas que por alguma razão não foi cumprido) não é suficiente para incluir determinado conteúdo em uma avaliação, uma vez que esta indica o nível de adequação (ou inadequação) do aprendizado em relação ao que efetivamente foi ensinado (aquele conteúdo que foi proposto, abordado e exercitado ao longo do processo) (LUCKESI, 2018).

Nunca é demais lembrar que é relevante que, antes da construção de um instrumento para avaliação<sup>31</sup>, o avaliador tenha claro aquilo que deseja avaliar, a fim de ser capaz de solicitar, o mais precisamente possível, o que é necessário para definir – no caso, identificar – as características do que deseja descrever – neste contexto, o aprendizado do estudante. O

---

<sup>31</sup> Frequentemente confundido com a própria avaliação, o que pode gerar confusões e imprecisões importantes (ALAVARSE, 2013).



instrumento de avaliação é aquele que auxilia no levantamento de informações sobre o aprendiz, e este inventário de informações deve se tornar consistente através da utilização de técnicas e procedimentos fundamentados em conhecimento acadêmico e pesquisa (ALAVARSE, 2013).

É essencial ainda levar em conta que o simples fato de se encontrar sob observação faz o comportamento dos indivíduos (e não só) se modificar. Assim como a mecânica quântica nos mostra que a simples presença do observador é capaz de modificar o comportamento de uma onda, a observação do professor é capaz de modificar o comportamento do estudante. Principalmente porque o professor dificilmente é capaz de apenas observar. Ele olha, e seu olhar pode “dizer” uma infinidade de coisas. Ele sorri, emite sons e muitas vezes até fala e na entonação de uma frase, no brilho de um olhar, na sinceridade de um sorriso orienta ou inibe uma ação. Então, a avaliação está acontecendo em cada momento de interação, e a comunicação desta avaliação também (BARLOW, 2006). Sob o olhar do leigo (ou, frequentemente, do estudante) a avaliação se restringe a momentos e ritos da escola, sem que percebam que a avaliação é um lento processo que ocorre no dia a dia da relação do professor com os estudantes.

Outras variáveis ainda devem ser consideradas no momento da coleta de dados, como: a idade do avaliado, seu desenvolvimento psicológico, neurológico, mental e lógico, quem é o avaliador, com qual finalidade avalia e como será emitido o parecer da investigação (BARLOW, 2006 e LUCKESI, 2018).

Pesquisas sobre avaliação e notação mostram que, intencionalmente ou não, “professores do ensino médio enfatizam a verificação de um produto como provas, enquanto professores do ensino fundamental utilizam evidências informais do aprendiz”<sup>32</sup> (BROOKHART et al., 2016, p. 826 – tradução livre da autora). Por sua vez, no ensino superior, a forma de distribuição de pontos e a severidade das avaliações varia dramaticamente de um curso para outro e de um professor para outro, apesar de o sistema de avaliação rotineiramente ser apresentado junto ao plano de ensino do curso/disciplina (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Soma-se a toda esta complexidade da avaliação alguns aspectos específicos do curso de Medicina: a longa duração do curso, o grande número de professores/preceptores e de ambientes de estudo/treinamento envolvidos nesta formação, a natureza complexa das

---

<sup>32</sup>*Secondary teachers emphasize achievement products such as tests whereas elementary teachers use informal evidence of learning* (BROOKHART et al., 2016, p.826).

habilidades em desenvolvimento e as expectativas particularmente altas da sociedade com relação à profissão médica (JOUQUAN, 2002).

A avaliação tem a finalidade de, entre outras, tornar o gestor capaz de reconhecer as demandas de cada avaliado e permitir perseguir o objetivo de que todos aprendam aquilo que é necessário ao desenvolvimento individual e coletivo. Isso torna a postura do educador mais acolhedora e construtiva, e o ato avaliativo mais integrado a todas as atividades pedagógicas se colocando como subsidiário delas (LUCKESI, 2018).

É importante ter claro que definir o que será avaliado pode ser expresso por uma “simples” lista de conteúdos ou habilidades que terá função de lembrar o avaliador o que é importante ter em mente na hora de elaborar o instrumento de coleta. Tudo isso não fará sentido se um critério mínimo de qualidade não for definido a fim de possibilitar a titulação da realidade observada, através da comparação com esse critério, que nada mais é que a expectativa do avaliador em relação ao avaliado. Dessa forma, como bem definiu Barlow (2006), “avaliar é efetuar uma *comparação* entre o que se constata e o que se esperava” (p. 17, grifo do autor). Por fim, a avaliação demandará ainda o uso de recursos técnicos que também podem – e devem – ser definidos antecipadamente, levando em conta a melhor forma de se apresentar o objeto da avaliação (LUCKESI, 2018).

A descrição detalhada do fim, ou do objetivo de aprendizado, ou o que o estudante deverá ser capaz de fazer ao final de certa etapa da formação, facilita de forma decisiva não só a definição dos meios do aprendizado, como a construção da avaliação. Na adequada definição de objetivos pedagógicos, a meta de aprendizado fica tão clara que a autoavaliação se torna uma possibilidade palpável, uma vez que aqueles servem de ponto de apoio para cada ação de ensino, aprendizado e avaliação. A comunicação do resultado da avaliação também fica simplificada, tornando-se mais lógico substituir os números por critérios como: “Objetivo atingido”; “Objetivo em vias de aquisição” ou “Objetivo não atingido”. Por fim, quando objetivos de ensino estão claros, o fornecimento de feedback fica facilitado, uma vez que os pontos de debilidade do aprendizado demonstrado ficam evidentes.

Somente com esse primeiro momento concluído (e definido), é possível partir para a descrição da realidade, que possibilitará a identificação da adequação (ou não) do objeto<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Objeto aqui como objeto sob avaliação, podendo se referir a “pessoas, bens, experiências ou produtos” (LUCKESI, 2018, p. 62).

avaliado em relação ao esperado. Relevante é que a qualidade é atribuída pelo avaliador e essa tarefa deve ser realizada da forma mais objetiva possível – o que é próprio de uma investigação. No limite do possível, ela deve ser realizada sem sofrer (ou sofrendo o mínimo) interferências subjetivas e emocionais, no que ajuda um bom instrumento de coleta, uma vez que o objeto da investigação – o aprendizado – é um fenômeno interno ao outro – o estudante – e, para caracterizá-lo, é necessário revelá-lo aos olhos do investigador – o avaliador / professor (LUCKESI, 2018, p. 142-143). Uma vez revelada a qualidade do aprendizado, ela deve ser interpretada à luz dos critérios previamente definidos, a fim de se tecer julgamentos a seu respeito (FREITAS, 2019).

É aqui que se encerra o ato avaliativo propriamente dito. O que segue a ele é a tomada de decisão a ser realizada pelo gestor da ação, que pode, mas não obrigatoriamente coincide com o avaliador (LUCKESI, 2018, p. 77). Caso este considere que o aprendizado revelado é satisfatório, o gestor da ação pode decidir prosseguir em seu plano de ensino, caso contrário, cabe a ele decidir investir mais até que a qualidade se adeque. Assim, uma avaliação relevante – o que é avaliado tem consonância com o que se pretende como fim daquele processo de ensino –, válida – o que se avalia é realmente aquilo que se pretende e se declara avaliar – e confiável – os resultados obtidos refletem realmente a realidade – pode melhorar as aprendizagens, uma vez que possibilita maior orientação e foco nas intervenções do professor (FREITAS, 2019).

### 3.3 A UTILIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO

A avaliação pode ter diferentes usos, em diferentes níveis do sistema de ensino. Desde os responsáveis por políticas públicas na área da educação, passando por gestores escolares, pais de estudantes e chegando ao interior das salas de aula nas pessoas dos professores e dos estudantes (RUSSELL; AIRASIAN, 2014). O foco deste estudo reside nos principais interessados: os professores e os estudantes.

A utilização da informação gerada pela avaliação pode se dar, segundo Luckesi (2018), de três diferentes formas e com diferentes objetivos. No modo “diagnóstico” (que

---

tem objetivos e formas parecidos com a “avaliação formativa” e a “avaliação instrucional)” a avaliação é realizada no decorrer da ação e subsidia de forma firme a correção dos rumos desta, uma vez que atende os fins de regulação dos processos de ensino e aprendizagem (JOUQUAN, 2002; LUCKESI, 2018).

Assim, a avaliação formativa é capaz de permitir que uma qualidade aquém do objetivo determinado, quando verificada, leve a uma mudança na ação em desenvolvimento e propicie melhores resultados na busca pelo critério mínimo de qualidade estabelecido. Segundo Luckesi (2018), com tal uso, a avaliação torna-se parceira de todo e qualquer educador, possibilitando o investimento de esforços de forma qualificada nos e dos estudantes nas áreas em que eles mais demandam. Com esta forma de avaliar, uma das consequências esperadas é que os estudantes sejam capazes de aprender mais, a outra é que a relação entre avaliação e notas assumam novos rumos (GUSKEY; BROOKHART, 2019). Para que isto seja possível, as qualidades atribuídas ao aprendizado do estudante devem ser comunicadas a ele, assim como deve ser feita uma prescrição das correções necessárias, uma vez que, sendo o estudante aquele que aprende, é ele quem deve “corrigir o aprendizado”.

Nesta visão, o professor deve se inspirar no médico (como sugere a própria designação do uso da avaliação) aquele que orienta o cuidado, e não no ditador, que ordena ações (BARLOW, 2006). Este uso também aproximaria o estudante do professor, melhorando a relação de ambos com a avaliação, uma vez que ela poderia trazer uma função de busca por melhores formas de agir. Bem usada, a avaliação formativa pode ter a função de solucionar impasses comuns do cotidiano.

O uso “probatório” dessa informação (também chamado de “avaliação somativa”) ocorre ao final da ação sob avaliação, de forma a determinar quais objetos (ou ações) concluídos atingiram o critério mínimo de qualidade previamente definido. É a realização da comparação entre o que era esperado do estudante e aquilo que ele efetivamente foi capaz de realizar, é a determinação se o estudante atingiu os objetivos definidos inicialmente para seu aprendizado ou não, é definir entre o sucesso e o fracasso não apenas do aprendizado, mas também do ensino. Este procedimento se torna necessário ao término da ação, permitindo dar notas e, com estas, frequentemente aprovar ou reprovar, promover ou reter os investigados (JOUQUAN, 2002; LUCKESI, 2018).

A terceira forma de utilizar a informação gerada pela avaliação definido por Luckesi (2018) é a seletiva, que trata de classificar e selecionar os melhores resultados. Apesar de à primeira vista não ser bem aplicado aos processos de ensino e aprendizagem, mas sim à

classificação que ocorre em um concurso, por exemplo, no nível superior, isto não é inteiramente verdadeiro. No dia a dia de universidades, os estudantes são expostos inúmeras vezes a processos seletivos: o próprio ingresso nas instituições, a conquista de vagas para bons estágios, as seleções para participação em projetos de pesquisas, monitorias, ligas acadêmicas, entre outros. No caso da Medicina, há ainda o processo seletivo da residência médica e especializações, o que frequentemente fazem parte do objetivo de se tornar médico e representam uma continuidade na formação acadêmica dos (frequentemente recém) graduados.

Vale a pena aqui ressaltar que há inúmeras designações atribuídas ao procedimento avaliativo além destas já citadas. No entanto, o processo avaliativo deverá seguir uma fórmula geral mínima: o planejamento da investigação avaliativa seguido da coleta de dados e da qualificação da realidade que leva em conta um referencial pré-determinado. As classificações, no geral, vão se referir a processos externos à avaliação em si (LUCKESI, 2018), frequentemente se referindo à qualificação de um trabalho que se encontra ainda em processo ou, em outro extremo, ao produto e os resultados deste (ALAVARSE, 2013).

É interessante observar que todas estas formas de usar a informação gerada pela avaliação estão interligadas e continuamente relacionadas, ainda que os usuários desta informação possam variar – o avaliador e o gestor da ação.

O uso diagnóstico da avaliação funciona como forma de alerta para o gestor, que administra a busca pelo resultado positivo. Quando aponta incompatibilidade dos resultados parciais em relação ao objetivo, permite correções de percurso, o que tem potencial de aumentar a frequência de aprovações quando ao fim da ação se lança mão do uso probatório da informação. Este último estabelecerá o ponto mínimo a partir do qual se classificará quando se fizer necessário o uso seletivo da informação (LUCKESI, 2018). Tudo isso demonstra como “a avaliação será sempre subsidiária da gestão” (LUCKESI, 2018, p. 71), condicionando o sucesso desta à adequada realização daquela, uma vez que o que é avaliado são as atitudes e comportamentos observáveis, que permitem inferir os conhecimentos e as competências do aluno.

Resumindo o exposto, a avaliação do aprendizado deve buscar subsidiar as decisões do educador em relação ao acompanhamento e, se necessário, da reorientação dos processos de ensino e de aprendizagem. Uma vez que o único objetivo do educador é de que o estudante aprenda aquilo que está sendo ensinado, a avaliação permite que o professor realize o registro da adequação (ou não) do aprendizado daquilo que se pretendeu ensinar com base em um currículo estabelecido anteriormente. Ela deve permitir, inclusive, que se identifique se

aquilo que foi ensinado foi aprendido, ou se apenas partes do que se pretendeu ensinar foi efetivamente aprendido (BARLOW, 2006; LUCKESI, 2018).

Porquanto o objetivo do ensino é o aprendizado de todos, tais observações precisam ser comunicadas aos estudantes – realizado o *feedback* – para que esses sejam capazes de adaptar suas vias de aprendizado. Assim, faz-se necessário haver clareza na distinção entre os papéis de avaliador e de gestor da sala de aula, ambos exercidos pelo professor.

Como gestor da sala de aula, o professor “é o responsável pela criação das condições para o sucesso da aprendizagem” (LUCKESI, 2018, p. 77) – seja ajustando sua forma de ensinar ou orientando a forma do aprendizado quando observa resultados aquém do esperado, seja mantendo e promovendo a manutenção de formas de sucesso. Como avaliador ele “é o responsável pela investigação da qualidade dos resultados da ação de ensinar e de aprender.” (LUCKESI, 2018, p. 78).

A avaliação, também, pode ser classificada em “avaliação de contexto”, “avaliação de entrada” ou “avaliação inicial”; “avaliação de processo” ou “avaliação de etapa” e “avaliação do produto” ou “avaliação terminal” (BARLOW, 2006; LUCKESI, 2018). Essas avaliações diferem ou no objeto da avaliação ou no momento, por exemplo, de uma disciplina em que é realizada, com relações variadas com respeito ao aprendizado ou com vistas à informação que aportará.

Contudo, o momento e o uso da avaliação podem se confundir, já que uma avaliação realizada com objetivos diagnóstico e/ou formativo, idealmente ocorre ao longo do processo de ensino, portanto, uma avaliação de processo (ou de etapa). Enquanto isso, uma avaliação com objetivo somativo se realiza após terminado o ensino/tarefa, quando já é tempo de definir o desfecho do ensino, ou uma avaliação de produto (ou terminal). Ainda assim, é possível que haja uma avaliação somativa, onde se atribui um conceito ou nota antes da conclusão do ensino, enquanto se observa a busca do aluno pela excelência. Assim como é possível, ao final de uma etapa, realizar uma avaliação onde se produz um *feedback* (portanto, formativa) que poderá auxiliar o aluno nos futuros aprendizados.

Tudo isso a avaliação deve possibilitar sem perder de vista a dinamicidade do ensino, uma vez que propicia a realização de novas intervenções de acordo com a realidade revelada. Tantos feitos só se fazem possíveis quando a avaliação é realizada de forma competente e responsável, o que exige do educador “vínculo com a profissão, formação adequada e consistente, comprometimento permanente, atenção plena naquilo que fazemos, cuidados

em todas as nossas intervenções e flexibilidade no relacionamento com os estudantes” (LUCKESI, 2018, p. 113).

Contando que o objetivo do professor, da escola, e em última instância, do sistema educacional seja o adequado aprendizado dos conteúdos por parte de todos os estudantes, a observação e a qualificação constantes do que foi realmente aprendido por eles permite sucessivas decisões de ajustes no processo de ensino e de aprendizagem a fim de se garantir o maior sucesso possível da atividade educadora (LUCKESI, 2018). Isto tornaria sem sentido até o hábito já enraizado em nossa cultura de ensino que é de atribuir notas aos trabalhos dos alunos (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Neste contexto, a reprovação do aluno seria o símbolo máximo da frustração do professor e do ato de ensinar em si. No entanto, como citado na discussão sobre o histórico da avaliação, o fracasso escolar é muito presente na educação brasileira, quando se observa redução de matrículas à medida em que se avança nas séries escolares (LUCKESI, 2018).

O uso exclusivamente probatório – e em alguns momentos até seletivo – das avaliações fazem com que o desempenho do estudante, em relação a uma escala de qualidade, aponte para sua aprovação ou reprovação, de acordo com aquilo que se considera aceitável ou não (LUCKESI, 2018). Essa conduta significa que a qualidade da realidade foi aceita como definitiva e que não se investirá mais esforços no ensino, numa determinada perspectiva do projeto pedagogia da escola. Ou, em outro sentido, esse desempenho, se considerado abaixo do esperado, pode desencadear esforços docentes e do próprio estudante visando a ampliação do aprendizado.

Historicamente, constata-se o uso das avaliações, com suas notas e decorrentes reprovações, como recurso disciplinador e ameaçador, de forma mais intensa com alunos mais velhos que com os mais novos (BROOKHART et al., 2016). Prova disso é o fato de Brookhart et al. (2016, p. 827), em seus estudos sobre a pesquisa em avaliação e notação do último século, perceberem que

[...] professores interpretam boas notas como recompensa pelo trabalho cumprido, baseado tanto no esforço quanto na qualidade, na atitude do estudante durante o trabalho, como refletido na conclusão de um dever de casa, e no progresso do aprendizado<sup>34</sup> (Tradução livre da autora).

No entanto, para que o estudante seja capaz de se responsabilizar por sua nota, e, portanto, pelo aprendizado demonstrado, é preciso que ele, assim como o professor, entenda

---

<sup>34</sup> *Teachers interpreted good grades as a reward for accomplished work, based on both effort and quality, student attitude toward achievement as reflected by homework completion, and progress in learning.*

a nota não como algo que o professor atribui, mas como algo que é conquistado pelo aluno (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Apesar de grandes discussões acerca do assunto e da mudança do nome dado às avaliações (de exames escolares para avaliação da aprendizagem<sup>35</sup>), muitos professores continuam se prendendo ao uso (quase) exclusivamente somativo da informação gerada pela avaliação. Isso significa dizer que para a tomada de decisão “só valem os conhecimentos e habilidades revelados de modo positivo, no momento em que os testes e tarefas são realizados; não valem nem antes nem depois desse momento” (LUCKESI, 2018, p. 85), desconsiderando a possibilidade da avaliação contínua.

Assim, com base nesse desempenho observado em um momento único e singular, classifica-se o estudante atribuindo-lhe uma nota com caráter definitivo (afinal, depois de dada, a nota não raramente é modificada – apesar de poder e até, em certos casos, dever sofrer alteração). A avaliação do aprendizado pode se apoiar numa medida – quantificação – para então ocorrer a emissão de um juízo – qualificação – com base num critério, mas não deve deixar-se controlar pela estagnação da nota.

### 3.4 NOTAÇÃO

Neste ponto cabe uma discussão sobre as notas escolares, afinal, “[n]otas têm uma influência profunda em como os estudantes se relacionam com a escola e como eles se veem como aprendizes”<sup>36</sup> (GUSKEY; BROOKHART, 2019, p. 5. – Tradução livre da autora.), o que é de extrema relevância para o aprendizado e para o percurso acadêmico – e mesmo social – do estudante (FREITAS, 2019). As notas são capazes de motivar o aluno por meio da criação de um sentimento de competência em relação ao aprendido e de orientar quanto ao controle adquirido (ou não) sobre os conhecimentos e habilidades a serem dominados (JOUQUAN, 2002). Isto justifica a busca, desde o início do século XX, por uma forma mais “científica” de se atribuir notas (GUSKEY; BROOKHART 2019). Ainda que desconsideremos todos estes vieses apresentados da nota na vida estudantil, ela frequentemente se presta a documentar aquilo que é uma das finalidades de mais fácil e

---

<sup>35</sup> O novo termo foi criado na década de 1930 por Ralph Tyler, educador norte-americano que buscava reduzir os índices de reprovação escolar em seu país através da introdução da prática do diagnóstico do desempenho dos estudantes que seria subsídio para decisões do educador a fim de tornar eficiente sua prática educadora. No Brasil, nos servimos do termo tanto para o uso diagnóstico quanto para o uso seletivo dos resultados das avaliações (LUCKESI, 2018).

<sup>36</sup> *Grades have a pervasive influence on how students regard school and how they see themselves as learners*



direta observação da avaliação educacional: o fluxo dos alunos ao longo das séries (FREITAS, 2019), ou períodos, já que o mesmo fenômeno se observa no ensino superior. No entanto, a nota acaba por se tornar o foco dos alunos, deixando para segundo plano o que deveria ser a busca de um percurso escolar: o aprendizado (SIQUEIRA, 2020).

Brookhart et al. (2016) debruçaram-se sobre este tema e estudaram mais de 100 anos de pesquisas realizadas a este respeito. Eles afirmam que “[a] história da pesquisa da notação é paralela a história da pesquisa em educação”<sup>37</sup> (BROOKHART et al., 2016, p. 804 – tradução livre da autora). Apesar disso, apenas recentemente a avaliação, e, por consequência, a atribuição de notas, começou a receber algum destaque nas discussões sobre educação, como se anteriormente professores simplesmente soubessem como avaliar e atribuir notas (GUSKEY; BROOKHART, 2019), ainda que sem preparo específico para esta tarefa nos cursos de formação inicial e mesmo continuada (FREITAS, 2019). Esse histórico demonstra a importância das notas nos processos de ensino e aprendizagem, a despeito da qual, a atribuição de notas em nossos dias ainda se baseia em hábitos tornados tradições e não em literatura de qualidade, fundamentada em pesquisa (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Apesar de haver divergências, principalmente entre professores primários e secundários, quanto às funções das notas, elas são uma forma de comunicação do resultado da avaliação (BARLOW, 2006; BROOKHART et al., 2016). Na Educação Superior, Guskey e Brookhart (2019) classificam a tarefa de atribuir notas como “o mundo frequentemente irregular e inconsistente de avaliar no nível superior”<sup>38</sup> (p. 196. Tradução livre da autora.), o que demonstra como as dificuldades podem ainda aumentar.

No entanto, as notas estão longe de simplesmente refletir o que os alunos aprenderam, ou são capazes de realizar (BROOKHART et al., 2016), elas vão além, buscam traduzir em números, de forma quantitativa, o trabalho de qualificar uma realidade (GUSKEY; BROOKHART, 2019). Talvez essa seja a ação que mais aproxima a avaliação de sua origem etimológica, relacionada ao valor – aos números.

Tão ou mais importante que as notas buscarem traduzir em números as qualidades do trabalho e da evolução dos estudantes é sabermos que as notas impactam a vida dos estudantes, tanto em curto quanto em longo prazo. Assim, as tomadas de decisões que geralmente são feitas com base em avaliações, envolvem uma grande responsabilidade ética,

---

<sup>37</sup> *Grading research history parallels the history of educational research.*

<sup>38</sup> *The often irregular and inconsistent world of grading in university-level education.*

uma vez que influenciam tanto na capacidade de aprendizado, quanto no comportamento, na persistência e na longevidade da vida acadêmica do estudante assim como em sua saúde mental (GUSKEY; BROOKHART, 2019 e RUSSELL; AIRASIAN, 2014). Na Educação Superior, as notas ainda podem influenciar na avaliação que os próprios alunos fazem dos cursos – e estas avaliações ainda são uma referência para a qualificação da instituição nesse nível de ensino (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Uma vez que visam realizar tarefa tão complexa, com resultados tão potentes, as notas devem receber atenção especial (BARLOW, 2006; BROOKHART et al., 2016; GUSKEY; BROOKHART, 2019). Talvez a intenção de transformar adjetivos em números se dê pela crença de que “O número é incorruptível” (BARLOW, 2006, p. 29). Ou pela necessidade de se classificar os estudantes (BROOKHART et al., 2016) para diferentes fins, como o hábito de utilizar esta ordenação para se realizar a enturmação, para seleção de alunos em instituições de Educação Superior ou, no caso do Curso de Medicina no Brasil, as notas são utilizadas como um dos recursos para seleção em programas de residência médica. A nota deve gerar uma comunicação eficaz, e para tal deve se comportar como um signo absolutamente inteligível a todos os atores desta equação (BARLOW, 2006).

Segundo Brookhart et al. (2016), a comunicação oral das notas (usual até o sec. XIX) possibilitava uma comunicação mais eficaz. O hábito de informar por escrito apenas em forma numérica, que se tornou corrente no início do século passado, reduziu a troca de informações e transformou a nota muitas vezes em um símbolo vazio, incapaz de comunicar o que o aluno foi ou não capaz de aprender. A nota não deve ser um mistério indecifrável, mas uma mensagem clara e sem ruídos. Ela nada significa se avaliador e avaliado não são capazes de compreender o que exatamente está sendo avaliado, qual o resultado esperado e quanto dele a tarefa ou trabalho foi capaz de cumprir. Como forma de comunicação, se o código não for bem compreendido por ambos sujeitos do diálogo, não haverá uma comunicação real do resultado do julgamento. A nota deve ser uma mensagem – e não apenas um número – que carrega em si o resultado de um julgamento. Uma vez que quem aprende é exclusivamente o estudante, mesmo este não compartilhando com o professor do interesse pela filosofia por trás da nota, se ele não compreender a mensagem emitida a partir da avaliação, ela não o auxiliará no processo de aprendizado e a nota não cumprirá a sua função (BARLOW, 2006 e GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Não se tratando a nota do “resultado de um cálculo”, mas da comunicação de um veredicto, o “cálculo da média” de dois trabalhos, ou duas provas, por exemplo, não se aplica

como forma de julgar o trabalho como um todo. Afinal, apesar de a nota ser um símbolo atribuído à qualidade de uma parte específica do trabalho do aluno (GUSKEY; BROOKHART, 2019), saber bem uma parte do ensinado (ou do esperado) – ou fazer bem uma parte do trabalho – e mal outra não é o mesmo que saber (ou fazer) de forma ordinária o todo (BARLOW, 2006). Assim, a fim de melhorar a comunicação, a nota pode ser substituída (ou acompanhada) por uma mensagem verbal, falada ou escrita – que teoricamente seria de mais simples compreensão, uma vez que dispensaria a tradução do símbolo. Esta mensagem deve (ou deveria) constar das qualidades do trabalho do estudante com base no que ele fez (ou está fazendo) e indicar os caminhos para a aproximação do objetivo.

São exemplos de comentários relevantes, que seriam capazes de traduzir uma nota e auxiliar o aluno a encontrar formas de qualificar sua atuação: “demonstrou boa compreensão dos objetivos da anamnese, mas não foi capaz de registrar as informações colhidas de forma organizada” ou “é preciso trabalhar na qualidade do registro das informações que foram adequadamente colhidas”. No entanto, o mais comum é a mensagem, quando existente, resumir a nomes e adjetivos e/ou verbos no passado, o que é incapaz de orientar o caminho do sucesso: “anamnese incompleta” ou “registrou mal” ou mesmo “precisa treinar mais”, ou “disperso” ou “não prestou atenção às orientações”.

Nos primeiros exemplos o professor/preceptor demonstra reconhecer os méritos do trabalho do estudante e indica onde estão suas fragilidades – em que precisa concentrar os esforços. Nos últimos apenas define o trabalho do estudante como insuficiente ou inadequado, com prescrições de conteúdo quase moral, sem buscar auxiliar na melhoria da qualidade do trabalho. Esta última forma de comunicar a avaliação, colocando exclusivamente nas mãos do aluno a “culpa” pela frustração do aprendizado, traz em si um caráter jurídico, que não aceita réplicas e apenas absolve ou condena. Todavia, nos parece mais aceitável que essa comunicação tivesse um caráter mais de encontro e apoio entre os dois atores principais dos processos de ensino e aprendizagem. Desta forma, os alunos com mais dificuldades obteriam atenção especial dos mestres, uma vez que teriam mais onde/como melhorar e demonstrar avanços (BARLOW, 2006).

Outro viés encontrado no uso das notas para qualificar o trabalho dos alunos é a variabilidade na nota atribuída a um mesmo trabalho por diferentes avaliadores, ou ainda pelo mesmo avaliador em diferentes momentos (BROOKHART et al., 2016; GUSKEY; BROOKHART, 2019). É fato que um menor número de possibilidades de classificação

reduz esta variabilidade assim como fazem com a ocorrência de casos limítrofes, que dificultam a tomada de decisão (BARLOW, 2006; BROOKHART et al., 2016; GUSKEY; BROOKHART, 2019). Este é um dos motivos pelos quais nos Estados Unidos da América (EUA) se faz mais comum a utilização de um sistema alfabético, que vai de A a F – válido em todos os níveis de ensino, inclusive no superior. Em outros países usa-se ainda sistemas de notação em escala de 1-5, de 0-10 ou mesmo 0-20<sup>39</sup> (BARLOW, 2006 e BROOKHART et al., 2016). No Brasil, quando se utiliza a escala de 100 pontos, expande-se muito as possibilidades de valores e aumenta as dificuldades de atribuição da nota e de definição de conduta com casos limítrofes.

Além das variações associadas ao próprio avaliador e ao número de possibilidades que este tem para registrar a avaliação, levanta-se também a hipótese de a variabilidade na notação se dever a ausência de um treinamento formal para professores avaliarem, atribuírem notas e comunicarem esta sequência de ações aos principais interessados: os estudantes (GUSKEY; SWAN; JUNG, 2011). Esta variabilidade parece estar relacionada ainda ao fato de as notas representarem, e isto foi bem demonstrado por pesquisas realizadas em meados do sec. XX, medidas multifatoriais. Elas buscam descrever não só o aprendizado escolar (fator cognitivo) do educando, mas também o engajamento, a disciplina, o comportamento, a persistência nas tarefas designadas, e até a frequência às aulas... (fatores não cognitivos). Da forma como tal afirmativa é válida para o ensino fundamental, também é para o médio e o superior. E deixa claro que as notas escolares não se pretendem uma avaliação da capacidade ou da “inteligência” do estudante, como o fazem testes cognitivos (ou de inteligência), mas também da qualificação de sua dedicação e esforço na busca do conhecimento (BROOKHART et al., 2016; GUSKEY; BROOKHART, 2019).

A multifatorialidade da nota, ao contrário do que se possa pensar é mantida no ensino superior, o que é confirmado por uma série de estudos realizados ao longo de todo o sec. XX e início do XXI, e analisados por Guskey e Brookhart (2019).

É importante observar que as habilidades não cognitivas são capazes de interferir e potencializar os talentos cognitivos do estudante, enquanto o contrário não é verdadeiro. Isto deveria ser suficiente para encerrar a discussão sobre a ausência de necessidade de as notas serem próximas, ou mesmo um reflexo direto, do que é verificado em testes cognitivos

---

<sup>39</sup> Todas estas diferenças são ainda mais perceptíveis quando tratamos da Educação Superior. *There are as many different types of grading systems as there are institutions* (COLLINS e NICKEL, 1974, p. 3 *apud* BROOKHART et al., 2016, p. 830).

(GUSKEY; BROOKHART, 2019). O fato de o sucesso cognitivo poder ser potencializado pelo desempenho de habilidades não cognitivas no ambiente escolar pode ser compreendido como causa do que estudos do final do séc. XX encontraram ao se dedicarem a entender a relação entre as notas e desfechos estudantis. Estes trabalhos encontraram pertinência na conexão das notas ruins com o abandono dos estudos e das melhores notas com o sucesso acadêmico futuro (BROOKHART et al., 2016).

Estudos recentes (final do sec. XX e início do séc. XXI) mostram, segundo Guskey e Brookhart (2019), que apenas cerca de 25% da nota dada pelo professor representa a avaliação do conhecimento acadêmico do aluno, os demais 75% da nota levam em consideração fatores não cognitivos, sendo, os principais, habilidades básicas e hábitos de trabalho. Muitos professores utilizam notas para recompensar bons comportamentos no que se refere ao aprendizado e têm sucesso ao criar ambientes adequados para o bom desempenho acadêmico. Um sólido comprometimento com as demandas escolares também representa um importante componente da nota, o que é reconhecido e respeitado não apenas pelos professores, mas também por grande parte dos estudantes e seus pais, não tornando a avaliação necessariamente menos objetiva ou confiável (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

No entanto, não se deve confundir os aspectos cognitivos com os atitudinais, podendo o custo de tal confusão consolidar em ausência de valor pedagógico da avaliação. O aluno recebe a nota, mas não compreende se precisa investir no aprendizado de determinado aspecto por ainda não o dominar ou se simplesmente precisa demonstrar mais interesse ou “postura” diante do professor para melhorar a sua nota. Desta forma, critérios atitudinais não devem influenciar na nota atribuída ao aprendizado do aluno e vice-versa (FREITAS, 2019). Essa separação deve estar clara a todos os envolvidos. É necessário ainda ressaltar que a atribuição de notas a aspectos não cognitivos deve ser criteriosa, uma vez que pode denotar um caráter de controle, não desejado ao processo avaliativo (FREITAS, 2019).

Outra discussão interessante é quanto a variabilidade de notas: notas diferentes sendo dadas por diferentes professores, ou mesmo por um mesmo professor em diferentes momentos, a um mesmo trabalho. Segundo Brookhart et al. (2016) e Guskey e Brookhart (2019) diversos motivos podem ser apontados para justificar esta variabilidade. Entre eles encontram-se a diferença dos pesos atribuídos a diferentes aspectos da avaliação, as diferenças de critérios (ou mesmo a ausência deles) utilizados, a severidade ou tolerância do corretor, que podem ou não estar relacionados aos padrões pré-estabelecidos por cada um e

por cada instituição, além da inabilidade de alguns professores em distinguir pequenas diferenças de qualidade.

Uma forma aparentemente simples de se melhorar a fidedignidade, e assim a confiabilidade (a consistência das informações colhidas), segundo Russell e Airasian (2014) e até mesmo a relação de professores e estudantes com as notas é ter critérios de avaliação claros a todos, sempre que possível contando até com a participação dos próprios estudantes na sua determinação (BROOKHART et al., 2016). No entanto, definir critérios que sejam capazes de demonstrar não somente a capacidade dos estudantes de seguirem ordens, mas também seu conhecimento e raciocínio é um trabalho de extrema complexidade (GUSKEY; BROOKHART, 2019), e a validade de qualquer processo avaliativo passa pela adequação entre o que se declara avaliar, a relevância das informações coletadas no processo, e a decisão que elas irão embasar (FREITAS, 2019; RUSSELL, AIRASIAN, 2014).

Todavia, apenas especificar quais serão os critérios não é suficiente. É preciso limitar explicitamente os pesos ou ênfases em cada um dos critérios e segui-los à risca no momento da avaliação (BROOKHART et al., 2016; GUSKEY; BROOKHART, 2019). No entanto, “apenas” definir critérios já é um trabalho complexo, quando na ausência de formação específica, a determinação de pesos e ênfases e até mesmo o respeito e a restrição aos critérios demarcados anteriormente se mostram tarefas hercúleas, especialmente quando não se conhece as teorias do campo da avaliação, quando o conhecimento para tal parece desenvolvido quase intuitivamente.

Além disso, é necessário que esteja bem claro que a nota (ou conceito) isoladamente é carente de interpretação pedagógica, não explica aos alunos quanto do esperado foi efetivamente aprendido e demonstrado. Então, uma comunicação mais clara de como cada critério foi avaliado, do que cada estudante foi capaz de demonstrar ou não em relação ao conhecimento e à capacidade de realizar atividades para justificar tal conclusão, se faz necessária (BROOKHART et al., 2016; FREITAS, 2019, SIQUEIRA, 2020). Para a realização de tal interpretação é necessário reduzir o número de aspectos não cognitivos levados em consideração e inovar nas práticas avaliativas (FREITAS, 2019).

Para ser consistente no uso dos critérios com seus pesos e ênfases previamente definidos, o professor pode precisar de ferramentas que o auxiliem: conhecimento prévio de resposta/comportamento/condução modelo esperada, *checklists* simplificadas das características esperadas do trabalho e anonimato do trabalho (quando possível) são algumas delas (GUSKEY; BROOKHART, 2019; GUSKEY; SWAN; JUNG, 2011). No caso da

avaliação na Educação Superior, em especial em grupos de prática, tratamos da avaliação de um desempenho conforme compreendem o termo Russell e Airasian (2014, p. 185): avaliações de desempenho “permitem que os alunos demonstrem o que eles sabem e podem fazer em uma situação real”. E nelas, instrumentos de avaliação específicos podem ser de grande auxílio ao professor, definindo o propósito, indicando quais aspectos são efetivamente observáveis e podendo até fornecer as interpretações pedagógicas para possíveis conceitos ou notas (RUSSELL; AIRASIAN, 2014). Tais ferramentas podem auxiliar no aumento da objetividade da avaliação, uma vez que, nesses casos, o anonimato é ineficaz.

Da forma como habitualmente é encarada, a nota tem caráter terminante, o que significa dizer que o processo de aprendizagem se esgotou ali e que definimos que o estudante aprendeu o que precisava e deve ser promovido ou que não aprendeu, e não aprenderá, devendo assim, ser retido. Diferentemente, a nota deve ser encarada, ao final do processo de aprendizagem, como um testemunho escrito do educador que acompanhou o estudante e é capaz de adjetivar o desempenho do aluno neste processo. O registro escrito pode ser alfabético, em forma de texto ou mesmo traduzido em números, sendo eles maiores quanto mais positivos forem os adjetivos. Importante ressaltar que essa tradução não é parte da avaliação, assim como o raciocínio distorcido relatado no início deste parágrafo. Alicerçados naquele raciocínio, tornamos mais frequente o que, como já foi demonstrado, deveria ser a maior frustração **do educador**, que é assumir o fracasso definitivo do ato de ensinar, com a reprovação do estudante (LUCKESI, 2018).

Ao contrário do que foi exposto, o objetivo do ensino deve ser que “todos sejam ensinados metodologicamente de tal forma que atinjam a qualidade do desempenho desejado.” (LUCKESI, 2018, p. 89, grifo do autor). Para caracterizar de forma adequada este aprendizado é que se presta a avaliação utilizada com função diagnóstica, servindo para embasar a decisão do professor, como gestor da sala de aula, de retomar estes ou aqueles pontos do que se objetiva ensinar, nos quais os estudantes apresentaram maior dificuldade. Que fique claro que a avaliação, por si só, é incapaz de gerar efeitos positivos ou negativos no aprendizado, mas é essa retomada que propicia que todos tenham a oportunidade de atingir a aprendizagem satisfatória, acolhendo as dificuldades e renunciando à seletividade. Essa retomada reforça também o caráter dinâmico dos processos de ensino e de aprendizagem, reconhecendo sempre a existência de novas oportunidades para intervenção na realidade e melhoria do aprendizado (LUCKESI, 2018).

A aplicação dos resultados avaliativos com função diagnóstica se torna, assim, uma parceira dos educadores ao apontar a adequação do ensino – o investimento feito foi necessário e suficiente para que os estudantes aprendessem o que precisavam – ou a sua inadequação – o investimento feito foi necessário, mas ainda não suficiente para o aprendizado mínimo necessário aos estudantes. Afinal, como educadores, não nos cabe simplesmente condenar, mas diagnosticar e trabalhar para encontrar soluções suficientes para o adequado aprendizado dos estudantes (LUCKESI, 2018).

Assim, compreendendo o que pretendemos avaliar com o instrumento que será proposto e tendo mais claro o que é avaliar podemos justificar com base na realidade porque esse tema se torna relevante, a seguir.



#### 4 JUSTIFICATIVA

É justificável que a já citada falta de conhecimento em Pedagogia e Didática por parte dos médicos que se tornam professores ocorra porque o curso de Medicina não se trata de uma licenciatura, e uma formação complementar na área não se constitui numa exigência – e frequentemente nem mesmo uma sugestão ou alvo de estímulo – por parte dos empregadores (as Instituições de Ensino Superior – IES). As “grades”<sup>40</sup> curriculares de diferentes instituições de ensino de Medicina não trazem disciplinas que possibilitem o desenvolvimento de habilidades de docência, no entanto, são os profissionais formados segundo esses currículos os futuros preceptores e professores do próprio curso, o que promove um processo de ensino que prescinde de proporcionar autonomia e independência ao futuro médico, “no qual o aluno assume a posição de observador e depois tenta (re)produzir a forma como o professor abordou o paciente” (COSTA et al., 2018, p. 85).

Na busca por superação dessa limitação, uma dificuldade, inicialmente, se destacou: a de “avaliar os alunos”. Sim, pois a compreensão de que o que se avalia são os alunos era minha e de outros colegas, assim como faz parte da linguagem utilizada mesmo por professores de disciplinas teóricas, coordenadores de departamentos e coordenadores pedagógicos de instituições. Somente através do aprofundamento no assunto surgiu a compreensão de que o que é avaliado é a **aprendizagem demonstrada** pelo aluno (BARLOW, 2006).

Assim, a busca por compreensão se configurou em tema de pesquisa, que se concretiza nesta Dissertação. A partir da necessidade de compreender melhor as formas e as funções da avaliação como elemento essencial no processo de ensino e de aprendizagem (JOUQUAN, 2002) e objetivando realizar essa tarefa de forma mais competente, as pesquisas, muito em seu início, já apresentaram 2 surpresas: primeiro, a de que o professor, que tendo cursado uma Licenciatura em Pedagogia ou nas demais, é tido por muitos como o especialista em avaliação<sup>41</sup>, uma vez que esta função é profissionalmente dele, tem formação escassa (quando não inexistente) sobre este tema (ALAVARSE, 2013; FREITAS, 2019; SIQUEIRA, 2020). Segundo Alavarse (2013, p.139) “[a] formação dos profissionais em

---

<sup>40</sup> O uso da palavra “grade” no lugar do termo preferido pela literatura atual “organização” curricular é intencional e pretende chamar atenção para o fato de, na opinião da autora, os currículos dos cursos de Medicina ainda serem muito “engessados”, proporcionando muito poucas opções aos acadêmicos em termos de variabilidade de disciplinas e áreas.

<sup>41</sup> “A avaliação é considerada um saber próprio da atividade docente” (FREITAS, 2019, p. 80).

educação, nos cursos de licenciatura, quando muito, propicia um questionamento das práticas avaliativas, uma crítica que é necessária, mas insuficiente para a formação de um profissional que vai avaliar”.

Em pesquisa realizada por Freitas (2019) com uma amostra de professores da rede pública de educação básica de uma grande capital brasileira, mais de 85% dos entrevistados, que foram considerados experientes e bem formados, declarou que aprendeu a avaliar na prática cotidiana, o que é muito grave. A falta de aprofundamento teórico no tema pode ser a causa de incompatibilidades entre discursos, práticas avaliativas cotidianas e resultados obtidos por muitos professores. Não seria justo nem correto afirmar que tudo isso aponta para a não validade (ou relevância) das práticas avaliativas correntes. No entanto, acena para a possibilidade concreta de melhora e enriquecimento dessas avaliações através da discussão acadêmica e da formalização do aprendizado desse tema.

Se tal realidade se desnuda diante de professores – formados para a docência em cursos de licenciaturas – é possível transpor que tal realidade se reforce entre professores sem preparo acadêmico específico para a docência, como é comum no ensino superior.

Segunda surpresa: “Avaliação é um dos tópicos de debate mais acalorados em educação hoje”<sup>42</sup> (GUSKEY; BROOKHART, 2019, p.1. Tradução livre da autora.), apesar de ser uma prática com milhares de anos (GUSKEY; BROOKHART, 2019) que foi solidificada pela consolidação da escola como espaço de aprendizado ao longo da história (ALAVARSE, 2013).

A avaliação é, no geral e frequentemente, percebida como extremamente complexa, e no caso do curso de Medicina tem suas dificuldades reforçadas pela longa duração do curso, pela grande variedade de professores por disciplina, pela complexidade das habilidades exigidas e pelas expectativas especialmente altas depositadas pela sociedade na profissão médica (JOUQUAN, 2002).

Na vivência da preceptoria é perceptível que a orientação sobre a avaliação disponibilizada pelas instituições de ensino aos médicos que se aventuram no ensino é escassa. Talvez porque “a dimensão de avaliador faz parte das atribuições dos professores” (FREITAS, 2019, p.19) e o surgimento deste conhecimento (ou habilidade) fosse esperado de forma quase automática a partir da adoção do *status* de preceptor pelos médicos. Talvez porque os próprios responsáveis pedagógicos pelas IES não tenham recebido uma formação adequada para avaliação, e também eles avaliem intuitivamente seus alunos, como sugere

---

<sup>42</sup> *Grading is one of the most hotly debated topics in education today* (GUSKEY; BROOKHART, 2019, p. 1).

Freitas (2019). Mas, espontaneamente, tudo parece se resumir a apenas um símbolo numérico que tem pouco significado.

Apesar disso, após apenas um ano de atuação, eu já não prestava serviço apenas para uma, mas para duas IES particulares de Belo Horizonte. E, novamente, a dificuldade para avaliar estava presente.

Ao discutir o tema com coordenadores de disciplinas das instituições, compreendi que a avaliação era apenas dar nota e decidir entre aprovar ou reprovar o estudante<sup>43</sup>, mas sem maiores significados pedagógicos ou embasamento. Foram ofertados instrumentos de avaliação muitas vezes incompletos, imprecisos, confusos, que se prestavam apenas a rotular os estudantes com números, ou notas, que poderiam ser usados para premiar ou punir, ou apenas para classificar os estudantes, sem nenhuma intenção de contribuir efetivamente para o aprendizado. E a orientação era a de realizar a avaliação duas vezes por semestre, para “dar notas” aos estudantes, uma confusão comum, segundo Jouquan (2002), entre avaliar, medir conhecimento e dar nota.

Ao abordar outros preceptores, observei que muitos tinham os mesmos questionamentos que eu tinha: como avaliar de forma justa<sup>44</sup>? Como usar a avaliação para melhorar o desempenho dos acadêmicos? Como utilizar as informações colhidas no processo de acompanhamento e avaliação para auxiliar os acadêmicos na busca por aprimoramento acadêmico? Como identificar e apontar as potencialidades e fragilidades no aprendizado de cada estudante, reorientando o percurso, visando a construção das habilidades necessárias? Como avaliar se o espaço<sup>45</sup> da unidade de saúde não se aproxima do ambiente ideal para desenvolvimento de habilidades ainda em aquisição? É possível que avaliar seja um elemento constitutivo do ensino?

Em outros colegas encontrei opiniões bem diversas e inquietantes, como a importância de destacar estudantes “melhores” e penalizar os “piores”. Ou mesmo como a nota deveria ser usada como mecanismo de punição aos comportamentos indesejáveis ou

---

<sup>43</sup> É dado que a avaliação do que é produzido pelos estudantes influenciará a decisão em relação a progressão ou retenção destes (FREITAS, 2018), mas é importante que esta não seja a única (e nem mesmo a mais importante) das finalidades da avaliação.

<sup>44</sup> A “justiça” na avaliação sempre foi uma preocupação entre colegas. A avaliação pode (e deve) ser justa no sentido de ajustada, capaz de contribuir efetivamente para o aprendizado, legítima, razoável e construtiva, enfim, adequada ao caso, ao estudante, capaz de gerar informação para o preceptor e para a instituição, mas também de gerar um *feedback* que auxiliará na construção do caminho pedagógico individualizado.

<sup>45</sup> Por espaço entendemos bem mais que o número, a qualidade e a localização das salas disponíveis para atendimento (que é insuficiente), mas também a demanda de volume de atendimentos no dia a dia, a variedade de funções que se desempenha, a adaptação da equipe à presença dos acadêmicos, a grande população adscrita...

premiação a comportamentos considerados adequados. E me espantou como essa distorção do processo avaliativo não se restringe aos posicionamentos de alguns colegas, mas está presente na literatura (FERNANDES, 2006). É nesse contexto da busca por respostas a essas perguntas e inquietações que se delineou este estudo.

A constatação da falta de preparo para a docência por parte dos médicos é preocupante, uma vez que os cursos de Medicina se espalham pelo país, de forma a aumentar a demanda por médicos-professores. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), somente entre 2013 e 2017, foram criadas escolas de Medicina no Brasil que oferecem, anualmente, 7340 vagas para o curso (Radiografia das escolas médicas do Brasil).

A demanda por preceptores ainda se torna maior quando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina, determinadas pelo Ministério da Educação do Brasil (MEC), através de seu Conselho Nacional de Educação e da Câmara de Educação Superior, por meio da Resolução de número 3, de 20 de junho de 2014 (publicada no Diário Oficial da União em 23/06/14), em seu Capítulo III – “Dos conteúdos curriculares e do projeto pedagógico do curso de graduação em Medicina” – em seu Artigo 29, determina, entre outras coisas, que

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve:

[...]

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem;

VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;

VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato;

IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (BRASIL, 2014).

Mas isto não é tudo. Esses preceptores devem estar preparados para ensinar de forma pedagogicamente adequada e atendendo as DCN, levar em conta características específicas e as diretrizes nacionais da APS que incluem “uma reformulação do saber e da prática tradicional em saúde” (BARRETO et al., 2011, p. 579), de forma a mesclar o conhecimento biomédico a outros, tais como a psicologia, as ciências sociais e o saber popular. A APS ainda tem como princípio a centralidade do trabalho coletivo (interprofissional,

interdisciplinar e colaborativo entre mestre e aprendiz) e assume, neste nível de atenção, a horizontalização da relação professor-estudante e a valorização do conhecimento prévio do estudante (BARRETO et al., 2011). Tudo isso possibilitaria a reconstrução do conhecimento na busca de levá-lo ao cotidiano da comunidade.

Se há, como demonstrado por Costa et al. (2018), importante falta de preparo para a docência por parte dos médicos-professores, como esperar que saibam avaliar? É importante ressaltar o que Alavarse (2013) e Freitas (2019) apontam: mesmo aqueles que têm preparo formal para docência – os licenciados – não recebem (ou recebem de forma superficial e insuficiente) preparo para a avaliação. Isto associado (seja como causa ou consequência) à escassez de produção acadêmica nacional na área de avaliação escolar<sup>46</sup> causa, segundo Siqueira (2020), a falsa impressão de normalidade quanto a práticas avaliativas que não têm embasamentos técnico e/ou teórico, o que faz recair sobre avaliações externas, como, por exemplo, o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), no caso do ensino superior, toda a responsabilidade pela avaliação, ainda que esta não se constitua em avaliação individual ou mesmo voltada para correções dos rumos dos processos de ensino e aprendizagem.

Ainda assim, a avaliação é parte específica do trabalho do professor (FREITAS, 2019), independentemente do nível em que atua e da disciplina que leciona. Mesmo que a proeminência das avaliações externas desprestigie o papel, historicamente construído, do professor como avaliador (ALAVARSE, 2013), essa função é definida em diferentes documentos que traçam os conhecimentos e habilidades esperados de professores em diferentes países, assim como acontece na legislação brasileira específica para cursos de licenciatura (FREITAS, 2019). E como não esperar que seja também função do professor do ensino superior e dos catedráticos, nas universidades?

Reunindo as duas últimas ideias expostas, a da avaliação como função do professor (e do preceptor) e dos princípios da APS, de trabalho coletivo e horizontalização das relações, é esperado que a avaliação tenha, especialmente, uma função de diagnóstico. Sendo diagnóstico aqui tomado no sentido clínico da palavra, em seu uso mais corrente: reconhecer através da observação. No caso da Medicina, reconhecer a doença, ou a síndrome clínica, através da anamnese e exame físico. No caso do desenvolvimento do estudante, uma forma

---

<sup>46</sup> Freitas (2019) aponta, por um lado, a escassez de produções acerca da avaliação escolar, por outro, observa o aumento na preocupação com o tema por parte da equipe gestora da escola onde desenvolve sua pesquisa a partir de sua presença.

de apropriação dos dados de desempenho apresentados pelos estudantes, reconhecendo os avanços e as dificuldades de aprendizado.

Utilizando a avaliação como forma de realizar um diagnóstico no ensino, parece imperativo que se faça com este o mesmo que se faz quotidianamente com o diagnóstico clínico do paciente: comunicar o achado e propor condutas. Ainda que o achado seja somente uma primeira hipótese, que exija mais pesquisa e que a conduta seja a extensão da propedêutica (investigar mais a fim de se “fechar o diagnóstico”). Em alguns casos pode ser possível propor o tratamento mais adequado. Na educação estaríamos falando de realizar maior investigação acerca das dificuldades a fim de definir estratégias de ensino mais adequadas para lidar com as dificuldades identificadas.

A definição de conduta deve considerar aspectos singulares da demanda: a doença, o doente, sua realidade familiar e social, as disponibilidades do sistema de saúde e as capacidades da equipe. Ou, o estudante, suas dificuldades, a realidade familiar e social, as disponibilidades do sistema de ensino e as capacidades dos professores e da instituição. Assim, identificar as potencialidades e dificuldades de progresso do estudante não é suficiente se não for o primeiro passo para a comunicação destes ao estudante e, assim como na clínica, para traçar estratégias de controle e “tratamento”. Isso gera um conflito intrínseco se a forma de avaliar é o tradicional atribuir notas por frequência de erros e acertos, sem que isso interfira no processo de ensino.

No caso do ensino prático em APS, torna-se importante também salientar que o espaço em que se dá o ensino não foi planejado para este fim. O local onde se propõe o desenvolvimento de habilidades essenciais é o mesmo onde ocorrem os atendimentos rotineiros. Faltam salas<sup>47</sup>, e nas disponíveis frequentemente não há espaço suficiente, ou mobiliário adequado. Faltam maca do tipo necessário, armário para guarda de materiais, cadeiras para todos os estudantes, ou mesmo recursos, como disponibilidade de banheiro anexo. Tudo isso no Sistema Único de Saúde (SUS), onde a pactuação do ensino-serviço deveria dar ênfase à importância da adequação do espaço (BARRETO et al., 2011). Desta forma, é muito comum que ocorram situações em que estudantes fiquem de pé durante atendimentos, por exemplo. Ou, muito mais grave, que o sigilo do atendimento, que já se torna fragilizado pela presença de mais de um estudante, ou do estudante e do preceptor durante o atendimento, fica ainda mais vulnerável quando outros profissionais da equipe

---

<sup>47</sup>Dificuldade que não é exclusiva de preceptores que atuam na IES que contribui com esta pesquisa, ou em Belo Horizonte, como demonstram Zeferino, Zanolli e Antonio (2012).

precisam entrar no consultório. E os problemas não se referem exclusivamente ao espaço físico, mas também à adequação de pessoal. Os estudantes recebem sua instrução prática no ambiente real do SUS já que, desde sua criação, na década de 1980, e conforme o que define o artigo 27 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 em seu único parágrafo:

Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional. (BRASIL, 1990).

E a realidade observada, com grande frequência, é a de uma força de trabalho aquém, em número e capacitação, da necessária para o atendimento adequado da população adscrita. Tome-se como exemplo o município de Belo Horizonte onde se desenvolve este trabalho com 1.539.987 indivíduos cadastrados no sistema de saúde, e apenas 508 equipes de saúde da família (Construção da atenção básica em Belo Horizonte), muitas incompletas. Através de uma divisão simples percebemos que cada equipe atende a uma população média maior que 3000 habitantes, enquanto o preconizado pelo governo federal desde 2013, é que cada equipe se responsabilize pelo cuidado de 2.000 indivíduos (BRASIL, 2013).

Tendo em vista os desafios expostos, este trabalho ambiciona contribuir para uma compreensão do ato de avaliar que se pretende didaticamente mais adequada que a habitual entre médicos, enquanto possa ser o mais simples possível para estes que, na maioria dos casos, também não foram contemplados com a instrução formal na Ciência da Educação: os preceptores.

#### 4.1 PRECEPTOR: MÉDICO E PROFESSOR

A ausência de formação específica para a docência torna ainda mais difícil uma tarefa já árdua para cada profissional do ensino, a busca pela identidade como professor. Cada profissional desta área que pretende uma atuação e um lugar social e profissionalmente conscientes empreende essa busca em seu dia a dia. Quando se trata de profissionais sem formação acadêmica específica para o ensino (realidade para vários professores do nível superior), essa empreitada se mostra ainda mais difícil. No caso dos preceptores, essas dificuldades ganham novos contornos, já que eles não têm uma sala de aula, ou os “muros da escola”, e nem mesmo é visto como professor<sup>48</sup>. Esse profissional se vê como médico

---

<sup>48</sup> Nos cursos da área da saúde o preceptor é distinto do professor, havendo toda uma hierarquia – algumas vezes explícita, outras implícita. O preceptor não tem a aura do catedrático, apontada por Roldão (2005) dos

muito mais do que como professor – muitas vezes não se vê como professor, e por isso o nome *preceptor* é tão comum dentro das instituições de ensino médico. Mas é esse profissional que tem a função de ensinar parte essencial de um ofício de enorme compromisso e responsabilidade e com um valor social elevado.

Para que se obtenha sucesso nesta busca pela indispensável identidade, surge a necessidade de entender o conceito de profissionalidade docente, termo relativamente recente, apesar de a função de ensinar ser bastante antiga em nossa sociedade. A definição de profissionalidade docente demanda uma contextualização, tanto histórica como social. Isso se dá, pois, essa ideia está em processo de construção permanente (SACRISTÁN, 1995). A profissionalidade se refere às ações e conhecimentos específicos, atitudes próprias e competências particulares da profissão e do profissional docente (ESTRELA, 2014; GORZONI; DAVIS, 2017) e esses profissionais evoluem ao longo da história e de acordo com o meio considerado, definindo as funções atribuídas ao professor.

A definição da profissão docente passa por tantas variáveis que é extremamente complexo haver uma única definição. Até porque, apesar de o ensino já fazer parte da história humana desde a Grécia Antiga (GAUTHIER, 2013), a própria relação de uma classe profissional com a ação de ensinar é moderna, tendo surgido, segundo Roldão (2007), já no século XVIII. E, aparentemente, o único aspecto relativamente constante nesta definição é o de que a função do professor é ensinar (ROLDÃO, 2007).

No entanto, quando se olha de perto, o conceito de ensinar em si, se encontra também em frequente mutação (ROLDÃO, 2007). Ele passou por distintos momentos, desde aquele caracterizado pelo “ensino transmissivo” baseado em uma abordagem didática tradicional, em que o conhecimento era para poucos e aquele que o detinha – o professor – possuía também o poder de o distribuir. Até o tempo atual, em que o acesso ampliado à informação e a estruturação das sociedades em torno dela tornaram o conhecimento um tipo de capital. Como todo capital, o conhecimento não se encontra amplamente distribuído nem com igualdade de acesso. No entanto, ensinar em nossos dias tem um significado mais afinado com o conceito original da palavra pedagogia, segundo Aranha (2006, p.92): “A palavra *paidagogos* nomeava inicialmente o escravo que conduzia a criança”. Ensinar atualmente parece se definir melhor como sendo um levar o outro a aprender, é se relacionar com o

---

professores universitários e, frequentemente, não representa o habitual papel de pesquisador, indicado por Saramago, Lopes e Carvalho (2016).



outro no intuito de modificá-lo, colocando em destaque a transitoriedade do ato através da necessidade do outro (GAUTHIER, 2013; ROLDÃO, 2007).

Assim, fica claro como o ensino é um tipo de trabalho interativo, em que a matéria sobre a qual se trabalha vai muito além do conteúdo do ensino, sem, com isso desmerecer a primazia desse conteúdo. O ensino é um processo que abarca sujeitos professores e estudantes, que agem e reagem interativamente, em favor ou contra o desenvolvimento do trabalho do profissional do ensino, podendo essa interação reconfigurá-lo, por exemplo, em face dos objetivos iniciais.

Pautando-nos nessas reflexões, para os fins deste trabalho, tratamos o ato de ensinar como elemento distintivo do fazer docente. Ensinar envolver, portanto, o ato que tem como propósito levar outrem a saber (pelas mais diferentes vias). Desta forma, faz-se necessário estabelecer também o conceito de saber. Embora o conceito de saber também seja polissêmico e complexo e esteja em constante construção e varie, não só ao longo do tempo, mas também do ponto de vista social e cultural (GAUTHIER, 2013), adotamos as acepções de saber delineadas por Gauthier (2013). O autor propõe três concepções diferentes, mas até certo ponto complementares, de saber. Começando pela forma aparentemente mais simples, podemos definir o saber como uma certeza subjetiva e racional, já que ele provém da constatação e da demonstração lógica. Uma segunda forma de entender o saber é como o resultado de um trabalho intelectual com a criação de um juízo, uma ideia, a respeito de fatos. Por fim, Gauthier (2013) propõe como entendimento do saber a capacidade argumentativa. Nesta acepção do saber, incluímos o outro, já que a argumentação é sempre dirigida a outro(s), transformando o saber numa verdadeira “construção coletiva”, uma produção social que só se constitui a partir de trocas. É importante ressaltar o ponto comum dos três aspectos: a racionalidade (GAUTHIER, 2013).

Com toda essa dificuldade em se definir os próprios conceitos de ensinar e de saber, que remete à complexidade do que é ser professor ainda mais complexo, definir um conceito de profissionalidade para este grupo é desafiador, até pela frequente progressão e regressão deste termo (ROLDÃO, 2007). A própria conceituação de profissionalidade é uma construção que qualquer comunidade profissional precisa empreender visando definir critérios que balizem o comportamento do grupo de forma geral. Bourdoncle (1991) (*apud* LÜDKE; BOING, 2004, p. 1162) determina que um único atributo é essencial à definição da profissionalidade: “a especialização do saber”.

Em relação aos saberes do professor, se referindo especificamente aos professores da educação básica, Shulman (2015) valoriza o domínio dos conteúdos, o conhecimento pedagógico do conteúdo e a habilidade pedagógica. Segundo este autor, os próprios professores parecem ter dificuldade em definir uma gama de conhecimentos mínimos para a profissão, uma vez que é complexo definir o que sabem e como o sabem. Essa dificuldade para a autoanálise da profissão acaba por trivializar o emaranhado de conhecimentos e habilidades necessários à boa prática do ensino (SHULMAN, 2015).

Apesar de a responsabilidade pelo aprendizado ser do estudante, o ensino começa, segundo Shulman (2015), pelo que o professor considera que deve ser aprendido e como este conteúdo deve ser ensinado. Segundo o autor, o currículo pode ser definido por instâncias superiores (representantes governamentais, especialmente), mas é o professor quem define a ênfase e o ponto de vista, os exemplos e os relatos que serão mostrados e demonstrados aos estudantes. Este controle da atividade parece pertencer ainda mais aos professores no caso do ensino superior. A instituição e seus docentes gozam de muito maior autonomia na definição de currículos pois, como declara Roldão (2005, p.120), “o saber ensinado na universidade [...] é produzido dentro da própria comunidade dos seus docentes”. O único aval necessário para tal é aquele dado pelos próprios pares.

No entanto, é essencial observar que historicamente essa autonomia vem sendo cada vez mais relativizada no Brasil, no caso do ensino superior, pelas diretrizes curriculares de cada curso superior e da educação básica, pela base nacional curricular comum. Estes instrumentos legais, indiscutivelmente essenciais ao estabelecimento de padrões mínimos em todos os cursos são, também, documentos que direcionam o trabalho docente em relação ao que ele deve ou não ensinar. Por outro lado, não se pode desconsiderar que a autonomia corrobora também a perpetuação de formas tradicionais de ensino no nível superior, modalidade em que a docência não raramente se resume ao professar o conhecimento, tornando o ensino apenas uma “transferência” do conhecimento “escassamente alimentado por saberes pedagógicos” (ROLDÃO, 2005, p.122-123). Isso nos leva de volta à questão dos saberes docentes, que parecem ser a chave da profissionalidade. Se os areolados catedráticos pouco se dedicam ao conhecimento pedagógico, qual seria o conhecimento comum a todos os professores?

Diversos autores – podemos aqui citar Gauthier (2013) e Tardif et al. (1991) – discutem a questão da profissionalidade docente, nomeando e especificando conhecimentos necessários à docência, sobretudo no ensino básico, bem mais raramente se referindo ao

ensino superior. Roldão (2005) e Saramago, Lopes e Carvalho (2016), ao discutirem a profissionalidade no ensino superior, parecem ter em comum o entendimento de que o domínio do conhecimento específico é essencial para a capacidade de teorização anterior e posterior à ação de ensinar<sup>49</sup>. Mas, no ensino superior, e mais especificamente na preceptoria em Medicina, parece que se considera que todo o conhecimento pedagógico venha da experiência. No entanto, sem uma fundamentação sólida na teoria, a construção de novos aprendizados se torna quase impossível e frequentemente inadequada.

No caso específico de cursos de graduação na área da saúde, uma ressalva importante é a de que o preceptor ensina na prática o tópico de estudo de uma disciplina pela qual ele não é responsável direto. O conteúdo da disciplina é determinado por outro professor, frequentemente aquele que ministra aulas teóricas, e cabe ao preceptor ensinar o que um terceiro determinou. Essa dualidade entre o ensino da parte teórica e da parte prática reduz a autonomia do preceptor e dificulta a aquisição da sua identidade como professor.

Nesse cenário, na busca da construção de uma identidade profissional como professor, parece instintivo que se investigue outros grupos profissionais que instituíram com sucesso essa identidade, como médicos e advogados. Sendo, antes<sup>50</sup> de professora, médica, sinto-me impelida a buscar a explicação para a construção da identidade de médica ter vindo quase naturalmente, enquanto a de professora se torna um objetivo que demanda um grande trabalho e investimento pessoal. Na procura por tal entendimento, deparo-me com algumas explicações possíveis.

A primeira, de caráter bastante específico: a graduação no único curso que permite chamar-me de médica. A construção da identidade como professora pode ser mais dispendiosa por não ter feito uma licenciatura – mas uma grande parte dos docentes da educação superior não o fizeram. Embora as licenciaturas não garantam, per si, a identificação com o ofício docente, a construção dessa identidade profissional tem profunda conexão com a formação e com a relação estabelecida entre o meio acadêmico e o ambiente de trabalho da realidade dos professores, pois esse primeiro contato com o meio profissional pode se constituir como um importante indutor na construção da identidade profissional, na constituição dos primeiros sentidos da profissionalidade docente – a profissionalidade

---

<sup>49</sup> Para a dissolução de uma situação prática qualquer, é necessária a mobilização do conhecimento teórico anterior (teoria para a prática), mas a vivência e reflexão desta situação particular pode gerar conhecimento para a produção teórica (teorização da prática). E é nessa lógica que é possível o professor ser o profissional que domina o conteúdo curricular e sabe ensinar.

<sup>50</sup> Antes não imprime maior importância, mas um momento temporal anterior.

emergente (NÓVOA, 2017; PIRES, 2015). No caso de professores do ensino superior, essa profissionalidade acaba por emergir com a própria prática, ou, algumas vezes, por não emergir. Isto me coloca nessa construção quase que em um refluxo – o contato com a docência anterior à formação para esta, através deste programa de Mestrado. Há vários anos sou preceptora, mas apenas agora consigo me enxergar como professora, e observo realidade semelhante em diversos colegas que, apesar de exercerem a docência, continuam se vendo muito mais (ou exclusivamente) como médicos, e menos (ou nada) como professores.

Outra explicação para a maior demanda pessoal na construção da identidade docente, para a qual encontro respaldo em Roldão (2007), é a necessidade de definição do saber próprio de cada grupo profissional. No caso do saber docente, ele parece ao mesmo tempo pulverizado e pouco valorizado, inclusive pelos próprios professores, o que se prova pela escassez de tal saber entre os catedráticos (ROLDÃO, 2005).

Segundo Shulman (2015), a formação dos professores não pode ser função apenas das escolas e/ou departamentos de educação nas universidades, mas o deve ser de toda a instituição. Isso porque, uma vez que o desempenho de um professor não é avaliado apenas com base em seu desempenho em classe, mas também em relação ao conteúdo específico que ele ministra, a abordagem baseada em conhecimentos não deve produzir “uma imagem excessivamente técnica do ensino” em que o estudante perde protagonismo e tem suas características individuais desprezadas.

Para Nóvoa (2017), a formação acadêmica dos docentes toma emprestado e, ao mesmo tempo, compõe a identidade individual de cada Professor, pois o conhecimento necessário a um professor de uma disciplina é diverso daquele de um especialista na mesma disciplina. De modo algum um conhecimento “melhor” ou “pior”, mas um conhecimento diferente, que inclui o reconhecimento de possibilidades dessa matéria contribuir para a construção e a formação de um ser humano (ou um profissional), assim como de como despertar e trabalhar essas possibilidades.

Nessa perspectiva, para a construção dessa profissionalidade docente, é preciso, primeiramente, identificar o professor, não como qualquer pessoa com um notório saber sobre determinado tema. O professor precisa saber. Mas também precisa saber ensinar. É preciso uma visão técnica e aplicada do ensino. Mas também reconhecer na educação planos sociais, culturais e políticos (NÓVOA, 2017).

Um ponto relevante para a legitimação da profissionalidade docente passa pela estruturação, através da autoanálise, da observação prática e da investigação na ação, das

rotinas enraizadas na cultura dos professores que os fazem se parecer entre si (GORZONI e DAVIS, 2017). A profissionalidade docente se baseia no saber-fazer, no ensinar e orientar o estudo e ainda se relaciona à construção da identidade profissional<sup>51</sup> e ao desenvolvimento profissional, como meta coletiva, diferenciando a profissão docente das demais profissões (ESTRELA, 2014; GORZONI e DAVIS, 2017; LÜDKE e BOING, 2004).

No caso dos docentes, o saber profissional se mostra o “elo mais fraco” dessa construção, sendo frequentemente desprezado pelos professores da Educação Superior (que consideram o conhecimento da disciplina suficiente, e o pedagógico desnecessário). Talvez isso ocorra pela amplitude e pela abrangência dos saberes, que não comportam o aprofundamento nas especificidades do ensino. Talvez pelo grande número de saberes essenciais que não se bastam em si, mas que precisam se combinar para construir um *corpus* complexo. Talvez, pela redução tecnicista da prática da atividade de ensinar através de conceitos como o de “educação eficaz” e o “behaviorismo” que muito se prendem a técnicas específicas de *transmitir* o conhecimento (GAUTHIER, 2013; ROLDÃO, 2007). Tudo isto, talvez, pela própria complexidade da função que decorre em parte da necessidade da articulação de fatores pessoais aos profissionais para adequação do desempenho profissional e em parte pela existência de tantos significados para a ação de ensinar (GAUTHIER, 2013; ROLDÃO, 2007).

Um dos dificultadores da definição da profissionalidade docente é o fato de que as formas de ensinar não representam um saber especializado exclusivo, não se limitam a um grupo profissional, dificultando a aceção da profissionalidade docente e a definição da docência como profissão (SACRISTÁN, 1995). Outros fatores que dificultam a construção dessa profissionalidade docente são a ausência de controle daqueles que “entram e saem” da profissão pelos próprios pares, a ausência de regulação profissional através de associações e conselhos profissionais e a inexistência de um código de ética da profissão (LÜDKE e BOING, 2004).

Assim, a definição da profissão docente demanda uma série de exercícios de compreensão e raciocínio com o cuidado de sempre se considerar a matéria humana sobre a qual se trabalha. Como Médica de Família, a compreensão de toda essa complexidade se torna mais simples com a comparação, ainda que introdutória, das duas profissões que se tornam minhas na medida em que me sinto mais Professora, mais parte desse corpo coletivo. E, como parte dele, que tem diferentes definições de funções em vários lugares pelo mundo, observa-se que algumas

---

<sup>51</sup> Estrela (2014) prefere se referir a um coletivo de identidades profissionais, uma vez que considera inadequado esperar que esta seja uniforme entre os vários professores de diferentes disciplinas, níveis e instituições.

delas se repetem de forma insistente. Entre elas uma que, na trajetória reversa da autora na docência, se destacou como fonte de dificuldades: a avaliação do aprendizado.

## 5 OBJETIVOS E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

### 5.1 OBJETIVO GERAL

- Contribuir para explicitar o processo de avaliação como parte dos processos de ensino e de aprendizagem no ensino prático da APS, facilitando e objetivando a avaliação para os sujeitos em questão.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar um tema entre os de maior relevância na avaliação de disciplinas práticas da APS;
- Desenvolver os pontos mais essenciais dentro do tema a ser avaliado na atividade prática de acadêmicos de Medicina em disciplinas da APS;
- Construir, com a ajuda dos preceptores voluntários, um texto de referência para o ensino e, por consequência, para referenciar a avaliação desta parte do ensino;
- A partir desse texto referência, elaborar uma matriz de referência para avaliação de disciplinas práticas na Atenção Primária à Saúde;
- Desenvolver uma proposta de instrumento de avaliação com base na matriz estabelecida.

Levando em conta os objetivos ora estabelecidos e os conhecimentos estruturados nos primeiros capítulos desta dissertação, definimos de forma mais assertiva os primeiros passos para o desenvolvimento do instrumento a ser construído. Assim, delimitou-se a metodologia de pesquisa e a partir dela o percurso metodológico que guiaria esta pesquisa.

### 5.3 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida foi de caráter qualitativo, do tipo pesquisa-ação.

A pesquisa-ação é entendida neste trabalho como “um tipo de pesquisa qualitativa exemplar no que diz respeito a interação entre pesquisador e objeto” (VIEIRA, 2010, p.92).

A metodologia de pesquisa-ação é descrita pela primeira vez em uma publicação em 1946, por Lewin, apesar de aparentemente ter sido utilizada bem antes (remontando até aos

antigos empiristas gregos) (TRIPP, 2005). Essa origem longínqua da pesquisa-ação aparentemente deve-se ao fato de que “as pessoas sempre investigaram a própria prática com a finalidade de melhorá-la” (TRIPP, 2005, p.445). Essa técnica tem como importante referencial o trabalho de Thiollent (1985, p. 14), que a define como

[...] um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo.

Para Baldissera (2001), a pesquisa-ação demanda uma ligação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Isso leva a pesquisa a um nível que vai além da coleta de dados, o que demonstra que o pesquisador não só tem algo a dizer, mas também tem algo a fazer. Este fazer não deve, segundo a mesma autora, deixar-se transformar em ativismo. Ele deve ter como objetivo incrementar o conhecimento tanto do pesquisador quanto o das pessoas e dos grupos que participam do procedimento, assim como fomentar o debate acerca das questões abordadas.

Tripp (2005, p.445), após identificar diversos ramos e subdivisões da pesquisa-ação, define que:

A pesquisa-ação educacional é principalmente uma estratégia para o desenvolvimento de professores e pesquisadores de modo que eles possam utilizar suas pesquisas para aprimorar seu ensino e, em decorrência, o aprendizado de seus alunos.

Esta pesquisa-ação será desenvolvida junto a uma IES particular que apresenta o curso de Medicina entre os cursos disponíveis em seu Campi de Belo Horizonte e onde a pesquisadora atuou como preceptora de turmas do quarto ao oitavo períodos.

### **5.3.1 O percurso metodológico**

A pesquisa teve diversas fases, algumas delas ocorrendo de forma concomitante e outras consequentes. A primeira fase consistiu em uma revisão bibliográfica que se estendeu por todo o período da pesquisa, ganhando novas investigações em diversos pontos do estudo, com várias idas e vindas relevantes e que se encontram descritos adiante.

Uma segunda fase foi o estudo documental dos instrumentos utilizados no passado recente (2º semestre de 2015 – 1º semestre de 2020) para avaliação da aprendizagem dos alunos nas disciplinas com conteúdo prático voltadas para a APS da instituição em questão.



Esses documentos encontram-se em anexo nos apêndices deste trabalho (Apêndices A a E). As matrizes curriculares dessas disciplinas também foram consultadas.

A terceira fase, que aconteceu de forma concomitante com a segunda, foi a realização de entrevistas abertas por telefone com preceptores que se dispuseram voluntariamente. Inicialmente foi experimentada a realização da entrevista através de aplicativo de troca de mensagens, mas a interação entrevistador-entrevistado foi prejudicada pela assincronia. Tentamos também chamadas de vídeo, mas houve resistência de muitos preceptores e problemas técnicos com aquele que aceitou participar por vídeo. Por fim, obtivemos melhor aceitabilidade do uso de chamadas de telefone, que foi o meio utilizado para a realização das entrevistas.

Nesses procedimentos buscamos informações que possibilitaram compreender quais competências esses profissionais acreditam ser de maior importância na avaliação dos alunos (Roteiro de entrevista: Apêndice F). Além disso, eles possibilitaram entender a forma como cada um dos preceptores realiza e utiliza as avaliações em seu contexto de atuação na preceptoria. Os conteúdos das entrevistas também foram analisados e categorizados (BARDIN, 1977) a fim de se possibilitar informações organizadas. Adiante algumas informações sobre quem são os entrevistados deste trabalho e o conteúdo das entrevistas estarão descritos.

Foi a partir das entrevistas que se deu o recorte atual da pesquisa, que buscou focar uma das habilidades mais recorrentes nelas, a anamnese. Esta escolha nos levou à quarta fase da pesquisa: a realização de um estudo em profundidade sobre o tema selecionado, levando em consideração obras consagradas e algumas pesquisas de destaque em relação ao ensino da anamnese.

Este estudo deu origem a um texto que se tornou o fio condutor da continuidade deste trabalho. O texto “Considerações sobre a anamnese” (chamado inicialmente apenas “Considerações sobre anamnese”), escrito pela autora, é capítulo desta dissertação e um dos produtos deste mestrado profissional. Antes de encaminhar tal texto aos preceptores, foi solicitado a eles que listassem aspectos da anamnese que mereciam atenção na avaliação e que distinguíssem quais desses aspectos esperavam que estivessem dominados a cada período. Cinco dos sete preceptores preencheram uma tabela (Apêndice G) que foi usada posteriormente na construção da matriz.

Na sequência do preenchimento da tabela, foi enviado o capítulo “Considerações sobre anamnese” (ainda com o nome original) e solicitada a leitura e opinião em relação ao

texto de todos os preceptores. Tendo em vista que apenas três preceptores responderam a essa demanda (o que é compreensível tendo em vista a sobrecarga de trabalho a que os médicos de família – assim como a maioria dos demais profissionais de saúde – se encontram submetidos no período de pandemia), foi solicitado que também alguns alunos do 4º período no primeiro semestre de 2021 desse curso de Medicina lessem o capítulo e opinassem a seu respeito. Uma subturma com 15 alunos foi abordada e, inicialmente, 12 deles se dispuseram a participar da pesquisa. No entanto, apenas 3 alunos devolveram o questionário proposto respondido. Os dados obtidos encontram-se resumidos adiante.

Estando em posse das observações e críticas (em sua grande maioria positivas) tanto dos profissionais, como dos alunos, desenvolvemos uma matriz para avaliação da anamnese e, a partir dela, um instrumento de avaliação de desempenho por rubricas (RUSSEL e AIRASIAN, 2014), sendo este último o outro produto deste mestrado profissional.

Na origem deste trabalho intencionou-se uma fase de observação participante, que funcionaria como uma pré-testagem qualitativa do instrumento. No entanto, diante da situação pandêmica, as atividades nos campos de prática dos acadêmicos foram canceladas por um longo período com retorno posterior em novos campos, inviabilizando a continuidade do trabalho com os preceptores que anteriormente já haviam se comprometido. Dessa forma, essa etapa da pesquisa não será realizada pela impossibilidade de contato com os alunos. No entanto, o instrumento construído foi enviado aos preceptores e a avaliação desse instrumento foi realizada apenas de forma teórica.

## 6 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Logo no início deste trabalho, visando um mapeamento da produção sobre avaliação no ensino superior, mais especificamente sobre avaliação no ensino da prática clínica no ensino superior, foi realizada uma pesquisa através da busca pelos seguintes termos no portal de periódicos da Capes: “avaliação na atenção primária”; “avaliação no ensino superior”; “avaliação na área de saúde” e “avaliação na preceptoria”. Com essas buscas, obtiveram-se poucos resultados e, frequentemente, textos que discutiam a avaliação do serviço de saúde e de programas governamentais voltados para a área da saúde. Esses trabalhos não se aplicavam à nossa busca, uma vez que não tratavam da avaliação do aprendizado de alunos no processo de ensino das técnicas e procedimentos voltados para a prática clínica de uma profissão na área da saúde.

Foi feita uma busca posterior, no mesmo portal, com o termo geral “Avaliação formativa” citado em qualquer parte do texto, limitando as datas de publicações entre 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2018. Foram encontradas 121 publicações, que, submetidas ao filtro de revisão por pares, foram reduzidas a 84.

Procedeu-se, então, à leitura dos resumos de todos estes textos. Foram observados diversos artigos voltados para a área da saúde, para educação a distância (EaD), e para formação de professores, enquanto aparecem com bem menor frequência artigos abordando temas como a aprendizagem baseada em problemas, sequência didática, mudança ou comparação entre avaliações formativas e somativas. É importante ainda salientar que vários artigos que levam em consideração a percepção dos alunos ou dos professores em relação à avaliação. Quando se seleciona um único ponto de vista, há certo equilíbrio na comparação do número de artigos que privilegiam um e outro.

### 6.1 ARTIGOS IDENTIFICADOS QUE TRATAM DO PROCESSO AVALIATIVO

Entre as 84 publicações, identificaram-se 15 que tinham como foco a prática avaliativa em si, sendo que apenas 5 dialogavam diretamente com a avaliação no ensino superior na área da saúde. São os textos resumidos na tabela 1, a seguir.

**Tabela 1:** Artigos que tratam do processo avaliativo no ensino no nível superior na área da saúde

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Enfoque principal do trabalho</b>
BATISTA, N. A.; BATISTA, S.H.S.S.	Educação interprofissional em saúde: tecendo redes de práticas e saberes	2016	Interface Comunicação Saúde Educação	Discute a formação em saúde hoje, voltada para integralidade do cuidado e o lugar da avaliação neste cenário
FIGUEIREDO, G. O.; ROMANO, V. F.; STELET, B. P.; JUNIOR, J. E. T.	Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em Medicina de Família e Comunidade	2016	Revista Sustinere	Estudo de caso da construção de um currículo único de residência em MFC. Discute as matrizes de competências para a área.
COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.	Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual	2016	Interface Comunicação Saúde Educação	Construção coletiva de instrumento (portfólio reflexivo) de avaliação formativa para educação em saúde.
FORTE, F. D. S.; COSTA, C. H. M.; PESSOA, T. R. R. F.; GOMES, A. M. A.; FREITAS, C. H. S. M.; COIMBRA, L. C.; AQUINO, D. M. C.	Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de odontologia	2015	Trabalho, educação e saúde	Discute a compreensão e o uso do portfólio reflexivo por alunos do curso de odontologia como ferramenta de avaliação formativa.
STELET, B.P.; ROMANO, V.F.; CARRIJO, A.P.B.; JUNIOR, J.E.T.	Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico	2017	Interface Comunicação Saúde Educação	Discute o portfólio reflexivo como ferramenta pedagógica na formação médica. Uso da narrativa no ensino da ciência.

**Fonte:** Elaboração própria

Dentro do último grupo, sintetizado na Tabela 1, um trabalho discute a educação interprofissional (EIP) em saúde e a avaliação nesse contexto, buscando promover autonomia e empoderamento dos acadêmicos (BATISTA; BATISTA, 2016). Os autores definem a avaliação como “uma das âncoras de sustentabilidade da EIP” (BATISTA; BATISTA, 2016, p. 203), concluindo o trecho que trata da avaliação apresentando o desafio da construção de medidas de avaliação adequadas aos propósitos de emancipação citados.

Um segundo trabalho apresenta a construção coletiva de um programa de residência em MFC em uma parceria entre a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP) e a prefeitura

da Cidade do Rio de Janeiro, trazendo a problemática da construção do currículo e, como parte desse processo, discute uma matriz de competências que, deixa claro, servirá para guiar o ensino e também a avaliação dos residentes (FIGUEIREDO et al., 2016). Os autores discorrem sobre a importância da formação do especialista em APS, argumentando especialmente sobre a evolução da estratégia de Saúde da Família no Brasil e a importância dela para toda a lógica da saúde pública no país. Além disso, destaca a importância da formação profissional voltada para esta atuação:

Estudantes e residentes precisam ter experiência na APS durante sua formação, como forma de se chegar à compreensão de que cuidado em saúde é resultado de um sistema estruturado e depende muito mais da coordenação dos diversos níveis de atenção do que de condutas clínicas isoladas (FIGUEIREDO et al., 2016, p. 268).

Na sequência, o artigo define um “modelo de competência” que orienta a construção do currículo por competências utilizado no programa de residência em MFC em questão. Segundo os autores, para criar a matriz de competências a serem desenvolvidas no programa e avaliadas ao longo deste é necessário “determinar os conhecimentos, habilidades e atitudes existentes no cotidiano real para o exercício da função” (FIGUEIREDO et al., 2016, p. 273) e, a partir dessa definição, especificar o mais profundamente possível as habilidades a serem cultivadas. A partir desse exercício, torna-se possível delinear um padrão de excelência a ser buscado. Esse processo deve levar em conta as DCN, as demandas da população brasileira e a importância da longitudinalidade e da integralidade do cuidado na APS.

É necessário ainda atentar-se à construção do conhecimento de forma significativa e duradoura para os médicos residentes. Ora, toda esta proposta alinha-se de forma bastante significativa ao que foi proposto neste trabalho e o que é a intenção dos produtos desta pesquisa de mestrado, com a distinção de que o artigo de Figueiredo et al. (2016) o propõe para a pós-graduação de médicos que buscam especialização em MFC, e este trabalho busca potencializar a formação de acadêmicos de Medicina na APS.

Para atingir os objetivos propostos, os autores do artigo em questão propõem a construção de uma matriz em que as Competências Gerais são categorizadas a partir da pergunta “que características esperamos de um Médico de Família e Comunidade?” (FIGUEIREDO et al., 2016, p. 279) e, a partir de cada resposta, desenvolvem-se as categorias, especificando ações, comportamentos e posturas esperadas dentro de cada atributo. Esses conceitos são essenciais para a construção de uma matriz de competências

seja para qual finalidade ela se destinar, e se aplicam à matriz de avaliação definida neste trabalho.

Os outros três artigos sobre avaliação do aprendizado no ensino superior na área da saúde focam em um instrumento de avaliação específico, que não é diretamente do interesse deste trabalho, o portfólio reflexivo. Apesar de não considerarmos relevante para este trabalho o instrumento em questão, julgamos importante destacar a consideração de Cotta e Costa (2016) de que a garantia de transparência e consistência do processo avaliativo garantem aos discentes, assim como aos docentes, maior satisfação com o processo geral e com o resultado da avaliação. Em consonância com o que pautamos neste trabalho, estas autoras apontam o uso do *feedback* oral e escrito como um dos grandes ganhos da avaliação formativa, capaz de transformar a avaliação em excelente momento de crescimento e aprendizado.

O artigo de Forte et al. (2015) confirma a importância desse processo ao apontar que, no caso estudado por estes autores, os estudantes sentem falta da resposta do docente ao portfólio, mostrando-se desejosos de “considerações, elogios e sugestões” (FORTE et al., 2015, p. 33), ou seja, *feedback*, dos mestres.

O último artigo que trata de portfólios como instrumento avaliativo é o de Stelet et al. (2017) que pouco contribui com a linha seguida pela presente dissertação.

Considerando os outros 10 artigos selecionados, que tratam do processo avaliativo e constantes da Tabela 2, eles se referem ao processo avaliativo no ensino não superior ou não na área da saúde.

Dois trabalhos discutem a avaliação formativa na Educação a Distância (EaD). Entre eles, Archer, Crispim e Cruz (2016) discutem definições de avaliação na psicologia e na educação contrapondo as atividades de medir e avaliar e seguindo uma linha teórica para a definição da avaliação que bastante ressoa nesta dissertação. Outro ponto de congruência é a valorização do *feedback* como instrumento de ensino que se origina na própria avaliação do aprendizado. Esses autores destacam que, apesar de não haver consenso na literatura sobre o momento ideal da oferta do *feedback*, os estudantes no geral parecem preferir receber esse retorno de forma imediata e enfatizam a necessidade de o *feedback* ser “claro, preciso, completo, exato e apresentado de forma mais imediata possível” (ARCHER; CRISPIM; CRUZ, 2016, p. 482) para que seja efetivo. Apesar de se dedicar à EaD, tais conceitos destacados e trazidos no artigo contribuem e reforçam conceitos que este trabalho adota.

**Tabela 2:** Artigos que tratam do processo avaliativo na Educação Superior fora da área da saúde e no ensino não superior

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Enfoque principal do trabalho</b>
ARCHER, A.B.; CRISPIM, A.C.; CRUZ, R.M.	Avaliação e feedback de desempenho de estudantes na educação a distância	2016	Avances en Psicología Latinoamericana	Conceito e relevância de avaliação de desempenho e <i>feedback</i> no ensino a distância.
FIORAVANZO, C.M.; VIEIRA, A.M.; CLARO, J.A.C.S.	Avaliação e devolutiva: elementos indissociáveis no contexto do ensino superior a distancia	2016	Holos	Devolutiva/feedback na avaliação no ensino a distância.
BENI, P.F.; BRENO, F.R.; VILLELA, L.M.; ESTEVES, R.; JONES, G.D.C.; FORTE, D.	Processo de ensino-aprendizagem e a interação de professores e alunos em um curso de graduação em administração de empresas	2017	Administração: Ensino e pesquisa	Interação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem e a influência desta interação na avaliação de desempenho.
DUARTE, C.E.L.	Avaliação da aprendizagem escolar: como os professores estão praticando a avaliação na escola	2015	Holos	Conceito e funções da avaliação, entendimento da função avaliativa no processo ensino-aprendizagem.
FERNANDES, D.; GASPAR, A.	Avaliação das Aprendizagens: Uma Síntese de Teses de Doutorado Realizadas em Portugal (2001-2010)	2014	Meta: Avaliação	Síntese de teses sobre avaliação no ensino não superior. Discute e conceitua avaliação formativa; avaliação somativa; auto e heteroavaliação e <i>feedback</i> .
JOELLE, M.	Modos de interação como fundamento da realização de uma avaliação formativa não-instrumentada	2015	Estudios Pedagógicos XLI	Avalia a estratégia de interação professor-aluno no desenvolvimento da avaliação formativa
MAGNATA, R.C.V.; SANTOS, A.L.F.	Avaliação formativa da Aprendizagem: A experiência do conselho de classe	2015	Est. Aval. Educ.	Discute a função do conselho de classe dentro do processo de avaliação (formativa) dos alunos.
ROSÁRIO, P.; PEREIRA, A.; HÖGEMANN, J.; NUNES, A. R.; FIGUEIREDO, M.; NÚÑEZ, J.C., FUENTES, S.; GAETA, M.L.	Autorregulación del aprendizaje: una revisión sistemática en revistas de la base SciELO*	2014	Universitas Psychologica	Revisão bibliográfica sobre a autoregulação do aprendizado
SANTOS, L.	A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio?	2016	Ensaio: avaliação de políticas públicas educacionais	Discute e propõe formas de articulação entre as avaliações formativa e somativa na realidade escolar levando em conta a realidade do dia a dia da sala de aula.
SILVA, M.J.B.; RAMOS, R.S.	Avaliação da aprendizagem: um estudo com base nas percepções dos alunos do curso de graduação em administração	2015	Administração: Ensino e pesquisa	Percepção de alunos sobre formas de avaliação usadas pelos professores

**Fonte:** Elaboração própria

Fioravanzo, Vieira e Claro (2016) também tratam da avaliação formativa em EaD. Este artigo fixa a avaliação formativa como forma de superar a concepção bancária da educação uma vez que está intrinsecamente ligada à devolutiva (ou *feedback*) que funciona como forma de contribuição significativa para a formação dos indivíduos colocando o estudante como centro do processo de ensino-aprendizagem. Os autores ainda discutem a necessidade de a avaliação ser um processo de acompanhamento permanente do aprendiz, o que possibilita a detecção precoce de dificuldades de aprendizagem e a superação destas. Quanto ao *feedback*, este é definido como necessário, deixando claro que esse momento não deve funcionar como via de mão única, permitindo ao aluno explicar dúvidas ou assuntos indicados.

Em consonância com o que este trabalho propõe, Fioravanzo, Vieira e Claro (2016) destacam que a avaliação deve, antes de buscar aferir o aprendiz, qualificar o processo de aprendizagem do aluno focando a democratização do conhecimento, a autonomia do aluno e a construção de uma relação horizontalizada entre educador e educando, o que favorece a construção coletiva do conhecimento. Em sua pesquisa, os autores demonstram que as devolutivas permitem maior interação entre aluno e professor, além de contribuírem para o desenvolvimento dos alunos influenciando no desenvolvimento dos saberes. Esses dados os levam a concluir que a avaliação se torna parte do desenvolvimento do estudante, abandonando o lugar de simples “instrumento classificatório”.

Focalizando a temática do ensino presencial, Beni et al. (2017) discutem a interação professor-aluno em sala de aula no processo de ensino-aprendizagem. Os autores definem a avaliação de desempenho como uma forma de avaliação formativa realizada em conjunto (professor-aluno), o que proporciona o acompanhamento da aprendizagem. O artigo se dedica mais a descrever as formas de interação em sala de aula e os fatores que auxiliam a determinar o fracasso ou sucesso destes momentos, indicando a forma de avaliação como um desses.

Três dos artigos tratam da avaliação no ensino “não superior”. Um destes conceitua e define funções avaliativas no processo ensino-aprendizagem (DUARTE, 2015) discutindo a função autoritária, de “instrumento disciplinador e classificatório” (DUARTE, 2015, p. 53) da avaliação. Segundo esse autor, a avaliação adquiriu uma posição de destaque na educação, como se ela fosse o fim e não o meio do processo de ensino. Duarte (2015), no mesmo sentido desta dissertação, indica a necessidade de a avaliação funcionar como uma análise diagnóstica e formativa, a fim de acompanhar os avanços e compreender as limitações dos estudantes, auxiliando o trabalho pedagógico e a tomada de decisão, não simplesmente



focando no desempenho cognitivo e no acúmulo de conteúdo que culminam numa finalidade puramente classificatória.

O trabalho de Duarte (2015) destaca como funções da avaliação formativa o alinhamento de erros, o apoio a bons resultados e a eliminação de fracassos através do ajuste de cursos pedagógicos. Na função somativa, destaca a função de classificação e de conclusão do processo. Nesta visão, “o erro passa a ser um degrau para uma nova aprendizagem” (DUARTE, 2015, p. 59), e não uma fonte de culpa e castigo para os alunos.

Ainda na mesma linha desta dissertação, a pesquisa desenvolvida por Duarte (2015) buscou entender, através de um questionário aplicado a um grupo de professores, as visões e práticas avaliativas desses sujeitos. Seus resultados destacam que a maioria desses professores veem a avaliação como instrumento de inspeção da aprendizagem, apesar de os mesmos professores admitirem que as notas dadas não são um reflexo fidedigno da aprendizagem dos alunos. Verificou ainda que a grande maioria desses professores atribui exclusivamente ao aluno o seu fracasso, desconsiderando fatores do sistema, da família e do próprio professor.

O segundo artigo desse grupo sintetiza achados de diversas teses de doutorado realizadas em universidades portuguesas entre 2001 e 2010 voltadas para avaliação das aprendizagens. Os autores verificaram, inicialmente, que a maioria dessas pesquisas abordava as compreensões e experiências de professores com a avaliação. A maioria dos trabalhos concentrou-se na avaliação formativa e avaliação para aprendizagem (FERNANDES; GASPAR, 2014). Os autores encontraram apenas oito teses que se enquadravam em seus parâmetros (ter sido defendida entre 2001 e 2010, ter sido desenvolvida em uma universidade representada no Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP) e ter como objeto principal da pesquisa a avaliação das [ou para as] aprendizagens no contexto do ensino não superior, ser possível aos autores obter a tese) (FERNANDES; GASPAR, 2014, p. 203). Os autores observaram que a maioria dos professores pesquisados por todas as teses estudadas têm uma prática avaliativa voltada para classificação e centrada no professor, bem diferente do que indicam a literatura e a legislação de Portugal. Constataram também que a maioria dos professores variam muito pouco suas técnicas de coleta de dados e que, apesar de reconhecerem a importância e as vantagens pedagógicas da avaliação formativa, grande parte dos professores não a realizam alegando diferentes dificuldades. Fernandes e Gaspar (2014) verificaram, por fim, que apenas um pequeno grupo do universo de professores pesquisados planejou suas avaliações com o

objetivo de apoiar o aprendizado dos alunos, implicando os alunos nas atividades e nas avaliações, provocando reflexão e independência.

O último artigo do grupo avalia a interação professor- estudante na avaliação formativa (JOELLE, 2015). A autora realizou uma pesquisa junto a 10 professores primários e buscou distinguir diferentes formas de contato entre professores e alunos. Ela destaca que, baseando-se na capacidade da avaliação formativa em dar suporte à progressão da aprendizagem, esse tipo de avaliação vem exercendo grande protagonismo nas reformas educacionais em todo o mundo ocidental. Apesar disso, em vários lugares do mundo a discussão frequentemente retorna à atribuição de notas e formas de classificação para progressão dos alunos. A autora observa que, entre os professores primários, essa questão é resolvida adotando-se um meio termo, onde a progressão é indicada pelo professor através de avaliação de testes, mas também através da observação informal da convivência diária com os alunos, o que caracterizaria a avaliação não instrumentada, através de vivências espontâneas da rotina escolar. Joelle (2015) conclui o artigo destacando a complexidade da avaliação formativa continua através dos “microprocessos sociais” vivenciados no dia a dia e que tem alta possibilidade de funcionar como momentos de aprendizagem.

Ainda entre os artigos que fornecem alguma forma de embasamento conceitual, encontram-se artigos cujo enfoque não nos permitiu agrupá-los.

Um aponta o conselho de classe como “espaço coletivo de avaliação das aprendizagens”, servindo de ponto de partida para o desenvolvimento da avaliação formativa, já que considera que “o professor não deveria, sozinho, determinar o futuro do aluno” (MAGNATA; SANTOS, 2015). Segundo as autoras, o conselho de classe tem sido utilizado, assim como a avaliação de forma geral, apenas para definir a classificação, a progressão ou retenção dos alunos, sem levar em conta a função formativa destes processos. O artigo, no entanto, não discute outras formas de avaliação coletiva que permitam atingir objetivos similares, como a avaliação por pares e a autoavaliação.

O segundo trabalho realiza uma revisão bibliográfica nas revistas da base SciELO (Scientific Electronic Library Online) acerca da autorregulação do aprendizado (ROSÁRIO et al., 2014), que é parte das funções da avaliação formativa. A autorregulação do aprendizado entrou no hall de assuntos discutidos por educadores quando se passou a considerar não apenas a inteligência como explicação para as diferenças de rendimento escolar. Assim, buscou-se compreender que outros fatores influenciavam neste desempenho e encontrou-se a motivação, o nível de comprometimento do estudante, como uma destas

explicações. Segundo os autores, a autorregulação da aprendizagem é um processo ativo, realizado pelos estudantes, que por definirem um objetivo, passam a traçar estratégias que auxiliam no processo de aprendizagem utilizando esforços conscientes já que os estudantes que realizam tal processo são conscientes de suas qualidades e limitações. Rosário et al. (2014) destacam que a maioria dos artigos não discute a forma de avaliação da autorregulação da aprendizagem, e quando o fazem concluem sobre a necessidade de desenvolvimento de instrumentos mais robustos e adaptados aos diferentes contextos. Também é tímida e inconclusiva a discussão acerca do papel do docente neste processo, quando existente, indica a importância do apoio e da supervisão para o sucesso dos alunos que pessoalmente reconhecem estes aspectos. Apesar de levantarem a questão da necessidade de instrumentos adaptados para avaliar a autorregulação do aprendizado, o artigo não deixa pistas sobre os pontos de partida para o desenvolvimento destes. O *feedback* é citado como forma de promover a autorregulação da aprendizagem, mas não é definido nem em sua forma nem em quais momentos e situações são propícios para esse fim.

O trabalho de Santos (2016) discute e propõe formas de articulação entre as avaliações formativa e somativa na realidade escolar levando em conta a realidade do dia a dia da sala de aula. Inicialmente, propõe formas de se aproveitarem as estratégias de ensino já em uso nas salas de aula para transformar a mesma avaliação em processo formativo e também somativo, de forma a driblar a principal justificativa de professores que muitas vezes reconhecem os méritos da avaliação formativa, mas não a realizam por acreditarem que ela só seria possível através de outras estratégias, o que tomaria tempo, que já é escasso.

Assim como expomos nesta investigação, a autora salienta que os dois tipos de avaliação em questão se diferenciam não na forma ou quando são realizadas, mas no objetivo desta realização e na forma de uso das informações obtidas. Dessa forma, propõe o uso dos mesmos dados com diferentes objetivos, desencadeando diferentes ações de acordo com as finalidades definidas.

Por fim, o artigo de Silva e Ramos (2015) destaca a percepção dos alunos em relação as formas de avaliação utilizadas pelos professores de um curso de graduação em Administração. As autoras enfatizam a importância da avaliação no desenvolvimento dos processos de ensino e aprendizagem, mas destacam como isso não influencia no dia a dia de muitos professores, que se mantêm prisioneiros de formas antigas e centradas na classificação, supervalorizando o resultado, em detrimento do processo. Silva e Ramos (2015) identificam nos alunos a capacidade de reconhecimento de si mesmos como

estudantes e da prática acadêmica que apresentam, indicando-os como ponto relevante na escolha do tipo de atividade avaliativa a ser aplicada. Apontam como a forma tradicional de avaliar se alinha a um modo também tradicional de ensinar e de aprender, bancária, que ignora a necessidade de crítica da realidade tanto por parte do professor quanto dos estudantes. É demonstrado que os alunos valorizam processos informais de avaliação onde ela se confunde com o processo de ensino e que muitos alunos consideram “testes” e “provas” como formas errôneas e incompetentes por não testarem o que realmente aprenderam. Uma parcela significativa dos alunos abordados pelas pesquisadoras tem sempre sentimentos negativos em relação à avaliação. Apenas 11% têm sentimentos neutros ou positivos quando o assunto é a avaliação. Essas autoras destacam ainda que a escolha do instrumento de avaliação em si não é responsável ou determinante da capacidade de reflexão do aprendizado dos alunos. Um mesmo instrumento utilizado de formas diferentes pelo professor pode ser capaz de contribuir mais ou menos em favor do aprendizado. Nesse sentido, elas destacam o *feedback* como “um dos elementos mais importantes no processo de avaliação” (SILVA; RAMOS, 2015, p.299) e apontam que a simples devolução do instrumento avaliativo com a nota atribuída não constitui um processo aceitável de *feedback*, uma vez que esse processo pressupõe uma discussão e reflexão sobre os resultados.

## 6.2 ARTIGOS QUE TRATAM DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE

Além destas 15 publicações, consideramos ainda pertinente destacar 6 outros trabalhos que contribuiriam, quando não na discussão dos processos avaliativos em si, com informações sobre especificidades do ensino da prática na área da saúde. Estes se encontram indicados na Tabela 3.

Nesse grupo de trabalhos, é possível observar que dois deles referem-se à incorporação da interprofissionalidade e multiprofissionalidade no ensino de saúde. Araújo et al. (2017) tratam das visões dos residentes e dos preceptores sobre uma residência multiprofissional. Neste caso a avaliação é discutida como parte do processo de formação dos profissionais, dentro de um contexto mais amplo. Muito embora a formação multiprofissional seja revolucionária e o programa em questão busque “considerar a avaliação como um movimento complexo, que valoriza não somente os conhecimentos cognitivos, mas, também, os afetivos e os psicomotores...” (ARAÚJO et al., 2017, p. 608) os autores reconhecem que a avaliação ainda se constitui em um processo vertical, e que apesar de propor a adequada comunicação

**Tabela 1:** Artigos que tratam do ensino no nível superior na área da saúde

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Curso pesquisado</b>	<b>Enfoque principal do trabalho</b>
ARAÚJO, T.A.M.; VASCONCELOS, A.C.C.P.; PESSOA, T.R.R.F.; FORTE, F.D.S.	Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores	2017	Interface Comunicação Saúde Educação	Residência Multiprofissional	Percepções de preceptores e residentes em relação a Multiprofissionalidade e interprofissionalidade no ensino da saúde.
CAMARA, A.M.C.S.; GROSSEMAN, S.; PINHO D.L.M.	Educação Interprofissional no programa PET-Saúde	2015	Interface Comunicação Saúde Educação	Vários da área da saúde	Interprofissionalidade na compreensão de tutores de u programa do governo federal.
CARÁCIO, F.C.C., CONTERNO, L.O.; OLIVEIRA, M.A.C.; OLIVEIRA, A.C.H.; MARIN; M.J.S.; BRACCIALLI, L.A.D.	A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária	2014	Ciência &Saúde coletiva	Medicina e Enfermagem	Avaliação da capacidade de formação para atenção primaria de dois cursos da área da saúde de uma instituição.
IZECKSOHN, M.M.V.; TEIXEIRA JUNIOR, J.E.; STELET, B.P.; JANTSCH, A.G.	Preceptoría em medicina de família e comunidade: desafios e realizações em uma atenção primária à saúde em construção	2017	Ciência &Saúde coletiva	Formação de preceptores	Desenvolvimento de um programa de formação de preceptores para atenção primária
MEGALE, L.; RICAS, J.; GONTIJO, E.D.; MOTA, J.A.C.	Percepções e sentimentos de professores de medicina frente à avaliação dos estudantes - um processo solitário	2015	Revista Brasileira de Educação Médica	Medicina	Percepções de professores do curso de medicina diante da avaliação dos estudantes
TRONCON, L.E.A.	Estruturação de Sistemas para avaliação programática do estudante de medicina	2016	Revista Brasileira de Educação Médica	Medicina	Forma de avaliação centralizada do estudante de medicina que visa contemplar as diversas funções da avaliação do aprendizado

**Fonte:** Elaboração própria

entre residentes e preceptores, ainda é falha no que tange a provocação do posicionamento crítico dos residentes e a reflexão sobre a própria prática profissional. Nesse caso, o grupo pesquisado reconhece a necessidade da avaliação contínua e construtiva, no entanto, não propõe formas objetivas de avaliar a prática médica diária.

Já em Câmara, Grosseman e Pinho (2015) a discussão se dá em torno de um programa do governo federal “de educação pelo trabalho em grupos tutoriais interprofissionais na atenção básica envolvendo todos os cursos da saúde” (CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015, p. 817). Apesar de o foco também não ser a avaliação, o trabalho realiza uma análise da importância da integração ensino-serviço, no sentido de construir uma relação dialógica entre o trabalho em saúde e a escola, na formação de profissionais de saúde, que é exatamente onde se insere a disciplina tratada nesta dissertação. O artigo ressalta de forma insistente o duplo protagonismo do atendimento ao usuário e do aprendizado técnico e procedimental, de forma diferente à praticada em estruturas tradicionais como os hospitais-escola, onde a técnica é destacada em relação a outros focos.

Dois outros trabalhos chamam a atenção por discutir a formação para APS. Carácio et al. (2014) se propõe a acolher e analisar opiniões de docentes, gestores e egressos de cursos de Enfermagem e Medicina que passaram por uma instituição de ensino que coloca o aluno destes cursos em contato com a APS desde o primeiro período dos cursos. Os autores discutem a importância das adaptações feitas nos currículos dos cursos com base nas DCN de 2001 (o artigo foi publicado no mesmo ano que as DCN mais atuais, que aprofundam a valorização da formação do generalista e a necessidade de integração entre ensino e a realidade da atenção à saúde, de 2014).

O artigo assinala ainda a importância, atualmente, de se formar um profissional não apenas competente tecnicamente, mas também capaz de conduzir seu próprio processo de aprendizagem, de forma independente, ao longo da vida através da provocação reflexiva diante dos casos e situações diários. São apontados como entraves ao bom desenvolvimento deste trabalho a escolha de profissionais não “da rede” para o trabalho junto a Faculdade, a pouca valorização do profissional da APS e a “demanda excessiva no serviço” (CARÁCIO et al., 2014, p. 2139).

Já Izecksohn et al. (2017) pesquisam a formação de preceptores para a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) na cidade do Rio de Janeiro. Os autores apontam a necessidade de qualificação da APS (e de profissionais para APS) para o sucesso do sistema de saúde de forma geral (o que é evidenciado através de vários

marcadores de saúde). Sendo assim, eles assinalam a importância de formação adequada e especializada de profissionais de saúde para APS, o que nos leva a necessidade de formação adequada dos professores nesta área. Nesta lógica, o preceptor se torna um “aproximador” da assistência com a gestão e com a academia. No entanto, a forma adequada de avaliar o desempenho dos residentes não é foco da discussão destes autores. Entre os trabalhos identificados na revisão, este encontra ressonância na primeira parte do presente estudo e seus achados parecem convergir com o produto deste mestrado.

O artigo de Megale et al. busca compreender a percepção de professores de um curso de Medicina diante da experiência da avaliação. Os autores concluem que os professores sujeitos desta pesquisa “estão inseguros e insatisfeitos com o atual processo de avaliação” (MEGALE et al., 2015, p. 20). Definem como formas de melhorar o processo avaliativo a necessidade de determinar de forma clara os objetivos do aprendizado, a estruturação de instrumentos avaliativos e a melhoria no preparo pedagógico dos próprios professores. Sendo assim fica claro que os professores mais experientes se mostram menos afetados pelo processo avaliativo.

Um último artigo de destaque que resultou desta primeira pesquisa trata de um sistema de avaliação do aprendizado que é centrado no estudante e que foi desenvolvido para ser utilizado ao longo de todo o curso de graduação em Medicina, a fim de possibilitar o acompanhamento do progresso de cada estudante. Desta forma, o autor acredita que tal sistema contribui para a coerência da avaliação ao longo do extenso curso, através da centralização, institucionalização, uniformização, integração, abrangência e continuidade do processo avaliativo, tendo importante potencial para minimizar várias das distorções observadas (TRONCON, 2016, p. 41).

### 6.3 UMA NOVA REVISÃO APÓS O REDIMENSIONAMENTO DO RECORTE

Ao longo do desenvolvimento do presente trabalho percebemos ser necessário realizar um novo recorte de pesquisa, concentrando esforços na avaliação do aprendizado da técnica de anamnese pelos estudantes. Desta forma, foi realizada uma nova busca, inicialmente no portal Capes. A Tabela 4 resume os achados desta pesquisa.

Os dois artigos resultantes foram lidos e se encontram resumidos na Tabela 5. No primeiro artigo, Dorigatti et al. (2015), tratam dos sentimentos de estudantes de Medicina e de seus pacientes diante do aprendizado em prática durante atendimentos a pacientes reais. Os autores demonstram como a orientação inadequada e/ou insuficiente dos alunos

faz com que estes se sintam impotentes e inseguros diante dos pacientes. No entanto, a postura dos próprios pacientes diante dos atendimentos realizados por alunos é, em geral, bastante positiva, com o relato dos pacientes de que se sentem especiais com toda a atenção dispensada pelos acadêmicos nestes momentos.

**Tabela 4:** Número de artigos encontrados no portal da CAPES com os novos termos de busca

<b>Assunto: “Anamnese”</b>	<b>97 artigos</b>
Data de publicação: 30/06/2015 – 30/06/2020	29 artigos
Tópicos inclusos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicine</li> <li>• Medical Education</li> <li>• Medical History taking</li> <li>• Evaluation</li> </ul>	10 artigos
Idiomas inclusos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Português</li> <li>• Inglês</li> </ul>	2 artigos

**Fonte:** Elaboração própria

**Tabela 5:** Descrição dos artigos encontrados na nova busca no portal da CAPES

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Enfoque principal do trabalho</b>
DORIGATTI, A.E.; FABER, E.W.; GARCIA JUNIOR, C.; TURATO, E.R.	Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de Medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo	2015	Revista Brasileira de Educação Médica	Sentimentos de estudantes de Medicina e seus pacientes diante do aprendizado em atendimentos
FÜNGER, S.M.; LESEVIC, H.; ROSNER, S.; OTT, I.; BERBERAT, P.; NIKENDEI, C.; SONNE, C.	Improved self- and external assessment of the clinical abilities of medical students through structured improvement measures in an internal medicine bedside course	2016	GMS Journal for Medical Education	A experiência de um curso de Medicina na Alemanha com o atendimento ambulatorial por alunos em substituição ao ensino no Hospital-escola

**Fonte:** Elaboração própria



O segundo artigo, com autores vinculados a uma universidade alemã, trata da experiência de um curso de Medicina na Alemanha com o atendimento ambulatorial por alunos em substituição ao ensino no Hospital-Escola (FÜNGER et al., 2016). Os autores compartimentalizam o aprendizado em 3 categorias, sendo uma delas “anamnese e exame físico”, outra de “diagnostico” e a última de “tratamento”. Eles concluem que os alunos com treinamento em ambulatório têm melhores resultados em todas as categorias, sendo a maior diferença observada na primeira delas (FÜNGER et al., 2016).

Apesar de bastante úteis para o desenvolvimento final da presente dissertação, tendo em vista o pequeno número de publicações encontradas, foi realizada nova pesquisa, desta vez na base de dados PubMed. A busca foi orientada conforme a Tabela 6.

**Tabela 6:** Número de artigos encontrados no portal PubMed com os novos termos de busca

<b>Palavras-chave:</b> “anamnesis” and “teaching” and “medicine”.	175 artigos
Ano de publicação: 2016-2020	93 artigos
Textos completos gratuitos	57 artigos
Língua: inglês ou português	57 artigos
Incluir apenas Medline	54 artigos

Fonte: Elaboração própria

Os 54 artigos selecionados tiveram seus resumos lidos, o que resultou em frustração por parte da pesquisadora, uma vez que a grande maioria dos artigos não se referia ao ensino da Medicina, e sim ao “ensino” de determinados grupos celulares do sistema imune ao restante deste no reconhecimento de certos antígenos em doenças imunes ou oncológicas, ou à relevância de dados da anamnese nos diagnósticos de doenças específicas, entre outras abordagens não relacionadas ao ensino da anamnese no curso de Medicina. Desta forma, apenas 3 artigos foram lidos na íntegra e se encontram sintetizados na Tabela 7.

Destes artigos, Huhn et al. (2017) destacam como o domínio da linguagem pode influenciar o sucesso ou não da anamnese realizada por estudantes de Medicina através da comparação das informações obtidas por estudantes nativos e estrangeiros de um curso. Importante ressaltar que em questões teóricas e provas de múltipla escolha, as notas dos dois grupos de estudantes eram bastante parecidas, demonstrando o domínio da língua

alemã pelos estrangeiros, mas a comunicação interpessoal era prejudicada provavelmente pela ausência de fluência na “linguagem cultural” local (HUHN et al., 2017).

**Tabela 7:** Descrição dos artigos encontrados na nova busca no portal PubMed

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano de publicação</b>	<b>Periódico</b>	<b>Enfoque principal do trabalho</b>
HUHN, D.; LAUTER, J.; ROESCH ELY, D.; KOCH, E. MÖLTNER, A.; HERZOG, W.; RESCH, F.; HERPERTZ, S.C.; NIKENDEI, C.	Performance of International Medical Students In psychosocial medicine	2017	BMC Medical Education	Comparação do desempenho de alunos estrangeiros e locais em OSCE em Medicina psicossocial – importância da linguagem e comunicação na relação com o paciente
HUNDERTMARK, J.; APONDO, S.K.; SCHULTZ, J.H.	Integrating teaching into routine outpatient care: The design and evaluation of an ambulatory training concept (HeiSA)	2018	GMS Journal for Medical Education	Analisa a criação e implantação de um ambulatório de treinamento acadêmico em uma universidade alemã.
SCHWILL, S.; HUNDERTMARK, J.; FAHRBACH-VEESER, J.; EICHER, C.; TONCHEV, P.; KURCZYK, S.; Szecsenyi, J.; Loukanova, S.	The AaL <sup>plus</sup> near-peer teaching program in Family Medicine strengthens basic medical skills-A five-year retrospective study	2020	PlosOne	Discussão sobre o programa de ensino de habilidades clínicas básicas para alunos de Medicina em fase pré clínica (4 primeiros semestres) alocado no departamento de práticas gerais para Medicina de família de uma universidade alemã.

Fonte: Elaboração própria

O segundo artigo, de Hundertmark, Apondo e Schultz (2018), trata da criação e implantação de um ambulatório de treinamento acadêmico numa universidade alemã, onde até hoje o mais comum é o aprendizado exclusivamente intra-hospitalar. É interessante observar como o assunto do aprendizado em ambulatório é priorizado no Brasil desde 2014 e é uma parte essencial do que é tratado na disciplina de Atenção à Saúde. No entanto, no modelo descrito por Hundertmark, Apondo e Schultz (2018) recursos tecnológicos e presentes em um espaço criado para seu fim permitem um acompanhamento do desenvolvimento do estudante bastante minucioso.

Por fim, o último artigo selecionado, de Schwill et al. (2020), discute o programa de ensino de habilidades clínicas básicas (entre elas a anamnese) em Medicina de família para alunos de Medicina em fase pré-clínica (4 primeiros semestres) em uma universidade alemã. Os autores concluem que os estudantes que passam pelo programa analisado – que tem como fundamento a introdução dos acadêmicos em prática clínica de forma precoce no curso de Medicina – demonstram maior confiança em suas habilidades e melhor

aproveitamento dos *feedbacks* recebidos em provas práticas posteriores. Novamente, o texto parece remeter ao já aqui evidenciado pioneirismo do ensino brasileiro da Medicina, uma vez que a introdução precoce dos acadêmicos no ambiente de assistência é preconizada desde as DCN de 2011.

Diante disso, podemos concluir que o tema escolhido para o presente trabalho não é frequentemente tratado pelas pesquisas atuais, apesar da relevância dele para o aprendizado da Medicina.

## 7 A INSTITUIÇÃO DE ENSINO E OS SUJEITOS DA PESQUISA

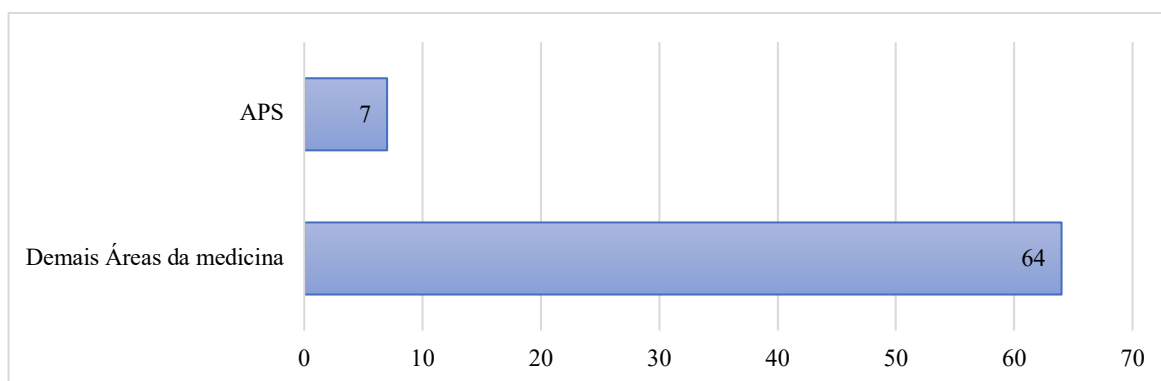
### 7.1 A INSTITUIÇÃO

A IES onde se desenvolve a presente pesquisa oferece um dos 4 cursos de Medicina ministrados em IES particulares localizadas na cidade de Belo Horizonte/MG. Ela foi escolhida para o desenvolvimento do trabalho por fazer parte da rotina laboral da pesquisadora onde atua como docente desde 2014, preceptora de uma disciplina do curso de Medicina e, por períodos de tempo descontínuos teve também experiências como professora de carga teórica. Foi nesse contexto de contato com a atividade docente que a autora deste estudo despertou o interesse pelo tema da avaliação.

A IES tem sua origem no interior do estado de Minas Gerais e foi credenciada pelo MEC em 2002. O campus Belo Horizonte iniciou seu funcionamento em 2003. O curso de Medicina era inicialmente ministrado apenas no campus do interior, tendo início as primeiras turmas no ano de 2004. Já em Belo Horizonte o curso de Medicina se tornou disponível apenas no segundo semestre de 2011, sendo reconhecido pelo MEC, com nota máxima, em 2017, com a formatura da primeira turma.

Em janeiro de 2020 o curso contava com 71 professores, sendo apenas 7 diretamente ligados ao ensino da Atenção Primária a Saúde (APS), proporção evidenciada no Gráfico 1.

**Gráfico 1:** Distribuição dos professores da IES pelas Áreas da Medicina

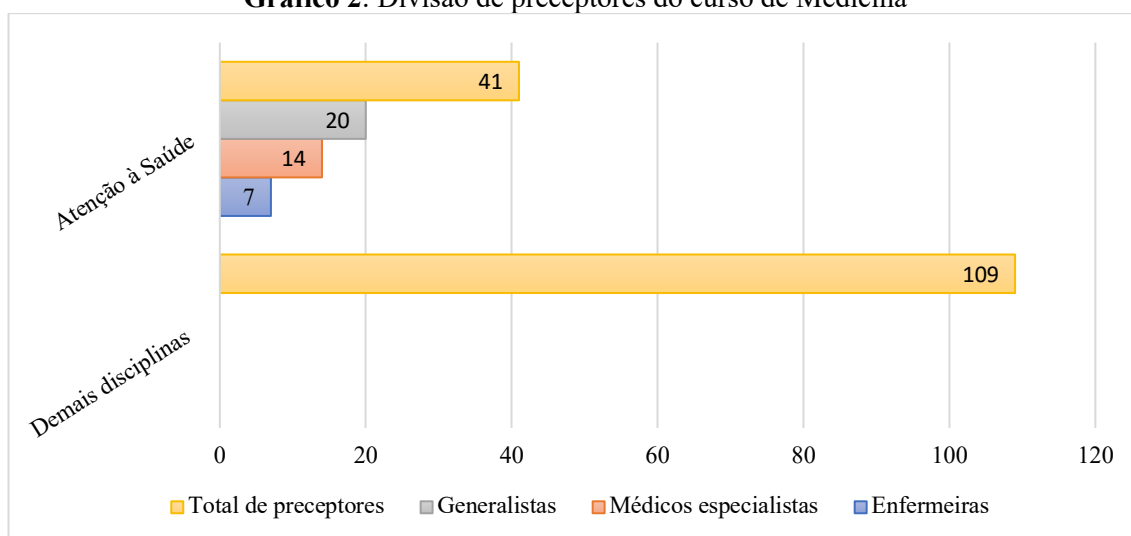


Fonte: Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

São ainda mais de 150 preceptores externos para as atividades de campo que são realizadas em instituições de saúde públicas ou filantrópicas através de parcerias firmadas entre a IES, prefeituras e organizações. Entre os preceptores do curso de Medicina, 41 são preceptores da disciplina curricular obrigatória em todos os períodos, do primeiro ao oitavo,

intitulada “Atenção à Saúde”. A disciplina atendeu, no segundo semestre de 2019, um total de 737 estudantes, divididos em grupos com uma média de 7 a 8 alunos. Do total de preceptores da “Atenção à Saúde”, 7 são enfermeiros (que acompanham os alunos do 1º ao 3º período) e 34 são médicos (que acompanham os alunos do 4º ao 8º período), em sua maioria do sexo feminino (23). Do total de médicos, 14 são especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), reconhecidos pela Sociedade Brasileira de MFC. Todas as informações numéricas em relação aos preceptores se encontram resumidas no Gráfico 2.

**Gráfico 2:** Divisão de preceptores do curso de Medicina

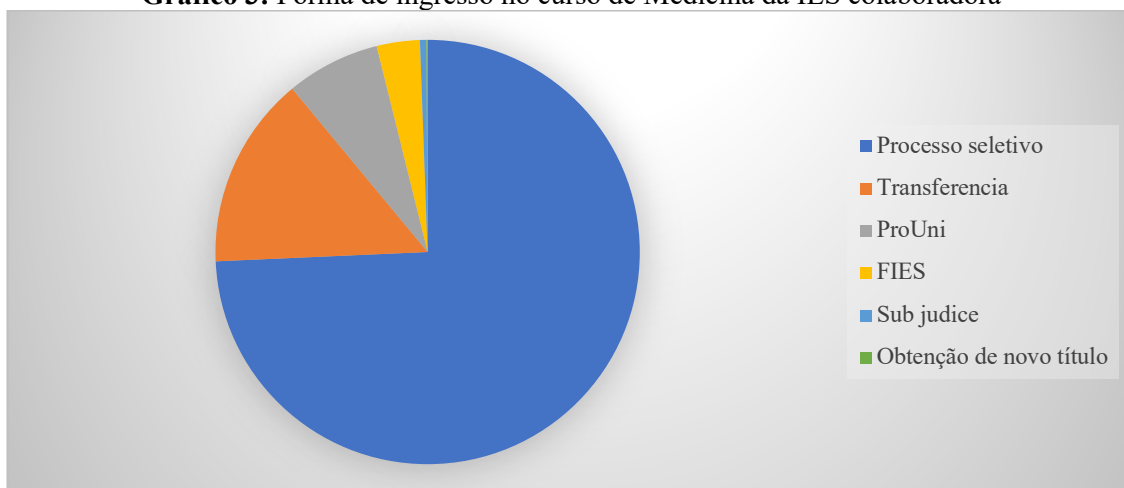


**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

O núcleo de Atenção à Saúde não possui informações acerca da idade e do tempo de formação dos preceptores. No caso desta disciplina, as atividades de campo eram realizadas em janeiro de 2020 predominantemente em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (CS) dos municípios de Santa Luzia e Sabará, ambos localizados na região metropolitana de Belo Horizonte, além da própria capital, em suas regionais Norte e Venda Nova. É importante observar que as diferenças entre as realidades das UBS/CS são grandes e isto torna a experiência de cada grupo de alunos diferente a cada semestre. A IES possuía, matriculados no curso de Medicina em Belo Horizonte, no primeiro semestre de 2020, 1035 alunos. Os alunos do curso de Medicina eram, então, em sua maioria (769), selecionados através de processo seletivo próprio, sendo que entre 2011 e 2017 havia entrada de 60 alunos por semestre por meio deste processo. No segundo semestre de 2017 esse número aumentou para 90, sendo este o número de selecionados por semestre até o momento. Há ainda 152 alunos que ingressaram no curso em outras instituições e transferiram seus estudos para a IES, 74 alunos selecionados através do

Programa Universidade para Todos (ProUni), 34 do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), 5 matriculados *sub judice* e 1 aluno na condição de obtenção de novo título. A distribuição dos alunos por forma de ingresso neste curso de Medicina que se encontravam matriculados no primeiro semestre de 2020 está demonstrada no Gráfico 3.

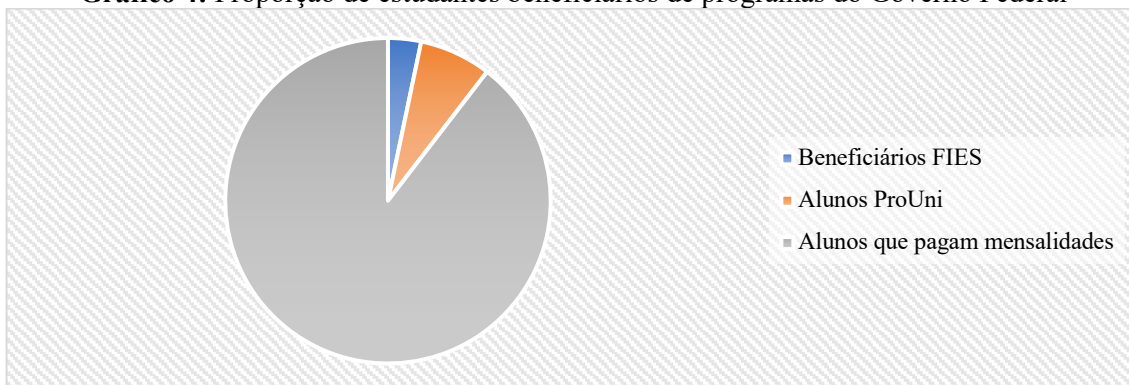
**Gráfico 3:** Forma de ingresso no curso de Medicina da IES colaboradora



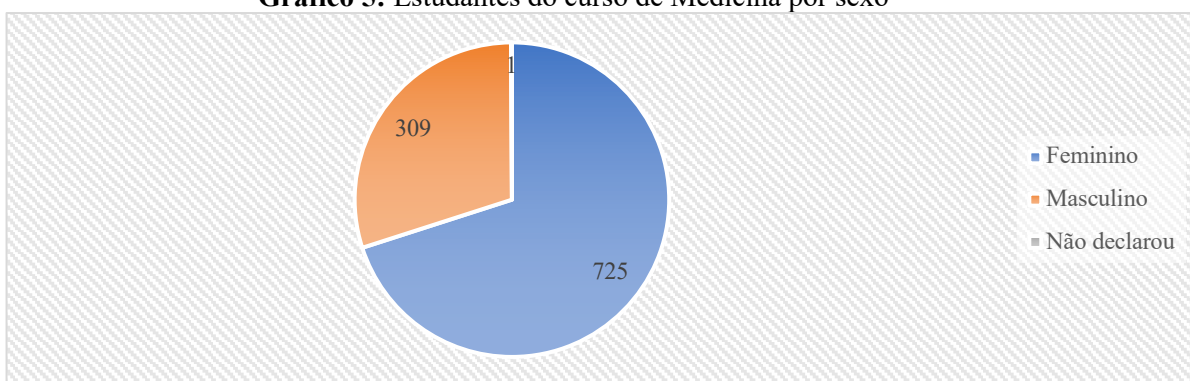
**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

Vale observar que os únicos estudantes estudando com bolsa de estudo são aqueles selecionados pelo ProUni, do Governo federal, e representam cerca de 7,1% (somados àqueles com bolsas totais e parciais, uma vez que a instituição não disponibilizou a informação seletivamente) do total de estudantes do curso. Um número ainda menor, representando apenas 3,3% do total, utilizam financiamento estudantil (FIES) para custear seus estudos. Entre os dois programas o número de estudantes é 108. A distribuição fica como demonstrada no Gráfico 4.

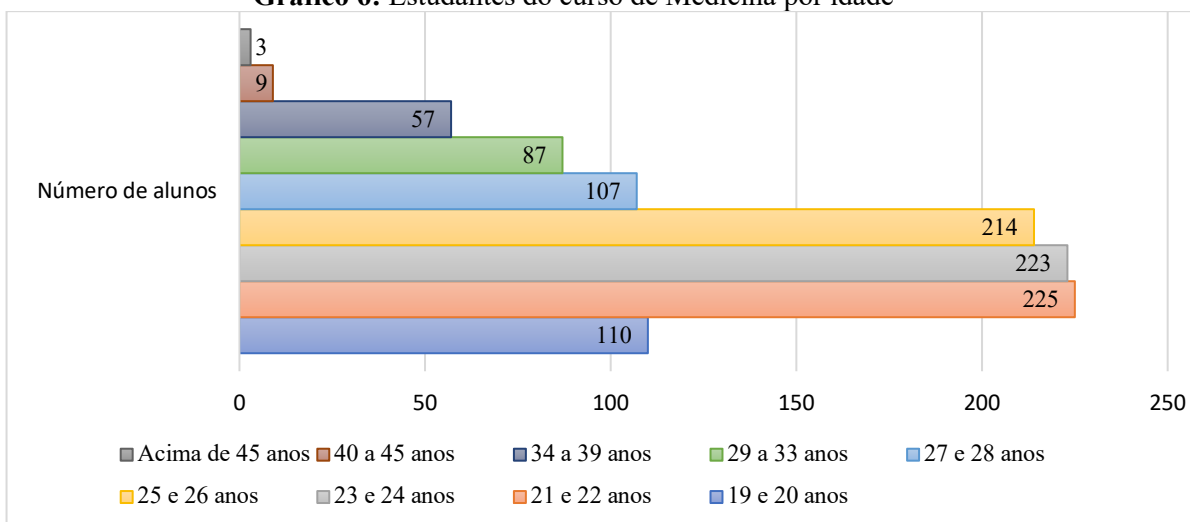
Do total de estudantes, a maioria é do sexo feminino – cerca de 70% – e um único aluno não declarou o sexo. A distribuição por sexo está ilustrada no Gráfico 5. O Gráfico 6 demonstra as faixas etárias dos estudantes matriculados, com a predominância de jovens adultos.

**Gráfico 4:** Proporção de estudantes beneficiários de programas do Governo Federal

**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

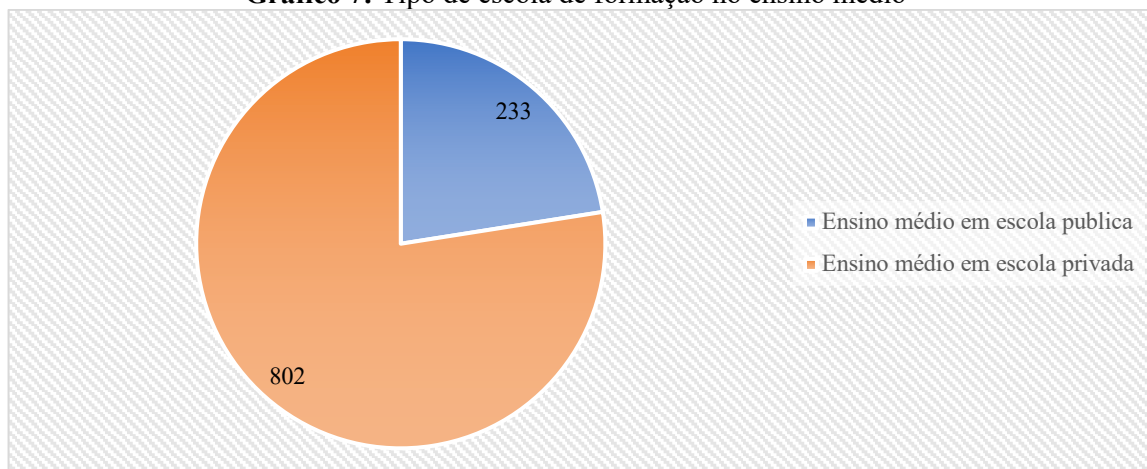
**Gráfico 5:** Estudantes do curso de Medicina por sexo

**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

**Gráfico 6:** Estudantes do curso de Medicina por idade

**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

Com relação aos estudos anteriores, 22,5% dos alunos do curso de Medicina desta IES em Belo Horizonte são oriundos de escolas públicas, sendo que os demais cursaram o ensino médio em escolas privadas, como se observa no Gráfico 7.

**Gráfico 7:** Tipo de escola de formação no ensino médio

**Fonte:** Elaboração Própria conforme informações obtidas junto à instituição pesquisada

A IES não tem informação sobre a cor da pele ou sobre a raça autodeclarada de seus alunos e não disponibiliza dados de renda familiar dos estudantes.

Após esta contextualização da IES onde se desenvolve a pesquisa, cabe a descrição dos participantes desta pesquisa, 7 preceptores que se encontravam atuando no primeiro semestre de 2020 e 3 estudantes que se encontravam cursando o quarto período no primeiro semestre de 2021.

## 7.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Apesar de a entrevista com os preceptores anteceder temporalmente a abordagem aos estudantes, optamos por expor primeiramente a caracterização dos últimos, uma vez que isto contribuirá para a lógica da apresentação deste trabalho.

Foi abordada uma turma da disciplina Semiologia Prática do quarto período, que é constituída por 15 alunos. A autora, como professora da turma em questão, solicitou, já nos últimos dias de aula de um semestre (primeiro de 2021), deixando claro que a participação seria de forma voluntária e livre sem qualquer ônus ou bônus aos alunos participantes, os voluntários foram orientados a realizar a leitura do texto “Considerações sobre a anamnese” e em seguida, redigir suas considerações sobre ele. Doze deles se voluntariaram a ler o material, mas apenas três responderam às perguntas propostas relacionadas ao texto. Este grupo de estudantes se caracteriza por apresentar idades variando de 20 a 23 anos, sendo duas do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos



se encontram em seu primeiro curso superior e concluíram o ensino médio em escolas particulares. Dois desses estudantes foram selecionados através do processo da própria instituição e o outro transferiu-se de Curso de Medicina de outra instituição. Nenhum deles possui qualquer tipo de bolsa ou financiamento para os estudos.

Uma vez caracterizados os alunos, cabe apresentar o grupo de sete preceptores entrevistados. Todos eles realizavam preceptoria da disciplina “Atenção à Saúde” do curso de Medicina em Belo Horizonte da instituição em questão no primeiro semestre de 2020. Apesar do convite ter sido enviado a vários outros colegas (pelo menos quinze), mesmo com o contato sendo telefônico, muitos não se disponibilizaram.

Inicialmente seriam entrevistados apenas preceptores do quinto e do oitavo períodos. No entanto, com a mudança de semestre letivo, vários preceptores precisaram mudar de turmas e com a baixa adesão às entrevistas, optamos por aproveitar todas as realizadas, servindo de critério o fato de os entrevistados atuarem ou já terem atuado no quinto e/ou no oitavo períodos, o que é fato para todos eles.

Desta forma, foram entrevistados três preceptores e quatro preceptoras, com predominância de mulheres semelhante ao total dos preceptores. Além disso, a faixa etária predominante foi daqueles que estão na quarta década da vida, como mostra a Tabela 8.

A maioria dos preceptores são casados (4), sendo que dos outros três, um se encontra em união estável e duas são solteiras.

**Tabela 8:** divisão dos preceptores entrevistados por sexo e idade

Sexo	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	Total
<i>Feminino</i>	3	1	0	4
<i>Masculino</i>	1	1	1	3
<i>Total</i>	4	2	1	7

**Fonte:** Elaboração própria conforme informações prestadas pelos entrevistados

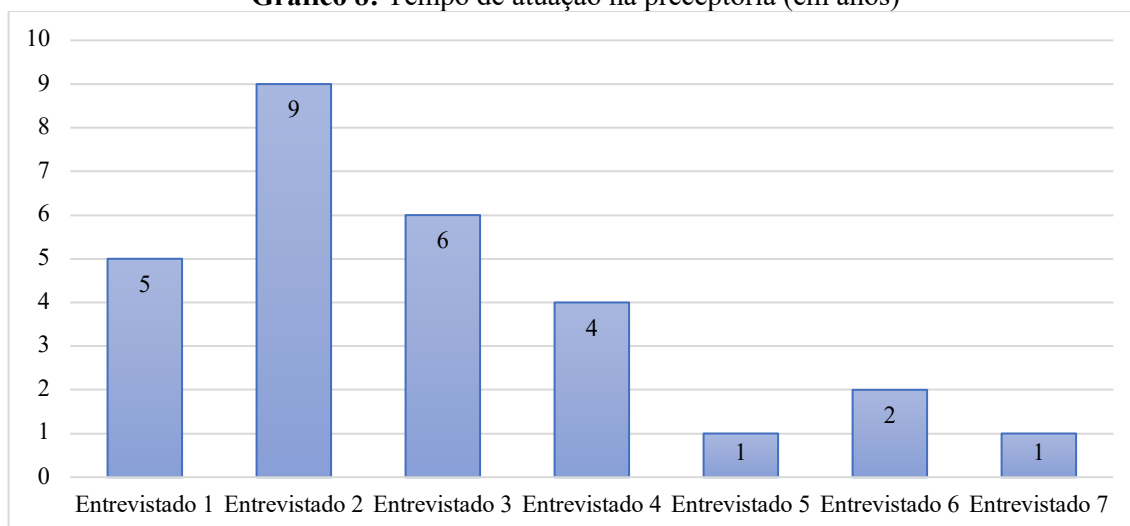
O tempo de formatura dos entrevistados variou bastante, sendo a formatura mais recente de duas preceptoras graduadas em 2015 e a formatura mais antiga uma de 1995. Todos os preceptores entrevistados realizaram suas graduações em instituições particulares, seis deles no estado de Minas Gerais e apenas um formou-se no estado do Rio de Janeiro.

Uma única preceptora não possui título de Pós-Graduação (PG), sendo que se encontra em curso uma especialização. Os demais, todos realizaram Residência Médica

(RM) ou algum tipo de PG, havendo apenas uma que não realizou curso de Pós-Graduação em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Portanto, cinco são médicos especialistas em MFC, uma realizou PG em outra área da Medicina e uma ainda não concluiu nenhum curso de PG. Um dos MFC possui mais duas especializações, uma em preceptoria da residência médica e outra em área de especialidade médica básica.

O tempo médio de experiência dos entrevistados com a preceptoria é de quatro anos, mas, esse tempo varia muito, como mostra o Gráfico 8, que demonstra que um dos entrevistados tem nove anos de experiência na docência, enquanto outros dois têm apenas um ano. Este tempo de atuação na docência é relevante, pois, dirigindo a análise para a profissão de médico dos entrevistados, esse passo pode representar uma desestabilização da carreira planejada ou pretendida na escolha da graduação (HUBERMAN, 2014)<sup>52</sup>.

**Gráfico 8:** Tempo de atuação na preceptoria (em anos)



**Fonte:** Elaboração própria conforme informações prestadas pelos entrevistados

Apesar de a formação abrir diversas possibilidades para o graduado em Medicina, o primeiro passo na profissão, cuja construção identitária é árdua, uma vez que se encontra excessivamente idealizada no imaginário social (RAMOS-CERQUEIRA, 2002), é o da assistência. E voltar a carreira para o ensino exige a construção de uma nova identidade, a de professor, o que demanda tempo de atuação, como afirma Castro (2010,

---

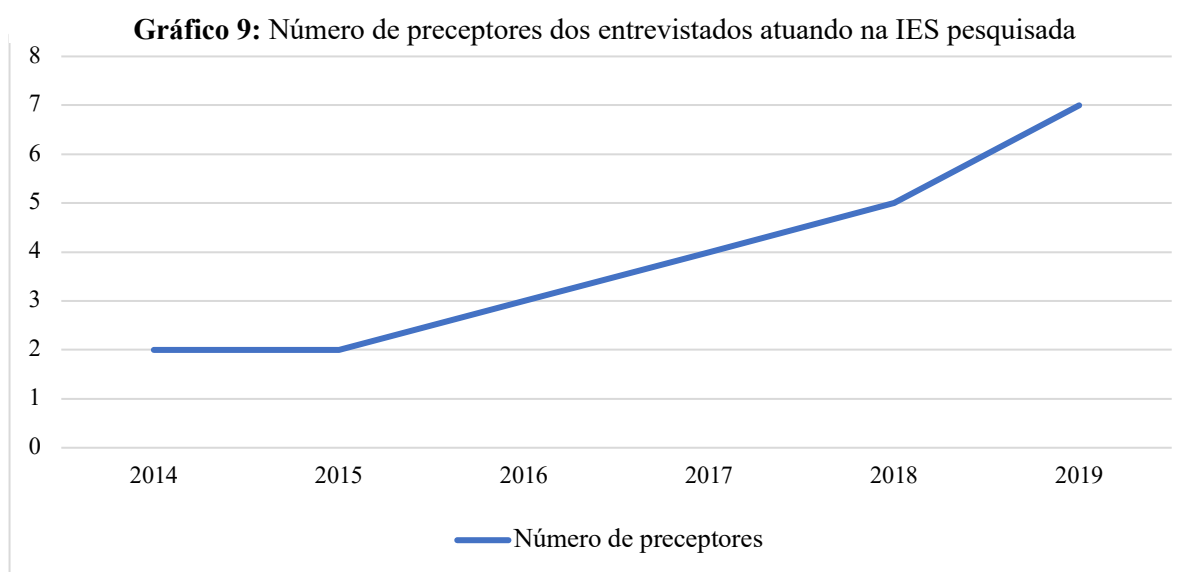
<sup>52</sup> Esta análise é feita por Huberman (2014) em relação à carreira docente de professores do ensino básico, mas na carência de trabalho semelhante direcionado aos preceptores no nível superior, consideramos aceitável esta transposição.

p. 1), em relação à profissão docente, mas que, na ausência de pensamentos na mesma linha, em relação à profissão médica, nos parece adequada a transposição:

[...] entre 4 e 6 anos de exercício, vem a fase de estabilização, marcada pela consolidação das habilidades, pelo compromisso com as escolhas profissionais e pela autonomia e segurança no enfrentamento das situações e na consolidação da prática pedagógica e da forma de ser professor. Essa fase é fundamental para a construção da identidade profissional.

Especialmente neste caso, a formação de todos os profissionais foi em um curso de bacharelado, e apenas um deles cursou uma Pós-Graduação em área que dialoga com a educação.

Cinco dos sete entrevistados iniciaram e experiência de preceptoria na instituição em que esta pesquisa se desenvolve, os outros dois já tinham experiência anterior quando vieram integrar esse corpo docente. O Gráfico 9 mostra a evolução do número de preceptores entrevistados atuando na IES pesquisada. Nesse caso, é possível observar que dois deles atuam na IES desde 2014 e que dois iniciaram sua atuação apenas em 2019.

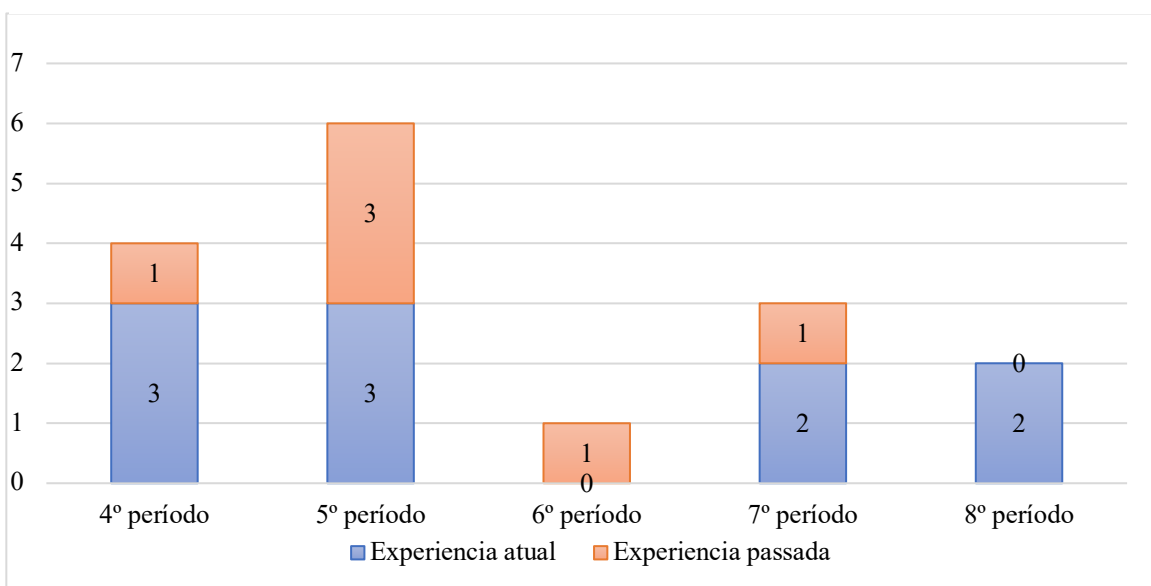


**Fonte:** Elaboração própria conforme informações prestadas pelos entrevistados

Um dos preceptores entrevistados já atuou na preceptoria da RM em MFC, mas deixou de trabalhar com esses profissionais. Um trabalhava na RM ainda no primeiro semestre de 2020, quando foram realizadas as primeiras entrevistas. Dos preceptores, cinco realizaram preceptoria para outras faculdades de Medicina no 1º semestre do ano de 2020.

A maioria dos preceptores trabalha com mais de uma turma, sendo assim, temos três dos entrevistados trabalhando, no 1º semestre de 2020, com grupos do quarto período; três acompanham alunos do quinto período, dois atuam no sétimo e dois no oitavo períodos. Quanto a experiências anteriores, um preceptor já atuou no quarto período, três já estiveram no quinto, um já esteve no sexto período e um no sétimo período. É esta a informação resumida no Gráfico 10. Ele mostra que houve uma evasão dos entrevistados do quinto período com a migração deles para outros.

**Gráfico 10:** Experiência dos preceptores entrevistados por período do curso de Medicina



**Fonte:** Elaboração própria conforme informações prestadas pelos entrevistados

Caracterizados os preceptores que contribuíram para a execução deste trabalho, segue a análise do que foi dito nestes primeiros contatos.

### 7.3 O CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS INICIAIS DOS PRECEPTORES

Unanimemente, os preceptores entrevistados afirmam acreditar que seu trabalho é de extrema importância para a formação dos futuros médicos, mas atribuem diferentes explicações para tal relevância. Uma das explicações mais recorrentes nas entrevistas foi a de fomentar nos estudantes o interesse pela área de MFC, que é uma especialidade de

reconhecimento recente<sup>53</sup> pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), como mostra a fala de um dos entrevistados:

Acho que, acho que a ideia para mim que comecei como preceptor, enfim, é colocar o, esse pessoal que tá, né? na faculdade, né?, emergido ali naquele ambiente da atenção primária, sabe, pra ver se a gente consegue conquistar alguém ali para poder vir para nossa área com especialização, que queira fazer, né?. Eu gosto disso, eu tento passar isso pra eles, entendeu? (ENTREVISTADO 7, 11/02/2020).

Outra entrevistada usa a própria experiência na graduação para exemplificar como ela pretende influenciar os alunos:

Eu pensava em seguir uma carreira quando eu entrei na faculdade e aí ao longo da faculdade, estudando, eu já fui mudando um pouco do meu pensamento, passei por várias ideias de especialidade que eu queria seguir. Quando eu fiz o internato no CERSAM<sup>54</sup> eu gostei muito da preceptoria. Do psiquiatra que nos recebia lá. Pensei em fazer psiquiatria um tempo porque eu achava muito interessante porque era uma preceptoria que nos envolvia muito no trabalho. Mas logo depois que a gente saiu de lá eu fui para o centro de saúde para, pro Internato de Medicina de Família, gostei muito e fui muito influenciada, porque também nos envolvia muito e logo que eu tava, logo antes de eu formar, eu fiquei sabendo do concurso da prefeitura e decidi fazer. Quando eu passei. Mas a preceptoria foi muito decisiva. A vivência no Centro de Saúde foi muito decisiva para o que eu queria seguir. E eu sou muito feliz com o que eu faço, estou fazendo pós-graduação em Pediatria porque é uma área que eu gosto muito também, mas eu, eu pretendo seguir a carreira de Medicina de Família porque fui influenciada na faculdade pela minha preceptora (ENTREVISTADA 5, 30/01/2020).

Outra justificativa recorrente para a importância da atuação dos alunos na atenção primária e para o trabalho de preceptor é, na verdade, um benefício para o próprio preceptor, uma vez que 4 dos 7 entrevistados apontaram como uma função da preceptoria fazer com que os preceptores se mantenham atualizados nos assuntos da área, uma vez que os alunos vão sempre buscar as informações mais atualizadas da Medicina. A fala abaixo exemplifica bem este pensamento:

Eu tenho visto, conforme foi, ao longo dos tempos que eu fui tendo a preceptoria, eu tô vendo que está sendo muito importante pros alunos e importante para nós preceptores também. Que nos obriga a fazer uma autoavaliação e nos obriga também a sempre manter bem-informados, né? (ENTREVISTADA 4, 29/01/2020).

Essa fala é corroborada por Parma, Oliveira e Almeida (2019, p.188), que afirmam:

<sup>53</sup> A MFC foi reconhecida como especialidade médica apenas em 1981, sob o nome de Medicina Geral e Comunitária (MGC), e mudaria posteriormente de nome, na década de 1990, após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) (FALK, s.d.).

<sup>54</sup> Centro de Referência em Saúde Mental

Com esta duplicidade de papéis [médico e preceptor], ele tem que refletir e explicar o que era automático e nem sempre detém o conhecimento para isso, tendo que estudar mais.

A presença do estudante expõe o profissional à prática reflexiva, ou seja, o convida a refletir criticamente sobre seus conhecimentos e dúvidas. Essas ações diminuem o automatismo e impulsionam o raciocínio analítico e a capacitação permanente.

A preceptoria em MFC também foi apontada por 2 entrevistados como responsável por aproximar o aluno da realidade do paciente que frequentemente é permeada por uma vulnerabilidade social alheia a vivência do aluno. Dessa forma, esse momento de aprendizado seria responsável por proporcionar ao aluno um contato com uma realidade social e cultural tão presentes na realidade do país, mas, provavelmente<sup>55</sup>, não tão presente na realidade dos nossos alunos desse curso de Medicina. Isso fica claro no seguinte trecho:

Então isso aproxima o aluno do paciente, isso aproxima o aluno da realidade, né?, dos pacientes que nós atendemos. (ENTREVISTADA 6, 04/02/2020).

Também relevante é a indicação de importância da preceptoria para a vivência do aluno com Projeto Terapêutico Singular (PTS), que constitui um importante instrumento de aparelhamento e coordenação do cuidado, bastante particular da APS, que é construído entre a equipe de saúde, o usuário e sua rede de apoio (família, vizinhança e dispositivos da comunidade), atendendo as individualidades do paciente e a complexidade específica de cada caso (LOPES, 2012). Um dos entrevistados tem especial cuidado ao falar desse assunto:

Então, também somado a questão de vulnerabilidade social também, né. Eu acho que é uma, que com essa experiência da Medicina de Família tem esse lado positivo de, tem esse lado positivo de o profissional criando habilidade para trabalhar com projeto terapêutico, conduzir projeto terapêutico singular. Então os desafios das dificuldades que surgem, como a falta de adesão ao medicamento, a falta de exames, pediatra... habilidade pra contornar situações, essa prática favorece a ampliar o olhar profissional dos acadêmicos, e eu acho isso muito válido sim. (ENTREVISTADO 1, 11/02/2020).

Diversos outros aspectos são apontados como importantes para justificar a prática clínica em APS para os alunos do curso de Medicina. Cabe citar: o fortalecimento do vínculo dos alunos com o curso e com a profissão médica, a prática da criação do vínculo médico-paciente, o aprendizado do trabalho em equipe (essencial para a prática da APS

---

<sup>55</sup> Não é possível fazer essa afirmação com maior grau de segurança, uma vez que o perfil socioeconômico dos acadêmicos da instituição em que o trabalho se desenvolve não foi informado pela instituição, mas o fato de a maioria dos alunos ter concluído a educação média em instituição particular, assim como a própria IES ser particular e com muito pequena proporção de alunos bolsistas permite esta inferência.

em Saúde Pública), a estruturação do raciocínio clínico, o exercício da prática clínica centrada na pessoa, e a criação de repertório para atuação em situações clínicas comuns ou frequentes.

Uma vez que todos os entrevistados já acumulam alguma experiência na preceptoria, eles foram questionados quanto ao que acreditam ser mais importante avaliar nessa atividade de campo na APS. Todos eles falaram da diferença do que deve ser avaliado a cada período, no entanto, poucos conseguiram apontar o que deveria ser avaliado em um período e não em outro. Pelo contrário, acrescentavam habilidades e conhecimentos a serem avaliados em cada período, mas sempre enfatizavam a evolução esperada em relação ao período anterior, de forma que as habilidades e conhecimentos avaliados, no geral, são os mesmos, mas a profundidade do conhecimento e a desenvoltura em realizar determinado procedimento é o que muda de um período para o outro. Um dos entrevistados discorre um pouco sobre isso neste trecho:

[...] é variado de acordo com o período, com o conteúdo teórico que ele já viu, não só teórico, mas prático também que nos laboratórios onde eles exercitam suas atividades. Mas eu acho que, então, considerando que cada período a gente vai ter uma determinada expectativa eu acho que é isso, né? Um aluno do 4º período, por exemplo, eu espero que ele, é, o que eu avalio: eu avalio o conhecimento que ele está adquirindo de semiologia, de saber fazer uma anamnese, de saber fazer um exame físico adequado de diversos aparelhos. Então a minha expectativa é que esse aluno desenvolva essas habilidades e competências durante o estágio. E aí eu vou auxiliá-lo para que ele tenha oportunidades de estar exercitando isso. O aluno do 7º período minha expectativa é um pouquinho maior: além disso, eu espero também que ele já consiga pensar em alguns diagnósticos, começar a construir um plano terapêutico, que ele já tenha uma desenvoltura no exame físico, na anamnese, que ele já consiga discutir um pouco mais, aprofundar um pouco mais a discussão dos casos. Vai depender do período, da etapa de formação, o interno eu já vou trabalhar mais o raciocínio clínico, a conduta, então vai depender da etapa que ele está nesse processo. No interno o ganho de autonomia, que é até um pouco semelhante ao residente... (ENTREVISTADO 2, 16/10/2019).

Fica clara a importância que a capacidade de realizar a anamnese e o exame físico por sistemas é essencial a todos os acadêmicos. A relevância da anamnese na avaliação reaparece em outras entrevistas:

Eu acho que aquele aluno que consegue fazer uma autoavaliação, eu acho que a autoavaliação pra mim eu começo e faço uma autoavaliação no início e no final. Né? Eu faço no início e durante, todos, o tempo todo, na realidade todo dia que tem, por exemplo, a gente atendeu um paciente: eu consigo fazer com eles também uma auto avaliação, então eles fazem uma auto avaliação pra mim tanto do que eles aprenderam daquele atendimento, geralmente que eu uso, isso é uma estratégia minha, uma metodologia minha que eu inventei: eu faço que o aluno transcreva a anamnese que ele construiu durante a consulta e que ele leve pra casa num momento mais tranquilo ele vai montar e vai fazer uma autocrítica do que ele acha que ficou faltou na hora do atendimento, se a ansiedade atrapalhou, que faltou pra ele ir acrescentando e também

familiarizando com os termos médicos e tudo. (ENTREVISTADA 3 29/01/2020)

Assim como também reaparece a relevância da relação médico-paciente, que é consequência direta da anamnese (BIRD, 1978) e que foi um dos tópicos mais visitados nestas respostas. Alguns preceptores falaram do desenvolvimento da capacidade do estudante em construir este vínculo. Outros abordaram a importância do respeito, por parte do estudante, ao vínculo existente previamente entre o preceptor e o paciente que ele vai atender. Outros ainda citaram a necessidade de o estudante compreender o que esse vínculo significa e sua importância para adequada atuação do profissional de saúde.

A gente tem que estar focado na pessoa. Centrado no ser humano, né? Então eu falo com ele, assim, da relação médico-paciente: acho que assim, fundamental para construir alguma coisa na atenção primária, sabe? É desde o momento que você vai chamar o paciente: ver como é que ele levanta, como é que ele caminha, né? Olhar no olho do paciente, ter aquele contato visual (ENTREVISTADO 7,11/02/2020).

Sem dúvida, o conhecimento acadêmico também é relevante para os preceptores. Vários citaram este como um tópico essencial a ser avaliado, principalmente falando do conhecimento evolutivo, como demonstram os seguintes trechos:

Eu acho mais importante a questão do conhecimento mesmo. (ENTREVISTADA 4 29/01/2020)

Eu avalio a importância do conhecimento evolutivo. Porque sabemos que os alunos estão em evolução, eles estão em constante aprendizado e é importante que a gente entenda que o aluno que no início do curso, no início do semestre, ou no início do período, ou da etapa onde que ele está ele precisa evoluir a partir dali. Então conhecimento evolutivo é algo importante pra ser avaliado. (ENTREVISTADA 6 04/02/2020)

Outros pontos foram citados de forma recorrente entre os entrevistados: o interesse (também chamado de participação e iniciativa) que aparece no trecho abaixo:

O interesse mesmo em aprender em perguntar mesmo em crescer naquele conhecimento, na área onde está atuando. ENTREVISTADA 5 (30/01/2020).

Além desses pontos, foram destacados também a autoavaliação, a avaliação pelos colegas, o trabalho em equipe – aqui em referência não só à equipe formada pelo grupo de alunos realizando a atividade prática ao mesmo tempo, mas também a capacidade deles de interagir e alcançar objetivos com outros profissionais do centro de saúde – e a capacidade de construir o raciocínio clínico.

Alguns outros quesitos de avaliação apareceram de forma mais esporádica nos discursos, como as impressões dos pacientes atendidos em relação ao atendimento dos



alunos, a relação deles com o próprio preceptor, a postura profissional, a capacidade de síntese e argumentação na discussão dos casos, a qualidade dos registros do prontuário, a autonomia do aluno em conduzir uma ou outra parte do atendimento, as contribuições trazias individualmente ao grupo e a capacidade de empatia em relação ao paciente e mesmo ao colega.

Nesse momento da entrevista, surgiram ainda questões relevantes, entre elas a necessidade de variar as formas de avaliar o aluno e as dificuldades que surgem no dia a dia da avaliação, uma vez que quase a totalidade dos preceptores informou não avaliar a cada vista dos alunos ao centro de saúde (que é semanal). No primeiro quesito surgiu entre os preceptores o relato, por exemplo, de hábitos como o de discutir casos tanto diante quanto na ausência dos pacientes, de discutir a anamnese produzida durante o atendimento assim como uma em que o aluno tem a oportunidade de reescrever, de discutir o atendimento com um colega que esteve presente durante o atendimento em questão dando oportunidade para um aprender a partir dos erros do outro. Com relação às dificuldades impostas pela realização das avaliações, foram apontadas a diferença de conhecimentos e habilidades prévios entre os alunos, a dificuldade em “dar nota ruim” aos alunos, a falta de orientação por parte da instituição em relação a avaliação, a inconstância do comportamento dos alunos e a aparente falta de interesse especificamente dos alunos do “meio do curso” (sétimo e oitavo períodos).

No final da entrevista foi solicitado a cada um dos preceptores entrevistados que enumerasse três expressões a que a palavra avaliação os remetesse. As listas estão abaixo:

Reflexão, auto avaliação e eu diria menos reprovação. (ENTREVISTADO 1, 11/02/2020).

Expectativa, conhecimento, competência que eu desejo construir... *Feedback* é uma palavra também. (ENTREVISTADO 2, 16/10/2019).

Avaliação: é importante no ensino. Eu acho que isso é sem sombra de dúvida, é crucial no ensino e na formação do aluno. Eu acho que ele serve também, a avaliação, pra gerar uma comparação. Uma comparação por si mesmo. Né? Pra ver seu o ponto de partida e sua evolução no curso. E a avaliação, ela vai te diferenciar lá na frente. Na sua, na questão do seu currículo. Né? Se você é bem avaliado com certeza você vai ter frutos lá na frente. (ENTREVISTADA 3, 29/01/2020).

Responsabilidade, conhecimento e postura. (ENTREVISTADA 4, 29/01/2020).

Interesse, organização e competência, talvez. (ENTREVISTADA 5, 30/01/2020).

Me vem à cabeça, postura, ética, comprometimento. (ENTREVISTADA 6, 04/02/2020).

Resolutividade, competência e compromisso. (ENTREVISTADO 7, 11/02/2020).

Nas listas vemos poucas coincidências, sendo a palavra competência o maior ponto de congruência do que traz ao pensamento destes preceptores a palavra avaliação. No entanto, parece que o que a maioria deles pensa é “o que avaliar”. Se preocupam com

avaliar a competência, o compromisso, a capacidade de resolutividade, o comprometimento, a postura, a ética dos alunos entre outros pontos. E aí se destacam os entrevistados 1, 2 e 3.

O entrevistado 1 escolhe indicar um processo pelo qual o próprio ato avaliativo passa – a *reflexão*, uma forma de realizar a avaliação – a *autoavaliação*, e um objetivo, que deve ser seu, e que todo professor deve ter diante da avaliação, especialmente quando consideramos que as tradições cristãs<sup>56</sup> (LUCKESI, 2018) e sociais da educação estão presentes – *menos reprovação*.

Já o entrevistado 2 parece evocar os três passos da avaliação do seu próprio ponto de vista: a *expectativa* de que todos tenham aprendido, o conhecimento que se pretende medir com a avaliação e a *competência que ele deseja construir* que pode ser seu ponto de corte, ou de equilíbrio na avaliação ou mesmo o objetivo que a palavra que termina por acrescentar em sua lista – *feedback* – poderá ajudar a construir.

Conveniente explicitar aqui, levando em conta a importância do *feedback* na prática da utilização formativa da informação proveniente da avaliação, que o entrevistado 2 não foi o único a falar desta ferramenta. Quatro outros, em algum momento da entrevista, se referiram nominalmente ao *feedback* e um explicou, quando falava das dificuldades para avaliar:

Aí a gente às vezes, né?, tá no consultório com o aluno, tá atendendo, tá, né?, a gente observa ali e depois da, ou num canto, ali, separadamente, pra não expor o aluno, orienta o exame físico, ou então uma coisa que ele falou que não ficou bem colocada, entendeu? Acho que mais isso, assim no dia a dia, né?... para mim é tranquilo, cara. Eu olho no olho do cara e falo: meu amigo, é assim, é assado, tá tranquilo, a gente está aprendendo... (ENTREVISTADO 7, 11/02/2020).

Isso me levou a entender que ele faz *feedback* de cada atendimento assistido, tornando esse o sexto (dos 7) entrevistado a falar de *feedback*.

Por fim, a entrevistada 3 que, aparentemente busca justificar a avaliação dizendo que “é crucial no ensino e na formação do aluno”. Depois fala de uma forma de avaliar, através de “comparação por si mesmo” – uma autoavaliação da evolução? E, por fim, busca uma utilidade da avaliação para além do ensino – “ela vai te diferenciar lá na frente... na questão do seu currículo.”

Acredito ser relevante ressaltar que os entrevistados 1 e 2 são os dois preceptores da RM em MFC entre os preceptores entrevistados e, como tal, têm uma vivência do

---

<sup>56</sup> Tanto jesuíticas quanto comenianas.

ensino da MFC diferente da dos demais preceptores. Já a entrevistada 3 está entre os mais jovens e sua PG se deu em área alheia à MFC.

Para finalizar a interação com cada um dos entrevistados e tendo em vista o objetivo de construção de uma matriz de referência para a avaliação, foi perguntado sobre o conhecimento de matrizes de competência dos preceptores. Esperava-se que eles tivessem algum conhecimento a este respeito, uma vez que a SBMFC utiliza este recurso para definir parâmetros para a RM em MFC (COMPETÊNCIAS, 2017). No entanto, apenas dois deles mostraram conhecer o conceito. Uma mostrou-se minimamente familiarizada com a existência dessas matrizes. Os demais informaram desconhecer o assunto.

#### 7.4 AS AVALIAÇÕES DO TEXTO “CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANAMNESE”

Embora não se desconsidere o fato de que mesmo os alunos tendo sido convidados a ler o texto sobre anamnese de forma espontânea e tenham sido orientados eticamente para tal, não se negligencia aqui o fato de o ofício de aluno ter, de alguma forma, interferido nas respostas dadas pelos três respondentes, ou mesmo no índice de participação dos estudantes.

Apenas três dos preceptores fizeram sua avaliação do texto, que ganhou ajustes em seu conteúdo, mas que também recebeu reforços positivos em sua importância e relevância.

Excelente material para ser utilizado nos primeiros períodos do curso de Medicina, nas aulas de semiologia. Um material didático, completo e contendo todas as informações necessárias. Eu irei utilizar esse texto nos próximos estágios de atenção à Saúde IV e V, onde os alunos começam a praticar. Tem pontos desse texto que serão necessários ser frisados ao longo de todo o curso. Com toda sinceridade, vários colegas médicos poderiam ler um texto tão rico de informações e com várias reflexões da semiologia médica. (ENTREVISTADA 3, 18/04/2021)

Entre os respondentes, o texto também encontrou apenas ressonância positiva. Todos afirmaram que gostariam de tê-lo como texto de referência para o aprendizado da técnica de anamnese. Uma das alunas classificou-o como:

Ótima referência: claro, sucinto e competente. (ALUNA 3, 08/07/2021).

Nenhum desses estudantes, após um semestre de atuação em atendimentos em centros de saúde, sentiu falta de alguma abordagem da técnica, considerando o texto completo e de fácil compreensão, o que demonstra o seguinte trecho escrito por um deles:

Excelente texto, de fácil leitura e aborda aspectos importantes sobre a anamnese. A parte que pude me identificar foi a anamnese no acadêmico de Medicina. Vocês conseguiram pôr no papel tudo que acontece e certamente será de grande valia para as milhares de pessoas que provavelmente terão acesso a esse documento (ALUNO 1, 07/07/2021).

Foi também a partir desse texto que foi construída uma matriz preliminar de domínios e competências, que era muito extensa e complexa para ser adaptada diretamente em um instrumento de avaliação, o que nos levou a desenvolver, com base nela, um instrumento de avaliação de desempenho através de rubricas (RUSSEL; AIRASIAN, 2014), que se constitui em um dos produtos desta dissertação.

## 8 RESULTADOS

### 8.1 O QUÊ E COMO AVALIAR?

É importante considerar o currículo desenvolvido como fonte para a delimitação do que se pretende avaliar. Pode-se ainda considerar que o modo como se efetua o levantamento de informações sobre o objeto de avaliação deve guardar proporção quanto ao modo – a metodologia – como se desenvolve o currículo.

Apesar de a avaliação ser habitualmente a última discussão a ser instituída na construção de qualquer projeto de ensino, ela está intensamente ligada a ele, sendo definida pelo currículo e responsável por fornecer as informações que comunicarão seu sucesso ou não (GUSKEY; SWAN; JUNG, 2011). Assim, cabe ao professor “traduzir o currículo em plano de ensino e em práticas pedagógicas, sendo uma delas a avaliação da aprendizagem” (LUCKESI, 2018, p. 160), tornando o professor capaz de embasar decisões a serem tomadas a fim de garantir a aprendizagem satisfatória para todos os estudantes.

Assim, para atingir um dos objetivos propostos neste trabalho – construir um instrumento de avaliação da anamnese construída pelos estudantes das disciplinas da APS – é preciso delinear de forma objetiva o que deve ser ensinado nesse tema específico: a anamnese. Desta forma, foi construída uma versão preliminar de matriz de ensino, a partir da qual foram selecionados os aspectos passíveis de observação, com o propósito de construir uma matriz de avaliação de desempenho dos acadêmicos, apresentada na Tabela 9.

**Tabela 9:** Matriz de avaliação da anamnese em APS

<b>Apresenta postura profissional</b>	<b>Estabelece relação profissional ética</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresenta imagem profissional para o atendimento</li> <li>• Comporta-se de forma condizente com o local de trabalho</li> <li>• Recebe o paciente de forma acolhedora e cordial</li> <li>• Dirige a atenção ao paciente sem se distrair com outros acontecimentos no ambiente</li> <li>• Estabelece o primeiro contato com o paciente lidando com problemas não selecionados e indiferenciados</li> </ul>
<b>B u s</b>	<b>Estabelece relação de confiança</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica-se como acadêmico e explica ao paciente o processo do atendimento compartilhado com o preceptor</li> <li>• Procura garantir ao paciente confidencialidade dos dados fornecidos na consulta</li> </ul>
	<b>Identificação de situações de emergência</b>

- Observa o estado geral do paciente no primeiro contato
- Identifica sinais de instabilidade no paciente antes mesmo de iniciado formalmente o exame físico

### **Respeita limites impostos pela situação psicológica e social do paciente**

- Reconhece momentos de dificuldade do paciente em recordar e/ou relatar situações de sofrimento e age com empatia e respeito
- Reconhece a necessidade de adiar ou insistir no detalhamento de situações, sinais e sintomas

### **Se faz compreender pelo paciente**

- Demonstra respeito na fala com o paciente
- Fala de forma clara favorecendo a compreensão do paciente
- Demonstra sensibilidade para compreender e utilizar vocabulário adequado à cultura demonstrada por cada paciente
- Esforça-se por reconhecer e respeitar as particularidades culturais da comunidade
- Reformula perguntas de forma tranquila e compreensiva quando o paciente não compreende

### **Compreende o paciente**

- Dirige a atenção de forma voluntária
- Busca compreender a linguagem falada pelo paciente
- Atenta-se à mensagem não verbal emitida durante a entrevista

### **Estimula o paciente a relatar sua história**

- Formula perguntas simples e diretas estimulando o relato espontâneo do paciente
- Raramente interrompe a fala do paciente, dando liberdade a este para se expressar
- Faz perguntas pertinentes ao caso
- Exercita a escuta ativa: apreende aspectos da história do paciente, mesmo quando o relato não tem relação direta com a pergunta feita
- Evita direcionar o paciente no relato
- Certifica-se de que compreendeu o que o paciente disse

### **Deixa o paciente confortável ao fazer seu relato**

- Assegura privacidade e sigilo
- Demonstra empatia
- Demonstra interesse pelo que o paciente conta
- Demonstra sensibilidade
- Demonstra segurança
- Responde às perguntas do paciente de forma assertiva e aproveita tais oportunidades como momentos de educação para a saúde
- Realiza questionamentos de cunho íntimo sem demonstrar julgamentos

### **Partes da anamnese**

- Compreende as queixas do paciente
- Constrói uma história da moléstia de forma coerente
- Não negligencia partes importantes da anamnese
  - Revisão de sistemas
  - História pregressa
  - História psicossocial (utilização do genograma)
  - História familiar (utilização do genograma)
- Identifica os momentos propícios para a coleta das informações do último item

Comunicação

### **Discussão do caso**

- Consegue relatar ao preceptor a história do paciente de forma sucinta, clara e completa
- Utiliza vocabulário adequado para a discussão do caso
- Seleciona adequadamente as informações para a discussão de casos com outros profissionais da atenção primária
- Relata oralmente ou de forma escrita as informações selecionadas para cada profissional

### **Registro da anamnese**

- Registra os fatos de forma clara e organizada (cronologia, relação entre fatos...)
- Registra de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente
- Realiza a correta identificação do paciente e de seu(s) acompanhante(s)
- Utiliza linguagem adequada no registro da anamnese
- Seleciona as informações a serem registradas de forma a sintetizar a escrita, sem deixar de prestar informações relevantes em consultas futuras
- Registra com precisão os dados fornecidos pelo paciente
- Realiza o registro durante o atendimento em tempo hábil
- Elabora textos com o relato do caso para realização de encaminhamentos a outros profissionais ou confecção de relatórios de cunho legal

### **O paciente como o outro numa relação**

- Valoriza os pensamentos, sentimentos e crenças do paciente em relação aos problemas relatados
- Demonstra empatia em relação aos relatos do paciente
- Identifica a rede de apoio do paciente (utilização do genograma)
- Reconhece a pluralidade cultural, respeitando práticas culturais de saúde e cura
- Valoriza e respeita a vontade e a decisão do paciente
- Utiliza dados já disponíveis no prontuário do paciente para facilitar a comunicação

Construção de vínculo

### **Estimula e preserva a autonomia**

- Mesmo quando da necessidade de um informante é capaz de valorizar as informações prestadas pelo paciente
- Ouve e explica dissipando temores ou inseguranças
- Respeita limites impostos pelo paciente, explicando, quando necessário, o motivo de questionamentos que aparentemente deixam o paciente desconfortável

### **Relação estudante de Medicina - paciente**

- Reconhece a importância da criação de tal relação
- Se responsabiliza pelo cuidado do e com o paciente
- Respeita as construções mentais do paciente, oriundas das crenças e meio social deste, acerca da pessoa do médico
- Utiliza a escuta como ferramenta propedêutica
- Utiliza a escuta como ferramenta terapêutica

### **Identificação dos motivos ou queixas**

- Caracteriza cada um dos sintomas e sinais relatados
- Valoriza o contexto biopsicossocial do paciente e de seus sintomas
- Investiga impactos dos sinais e sintomas trazidos pelo paciente em sua vida e de sua família

A técnica da anamnese

### **Orientação e organização da anamnese**

- Utiliza o raciocínio clínico na condução da anamnese
- Utiliza dados epidemiológicos para guiar o raciocínio clínico desde o início da anamnese
- Conhece as técnicas semiológicas tradicional e SOAP

- Consegue escolher e se concentrar em uma técnica semiológica específica para a condução do atendimento
- Estrutura a condução da entrevista em raciocínio clínico
- Embasa suas intervenções em evidências científicas
- Identifica a influência das relações intrafamiliares e sociais no processo de saúde e adoecimento
- Identifica os determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento
- Orienta o atendimento às necessidades do paciente utilizando conhecimentos da abordagem clínica centrada na pessoa
- É capaz de combinar as evidências científicas, o conhecimento clínico e a singularidade de cada paciente
- Reúne, interpreta e registra seletivamente a informação reunida na anamnese

### **Investigação de sinais e sintomas**

- Maneja a abordagem de diferentes queixas (e diagnósticos anteriores)
- Consegue correlacionar as queixas e estas com possíveis diagnósticos anteriores do paciente
- Avalia repercussões dos sinais e sintomas trazidos na vida habitual do paciente
- Valoriza e investiga sinais e sintomas mesmo que aparentemente desvinculados da queixa principal do paciente, preconizando a integralidade do cuidado de saúde
- Compreende os vieses econômicos e sociais do entorno do adoecimento do paciente
- Investiga condições correlatas de saúde
- Avalia antecedentes pessoais e familiares relacionados ao problema exposto
- Constrói a lista de problemas do paciente
- Propõe hipóteses diagnósticas a partir da anamnese a fim de buscar confirmações no exame físico e nas propostas de propeleuticas
- Propõe procedimentos para o exame físico adequadamente direcionados à(s) queixa(s) apresentadas
- Direciona o raciocínio no sentido de identificar os sintomas mais limitantes, para os quais a terapêutica sintomática será indispensável

### **Visa promoção e prevenção em saúde ao elaborar a anamnese**

- Investiga hábitos de vida do paciente
- Reconhece fatores de risco a que o paciente é exposto

### **Ciclos de vida**

- Reconhece os ciclos de vida
- É capaz de direcionar a anamnese para o ciclo de vida específico do paciente
- Organiza o raciocínio clínico para a ciclo vital do paciente em atendimento

**Integração  
à equipe  
de saúde**

### **Entende o ambiente de prática como local de trabalho e de aprendizado buscando atender as demandas locais**

- Atende pacientes sem buscar fazer escolhas de perfis de atendimento
- Procura respeitar o tempo disponível para o atendimento
- Utiliza de forma respeitosa os ambientes compartilhados

**Fonte:** elaboração própria

A qualidade da investigação a que se propõe a avaliação refletirá na qualidade dos resultados e estes na capacidade de adequação e readequação do processo de ensino. Por isso, a fim de se tomar boas decisões, é preciso ter um resultado de avaliação confiável e,



para tal, é necessário ter uma adequada investigação que só se fará viável através de bons instrumentos de avaliação. Notadamente, quando as informações a serem levantadas, para efeito de produzir um resultado que será avaliado, dependem de observação pelo fato de que as tarefas avaliativas demandam um desempenho, uma atuação do aprendiz, é incontornável a necessidade de uma ferramenta que facilite o registro dessas observações. Eis a relevância das rubricas que se constituem justamente nessa ferramenta, com desdobramentos nos aspectos a serem observados e nos níveis de desempenho para um deles, na forma de uma escala com tantos níveis quanto se possa discriminar tal desempenho.

O uso do plural é intencional, visto que só é possível saber o que um estudante é capaz de fazer ou não, quais conhecimentos e habilidades efetivamente adquiriram ou não, quando ele manifesta essa capacidade. No entanto, a não manifestação não significa necessariamente sua ausência, mas pode demonstrar a incapacidade de demonstração na forma proposta (JOUQUAN, 2002). A manifestação em si dependerá diretamente do instrumento de avaliação utilizado.

Diferentes instrumentos trazem diferentes formas de demonstração do aprendido. E nenhum instrumento é bom ou ruim em si (JOUQUAN, 2002). O instrumento deve ter algumas características básicas, entre elas estar em consonância com o modelo de ensino pelo qual a opção foi feita (de forma mais ou menos consciente) no início dos processos de ensino e de aprendizagem (JOUQUAN, 2002). Ele deve se limitar a “cobrar” o que foi efetivamente ensinado, nem mais, nem menos. Devendo-se considerar aqui os conteúdos, como parece claro, mas também o grau de dificuldade (que deve variar, mas não exceder o grau máximo apresentado anteriormente ao estudante) e complexidade das atividades avaliadas e a metodologia utilizada em sua realização (FREITAS, 2019, LUCKESI, 2018). Além disso, o instrumento de avaliação deve utilizar uma linguagem compreensível e palpável ao estudante, de forma que ele compreenda aquilo que lhe é cobrado / perguntado, de forma a não haver margens para interpretações. Por fim, o instrumento deve ser preciso, pois imprecisão gera dúvida e, sendo o aprendizado subjetivo, só podemos qualificar o aprendizado que é revelado pelo estudante e só compreenderemos o que nos foi revelado diante da segurança de que o que era esperado foi compreendido e o que foi pedido foi realizado. Se não está claro qual o pedido, não fica claro se o aluno correspondeu à expectativa (FREITAS, 2019, LUCKESI, 2018).

Estes instrumentos devem ser, portanto, bem pensados e adequados ao que foi instruído e proposto, não devendo ser nem mais nem menos abrangentes que o que foi

efetivamente ensinado e acordado através de um sistema de avaliação, plenamente conhecido por todos os envolvidos (GUSKEY; BROOKHART, 2019, LUCKESI, 2018). Eles precisam permitir ainda a manifestação do conhecimento ou habilidade em foco de diferentes formas (LUCKESI, 2018). Tudo isto parece se destinar a avaliar, de forma “justa”, o que é uma preocupação não somente para uma grande parcela dos professores (BROOKHART et al., 2016), mas também para pais e alunos mais velhos (em especial os do ensino superior) tendo em vista que as notas, tão associadas a avaliação, podem definir destinos (GUSKEY; BROOKHART, 2019).

Para atender a todos esses propósitos, a avaliação educacional não deve ser “realizada com base no senso comum ou de forma habitual” (LUCKESI, 2018, p.80), ela deve acontecer de forma “metodologicamente consciente, consistente e crítica” (LUCKESI, 2018, p. 80). Uma vez que o único objetivo de um educador é a aprendizagem dos estudantes e que a avaliação é o meio do professor se informar a respeito da qualidade dela – O estudante aprendeu? Aprendeu aquilo que lhe foi ensinado ou apenas partes isoladas de todo o montante? –, ela tem que oferecer aos estudantes variadas oportunidades de demonstrar o sucesso atingido (ou não).

Não é possível estabelecer uma fronteira rígida entre o momento de ensinar e o momento de avaliar, ou entre o momento de avaliar e o de comunicar os resultados da avaliação. Da mesma forma que não se deixa de avaliar enquanto se ensina, é preciso utilizar da avaliação como oportunidade de ensino (e, portanto, de aprendizado). Nessa direção, a heteroavaliação não impede a ocorrência da autoavaliação, uma vez que, conhecendo as expectativas e os critérios de avaliação utilizados pelo mestre, o aluno é capaz de avaliar o próprio desempenho e adaptá-lo antes de apresentá-lo ao avaliador, a fim de adequá-lo às expectativas, (BARLOW, 2006).

Um modo de sistematizar a lista de conhecimentos e habilidades a ser avaliada é a criação de uma tabela de especificação dos conteúdos e condutas, que se caracteriza por ser uma tabela de dupla entrada inspirada no modelo taxonômico de Bloom. Uma das entradas deve conter as condutas a respeito das quais se coletará dados relativos ao desempenho dos estudantes (domínios cognitivo, psicoafetivo e psicotécnico), e a outra indicar os conteúdos em torno dos quais serão elaboradas as questões, tarefas, entrevistas, roteiros de observação (LUCKESI, 2018).

Outra forma de se fazer essa sistematização é através da criação de uma matriz de referência (ou de competências<sup>57</sup>), que também se trata de uma listagem gráfica – como um *checklist* (BONAMINO) – que resume as competências a serem avaliadas e consideradas coletivamente como indispensáveis (GONTIJO et al., 2013) na atuação dos acadêmicos nos cenários de prática da APS. Esta lista permitirá a definição de escalas de proficiência (SCRIVEN, 2018)<sup>58</sup> que possibilitarão indicar o nível de desenvolvimento do aluno, de acordo com seu domínio em cada um dos itens avaliados. A matriz apresenta tópicos, ou eixos temáticos, que agrupam habilidades específicas. Essas são caracterizadas por descritores<sup>59</sup> (SCRIVEN, 2018) – como uma lista bem desenvolvida de verificação (BONAMINO), permitindo constatar quais habilidades estão efetivamente desenvolvidas no acadêmico – ou no grupo. Esses descritores possibilitariam ao preceptor, a partir da delimitação de avaliações práticas, identificar habilidades das quais seus alunos estão efetivamente se apropriando e em quais estão mais carentes de atenção. Dessa forma, avaliações pautadas nas matrizes, dão parâmetros para intervenções pedagógicas que podem ser mais efetivas no trabalho com cada grupo/aluno.

É de extrema importância não confundir as matrizes de referência das avaliações, com a matriz curricular, que define os componentes do ensino a serem abordados na disciplina ou no semestre em questão. Enquanto isso, a matriz de referência apresenta um recorte das habilidades práticas – que identifica as diversas dimensões que devem<sup>60</sup> ser exploradas no campo da prática em APS – passíveis de avaliação (SCRIVEN, 2018) e que deve considerar, ainda, o período em curso e as habilidades essenciais, não pretendendo esgotar o conteúdo trabalhado em sala de aula.

Independente da forma de registro, a clara definição do “o que está sendo avaliado”, com critérios claros e objetivos, é indispensável para a realização de uma avaliação robusta e fidedigna, impedindo sua fragilização por meio de juízos morais que podem interferir no julgamento (SIQUEIRA, 2020). Uma lista que funciona como uma referência, tanto para o que o professor deve avaliar, quanto para o que o aluno deve saber, resume esta ideia e simplifica as funções. Isso é essencial uma vez que, tanto para o avaliador quanto para o

---

<sup>57</sup> Consideramos vital, aqui, discutir o conceito de competências, que pode ter um caráter utilitarista e de mercado, mas não representa nosso objetivo. As competências aqui avaliadas são aquelas essenciais ao desenvolvimento profissional dos estudantes, e não representa algo observável diretamente, mas através do desempenho e da articulação de diferentes tarefas dadas ao acadêmico de medicina (GONTIJO et al., 2013).

<sup>58</sup> Original da obra publicado em 1966.

<sup>59</sup> Preferencialmente que sejam uma única palavra, ou expressões curtas facilitando o uso das matrizes.

<sup>60</sup> O verbo é utilizado aqui no sentido de algo que precisa ser feito, não expressa uma sugestão, mas, uma necessidade.

avaliado, deixar-se distrair do objetivo pode significar a ausência da resposta à pergunta fundamental da avaliação: o que deveria ser aprendido, o foi?

Diante de um grande número de critérios a resposta se torna mais complexa e a interpretação pedagógica de notas e conceitos mais complicada, tornando a clareza e a objetividade dos critérios essenciais e o profundo conhecimento destes pelo avaliador indispensável. Esses aspectos permitirão que o levantamento dos conhecimentos e das habilidades dos alunos se dê de forma rigorosa e as notas ou conceitos atribuídos terão significados que permitirão reconhecer pontos de debilidade em relação ao aprendizado o que, bem utilizado, auxiliará na produção de *feedbacks* assim como de estratégias e intervenções a serem estabelecidas na intenção de levar os estudantes a patamares mais elevados de desempenho em relação ao aprendizado (SIQUEIRA, 2020). Assim, optamos pela criação de um instrumento para referenciar a avaliação de desempenho através de rubricas. Uma rubrica é entendida como “um documento que articula claramente os critérios usados para julgar os marcos requeridos em uma avaliação”<sup>61</sup> (COCKETT; JACKSON, 2018, p. 8. Tradução livre da autora.) e essa se pretende capaz de preencher este espaço com relação a avaliação das anamneses produzidas pelos acadêmicos de Medicina em suas atividades práticas na APS (na disciplina Atenção à Saúde).

### 8.1.1 Rubricas

Rubricas são, conforme Gatica-Lara e Uribarren-Berrueta (2012, p. 61. Tradução livre da autora), “guias precisas para dar notas aos produtos e aprendizados realizados”<sup>62</sup>. Francis (2018, p. 1. Tradução livre da autora) afirma que elas são “formadas como uma tabela com os critérios alocados em linhas, as classificações (ou níveis) em colunas e as descrições dessas classificações nas células”<sup>63</sup>. De acordo com essa definição, as rubricas não apenas definem critérios de avaliação, como faria uma *checklist*, mas definem de forma clara, através de descrições detalhadas, (algumas vezes até com o fornecimento de exemplos) possíveis classificações para o desempenho dos alunos. Elas se comportam como esquemas simples que permitem classificar e categorizar produtos (rubrica

---

<sup>61</sup> *A document that articulates clearly the criteria used to judge the standards required for an assessment* (COCKETT; JACKSON, 2018, p. 8.).

<sup>62</sup> *Guias precisas que valoran los aprendizajes y productos realizados* (GATICA-LARA; URIBARREN-BERRUETA, 2012, p. 61).

<sup>63</sup> *Formatted as a table with the criteria in rows, the marks or levels in columns, and performance level descriptions in the cells* (FRANCIS, 2018, p. 1).

holística) ou processos (rubrica analítica) ao longo de um *continuum* (BIAGIOTTI, 2005). Dessa forma, mostra-se uma ferramenta capaz de promover a realização de avaliações de competências mais consistentes e confiáveis além de facilitar a notação, a realização de *feedback*, a realização de autoavaliação (uma vez que as rubricas comunicam as expectativas do professor com relação ao trabalho do aluno) e a compreensão da nota pelo aluno.

A avaliação de competências merece aqui uma definição, ainda que breve, já que pode ser encarada como um dos processos mais importantes dentro da educação universitária. Trata-se, de forma geral, de uma oportunidade de o estudante demonstrar suas habilidades e aplicar seus conhecimentos para solucionar problemas em situações reais ou similares a elas (GARCÍA SANZ, 2013). Isso possibilita ao professor inferir as capacidades, conhecimentos, habilidades e valores profissionais do aluno.

Segundo Russell e Airasian (2014), as rubricas são capazes de potencializar o trabalho de ensino dos professores quando ajudam a focar tanto a instrução quanto a avaliação no que realmente é importante. Elas também fornecem uma interpretação dos critérios de avaliação, de forma a aumentar a consistência e, portanto, a confiabilidade da avaliação. Por fim, a presença de uma descrição seguida de classificação dos desempenhos possíveis e esperados no material reduz a subjetividade da nota, limitando discussões e insatisfações nesse quesito.

Da mesma forma, as rubricas auxiliam os alunos, uma vez que elas, tendo conhecimento delas antes mesmo do processo avaliativo, permitem que eles compreendam as expectativas do professor quanto aos seus desempenhos, tanto em relação ao processo quanto ao produto apresentado. As rubricas podem orientar o aluno na execução da tarefa apresentada, de forma a permitir uma autoavaliação qualificada do trabalho e uma compreensão detalhada da nota obtida nele (RUSSELL; AIRASIAN, 2014; COCKETT; JACKSON, 2018). É interessante ressaltar que “quanto mais detalhadas forem as rubricas, menos espaço para a subjetividade existirá nesse processo” (BIAGIOTTI, 2005, p. 5).

Neste ponto se faz necessário ressaltar que o uso da rubrica envolve, para além de sua cuidadosa criação (que no caso de alunos mais velhos, como os do ensino superior, pode ocorrer mesmo em conjunto com estes) (COCKETT; JACKSON, 2018), um processo longo, trabalhoso e contínuo, e, no caso de reutilização da rubrica (BIAGIOTTI, 2005), a conquista do compromisso (*engagement*) dos estudantes (referindo-se aqui ao

“investimento psicológico dos estudantes, esforço e interesse em aprender”) (FRANCIS, 2018, p.3) com a ferramenta e sua utilização.

Para demonstrar a amplitude do trabalho de criação de uma rubrica, Biagiotti (2005, p. 2-3) lista algumas das características básicas delas:

Rubricas necessitam ser feitas sob medida para as tarefas ou produtos que se pretende avaliar; Rubricas precisam descrever níveis de desempenho, de competências, na realização de tarefas específicas, ou de um produto específico; esses níveis devem ser descritos em detalhe e serem associados a uma escala de valores; No seu conjunto, esses níveis de competência, descrevem qualquer resultado possível sobre o desempenho de um aluno; e Rubricas determinam expectativas de desempenho.

A construção de uma rubrica passa pela definição do melhor desempenho esperado dos alunos em uma determinada situação. A partir desse delineamento, deve ser feita uma regressão das respostas com descrição pormenorizada de cada um dos critérios. Se cada um dos níveis for bem descrito na rubrica, esses dados servem tanto para a realização de uma autoavaliação por parte do aluno como para o fornecimento, de forma facilitada, de um *feedback* por parte do professor.

Francis (2018) demonstra como há melhora na performance acadêmica de estudantes quando a rubrica de avaliação lhes é apresentada e explicada antes da avaliação em si, e eles se comprometem com sua utilização. O uso das rubricas no ensino superior vem sendo apontado por alguns autores como um indicador da diminuição de autonomia do professor universitário para realizar seus próprios julgamentos. No entanto, os alunos demonstram gostar da utilização desse recurso (COCKETT; JACKSON, 2018). Ainda, contribui para reduzir a sobrecarga de trabalho dos professores, além de potencializar a coordenação de grandes equipes de ensino (como frequentemente ocorre no curso de Medicina), bem como a formação de novos componentes dessa equipe. Por fim, as rubricas podem minimizar os prejuízos causados pelo declínio das interações pessoais no ensino e pode ser utilizada como um mecanismo de gerador de *feedback*, ajudando o professor a explicar e o aluno a compreender sua nota (RUSSELL; AIRASIAN, 2014; COCKETT; JACKSON, 2018; FRANCIS, 2018).

Nessa perspectiva, as rubricas podem contribuir para processos de avaliação “mais uniformes e padronizados, mesmo se aplicados por professores diferentes” assim como para qualificar a autoavaliação e fornecer uma interpretação pedagógica para a nota (BIAGIOTTI, 2005, p. 8).

Sem perder de vista os limites de um documento dessa natureza, mas considerando sobretudo as potencialidades evidenciadas, foi desenvolvido um conjunto de rubricas para

a habilidade “realizar uma anamnese” e os critérios considerados alocados em cada período da disciplina Atenção à Saúde de acordo com o esperado dos alunos, tendo como resultado o instrumento de avaliação constante do capítulo “Produtos” dessa dissertação.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação é um tema muito importante para a educação, como parte essencial do processo pedagógico, algo que mesmo pessoas sem formação específica para a docência, como os preceptores voluntários nesta pesquisa, apontam. Sendo assim, qualificar de forma responsável e competente o aprendizado demonstrado é (ou deveria ser) um saber próprio dos professores. Segundo autores internacionais, a discussão sobre o tema é crescente e importante, mas, a despeito disso, a produção acadêmica brasileira nesse sentido se encontra, ainda, aquém do necessário. A discussão sobre o tema é pouco expressiva mesmo em cursos de licenciaturas, o que leva a execução da avaliação ainda a ocorrer de forma quase instintiva, com o “aprendizado” na prática, pelos professores. No entanto, a avaliação realizada de forma inadequada pode trazer consequências para o estudante, que vão desde a progressão nos estudos sem conhecimentos básicos para os próximos níveis, até os danos causados por “notas ruins” que podem gerar prejuízos ao currículo que comprometem a possível conquista de vagas pretendidas (em processos seletivos de residência, por exemplo) e até o abandono acadêmico.

Sendo os preceptores dos cursos de Medicina professores que não têm formação para a docência, uma vez que se formaram em um bacharelado, nem possuem a auréola dos catedráticos da academia, como a maioria dos professores e pesquisadores das universidades, esses sujeitos se encontram buscando a melhor forma de compartilhar saberes – pelo menos essa é a realidade que se configura para os entrevistados desta pesquisa – mas sem embasamento adequado. E, uma vez assumida a posição de professor, eles não só compartilham saberes, como precisam avaliar as habilidades e conhecimentos demonstrados pelos estudantes.

Especificamente no curso de Medicina, onde os professores são muitos, e os preceptores em ainda maior número, uma vez que as DCN mais recentes do curso determinam a imersão precoce dos estudantes no sistema de saúde, faz-se necessário identificar e delinear modos mais equitativos e uniformes de avaliar. Nessa direção, a criação de um instrumento padronizado para avaliação das atividades práticas, apesar de à primeira vista parecer funcionar como um limitador de liberdades dos preceptores, tem potencial para auxiliar na realização dessa avaliação da melhor forma possível, com definições mais claras da finalidade da avaliação, de o que se avalia e da referência do que é esperado do estudante de acordo com o período em curso.



Tendo em vista a complexidade e o grande número de habilidades a serem demonstradas pelos estudantes de Medicina, neste trabalho escolhemos, com base nas percepções dos preceptores colaboradores, uma parte específica do ensino a se avaliar – a anamnese. Inicialmente pareceu-nos suficiente a criação de uma *checklist* dos aspectos necessários e passíveis de avaliação, que definiria de forma clara o que deve ser levado em conta. No entanto, com o aprofundamento dos estudos, ficou claro que esse instrumento não respondia às nossas expectativas que sabemos, ousadas. Desejávamos um instrumento que proporcionasse não apenas foco na avaliação, mas que também facilitasse o fornecimento de uma nota que não demandasse interpretação pedagógica, facilitando, assim, o *feedback*. Optou-se, então, pela elaboração de rubricas que possibilitaram a exploração da evolução da competência “realizar (ou construir) uma anamnese” de forma detalhada.

O instrumento desenvolvido carece ainda de testagem por preceptores e estudantes a fim de se adequar a realidade da disciplina e de todos os envolvidos, mas representa um importante passo na direção da qualificação da avaliação da prática de uma disciplina voltada para APS de um curso de Medicina.

## 10 PRODUTOS

Este mestrado profissional deixa como legados dois produtos cujos potenciais acreditamos ser de grande contribuição para a potencialização do ensino prático da Medicina, em especial na APS.

O primeiro deles é um material que consideramos bastante completo e instrutivo para o ensino e aprendizado da técnica da anamnese. O capítulo intitulado “Considerações sobre a anamnese” consiste em um texto que, cremos, poderá ser utilizado por preceptores, facilitando a exposição de aspectos da técnica aos estudantes, assim como estes poderão utilizá-lo como um compilado de informações relevantes a que poderão recorrer ao longo de todo o curso para melhorar seu desempenho continuamente.

O outro produto se trata do instrumento de avaliação que propomos, um conjunto de rubricas apresentado na Tabela 10, para a avaliação da qualidade da anamnese produzida pelos estudantes. Esse instrumento poderá guiar estudantes na busca pela excelência, uma vez que deixa claras as expectativas a cada semestre do curso, na execução da técnica. Da mesma forma, auxiliará os preceptores a definir as expectativas que devem ser criadas em relação aos alunos de cada período, facilitando tanto o fornecimento do *feedback* quanto a determinação de notas pedagogicamente significativas, o que, por sua vez, é uma condição para o desenvolvimento da função formativa da avaliação e, simultaneamente, do monitoramento do aprendizado em anamnese ao longo de vários períodos do curso, pois os níveis de desempenho foram, ainda que inicialmente, estabelecidos para vários desses períodos para cada um dos aspectos a serem observados.

Reconhecemos, aqui, que este produto carece de validação por outros preceptores e que poderá ter seu valor potencializado pela continuidade do trabalho e realização de ajustes cuja necessidade certamente surgirá através da utilização do instrumento e da discussão com diferentes preceptores da disciplina. No entanto, acreditamos também que este pode ser um importante primeiro passo no sentido da qualificação da avaliação do trabalho prático de acadêmicos de Medicina.

Tabela 10: Rubricas para avaliação da anamnese

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA EM ANAMNESE						
Tópico I: Relação acadêmico-paciente						
Aspecto 1: Relação inicial com o paciente						
Internatos	8º Período	7º Período	6º Período	5º Período	4º Período	Ciclo básico
			Recebe o paciente de forma respeitosa e acolhedora, fazendo-o sentir confortável <sup>1</sup> .	Recebe o paciente de forma respeitosa, mas tem dificuldade de se mostrar acolhedor.	Recebe o paciente de forma acolhedora, mas descuida-se da postura respeitosa e profissional.	Recebe o paciente informalmente, sem estabelecer uma relação profissional de confiança.
Aspecto 2: Identificação como acadêmico						
Internatos	8º Período	7º Período	6º Período	5º Período	4º Período	Ciclo básico
			Identifica-se como estudante explicitando o processo de atendimento conjunto/compartilha do que ocorrerá.	Identifica-se como estudante, mas não explica ao paciente o processo de atendimento conjunto/compartilha do deixando o ultimo sem compreender como ocorrerá seu atendimento até que os procedimentos ocorram.	Não se identifica como estudante, deixando que alguns pacientes creiam que ele é o único profissional responsável por seu atendimento.	Comporta-se como se fosse o profissional responsável pelo atendimento, firmando acordos e fazendo promessas ao paciente que não pode cumprir.

<b>Aspecto 3: Respeito à autonomia do paciente</b>							
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>	
	Permite que o paciente exponha seus pensamentos, sentimentos e crenças do em relação aos problemas relatados. Respeita as decisões do paciente, procurando apenas torná-las mais conscientes, preservando a autonomia e dissipando dúvidas e inseguranças.	Permite que o paciente exponha seus pensamentos, sentimentos e crenças em relação aos problemas relatados, apesar de não tentar impor-se ainda tem dificuldade em respeitar as decisões do paciente, nem sempre apresentando alternativas viáveis que não aquelas que considera mais adequadas.	Permite que o paciente exponha seus pensamentos, sentimentos e crenças em relação aos problemas relatados, mas tem dificuldade em respeitar as decisões do paciente, frequentemente tentando impor-se ao paciente para fazê-lo mudar de ideia em relação a uma decisão de saúde.	Restringe a atenção às informações objetivas do caso, desconsiderando os pensamentos, sentimentos e crenças do paciente em relação aos próprios problemas, não chegando a participar o paciente das decisões propedêuticas e terapêuticas do caso.			

<b>Aspecto 4: Relação com acompanhantes e rede de apoio</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
Além de identificar o acompanhante, quando presente, estabelece também a rede de apoio do paciente e procura lançar mão desta quando necessário. Reconhece a pluralidade cultural e demonstra respeito pelas práticas de saúde e cura trazidas ao consultório.	Identifica o acompanhante quando presente. Procura estabelecer também a rede de apoio do paciente e procura lançar mão desta quando necessário. Ainda tem dificuldade em reconhecer a pluralidade cultural e as práticas de saúde e cura trazidas ao consultório.	Identifica o acompanhante quando presente. Procura estabelecer também a rede de apoio do paciente e procura lançar mão desta quando necessário. e tenta envolvê-la nos cuidados, mas tende a desvalorizar a pluralidade cultural não demonstrando respeito pelas práticas culturais de saúde e cura.	Identifica o acompanhante quando presente. Apesar de demonstrar respeito pelas práticas culturais de saúde e cura quando trazidas pelo paciente, desconsidera a rede de apoio mais ampla deste, responsabilizando o paciente pelos próprios cuidados a despeito de possíveis limitações.	Não reconhece a relevância e a importância da presença do acompanhante, não busca informações com ele e pode nem saber seu nome ou relação estabelecida com o paciente. Sendo assim, ainda que estimule ou reconheça a necessidade de apoio ao paciente no autocuidado, não é capaz de envolver os atores principais da rede de apoio. Desvaloriza práticas tradicionais de saúde e cura trazidas pelo paciente.		

<b>Aspecto 5: Criação de vínculo com o paciente</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Reconhece a importância da criação do vínculo com o paciente, buscando construí-lo de forma natural, através da responsabilização pelo cuidado.	Entende a importância da criação do vínculo médico-paciente, mas acredita que por ser aluno não deve buscá-la, responsabilizando exclusivamente o preceptor pelo cuidado.	Não demonstra compreender a importância da relação médico-paciente, por isso não se investe em criá-la e mantê-la.	
<b>Aspecto 6: Respeito à confidencialidade da consulta</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		É capaz de respeitar a confidencialidade das informações a que tem acesso no prontuário e durante o atendimento, sendo capaz inclusive de passar casos em locais com outros profissionais sem identificar claramente o paciente	É capaz de respeitar a confidencialidade das informações a que tem acesso no prontuário e durante o atendimento, sendo capaz de deixar isso claro ao paciente.	É capaz de respeitar a confidencialidade das informações a que tem acesso no prontuário e durante o atendimento, mas tem dificuldade em demonstrar isto ao paciente.	Trata as informações a que tem acesso com displicência, frequentemente deixando isto claro ao próprio paciente.	

<b>Aspecto 7: Respeito à condição subjetiva do paciente</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Mantém-se atento aos sinais (por mais discretos que estes sejam) de que o paciente se encontra em sofrimento e é capaz identificar momentos em que é possível insistir na coleta de informações incomodas ao paciente assim como momentos em que se deve adiar certo(s) assunto(s) <sup>ii</sup> .	Apesar de esforçar-se e procurar manter-se atento aos sinais emitidos pelo paciente, frequentemente só é capaz de perceber o sofrimento causado por certos assuntos abordados na anamnese quando os sinais já são claros e o sofrimento já se instalou.	Insiste na obtenção de informações, ainda que de menor relevância para o atendimento, mesmo após a demonstração clara do sofrimento psíquico que causa, como choro ou agitação.		

<b>Tópico II: Preservação da integridade física do paciente</b>						
<b>Aspecto 1: Identificação de situações de emergência clínica</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Observa o estado geral do paciente desde o primeiro contato, identificando sinais de instabilidade e risco antes mesmo de iniciar a anamnese.	Tem dificuldade em observar autonomamente o estado geral do paciente nos primeiros momentos de interação, no entanto, quando a queixa principal coincide com o sinal de instabilidade, valoriza a queixa do paciente e consegue identificar o risco antes de passar ao exame físico.	Tem dificuldade em observar autonomamente o estado geral do paciente nos primeiros momentos de interação, e, quando a queixa principal pode sinalizar para algum sinal de instabilidade, não é capaz de avaliá-lo antes de optar por agir <sup>iii</sup> .	Incapaz de observar o estado geral do paciente no primeiro contato, identificando sinais de instabilidade claros apenas após concluída a anamnese.	



<b>Tópico III: Comunicação</b>						
<b>Aspecto 1: Atenção à mensagem do paciente</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Se mostra atento à fala assim como à comunicação não verbal do paciente.	Tem dificuldade de compreender mensagens não verbais à exceção daquelas absolutamente claras, no entanto, mostra-se atento às falas do paciente.	Frequentemente desvia sua atenção, necessitando pedir que se repita trechos da fala. Quanto às mensagens não verbais pode ou não estar atenta.	Tem dificuldade de concentrar sua atenção, negligenciando diversas informações e raramente percebendo mensagens não verbais, tão claras como lágrimas, emitidas pelo paciente.	
<b>Aspecto 2: Utilização de linguagem adequada</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Transita com facilidade entre discursos, utilizando vocabulário simples na medida da necessidade do paciente e respeitando particularidades culturais dele e da comunidade atendida.	Utiliza vocabulário simples, algumas vezes excessivamente, por não perceber alguma particularidade cultural do paciente, mas no geral faz-se compreender pelo paciente.	Nem sempre utiliza vocabulário simples na interação, frequentemente fazendo com que o paciente não compreenda as perguntas e orientações.	

<b>Aspecto 3: Estímulo ao relato voluntário</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Formula perguntas simples e diretas, pertinentes ao caso, deixando o paciente realizar seu relato de forma espontânea.	Formula perguntas simples e diretas, mas que nem sempre são pertinentes ao caso.	Formula perguntas muito elaboradas, muitas vezes confundindo o paciente.	Formula perguntas frequentemente dicotômicas, tirando do paciente a possibilidade de fazer um relato espontâneo.
<b>Aspecto 4: Liberdade de fala</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Raramente interrompe uma fala do paciente, mas quando o faz apenas certifica-se de alguma informação, sem direcionar o paciente.	Interrompe a fala do paciente sempre para perguntar detalhes relacionados ao relato do momento, tomando muito cuidado para não direcionar o paciente.	Interrompe a fala do paciente com mais frequência que o desejável, mas o faz para perguntar detalhes relacionados ao relato do momento, apesar de algumas vezes direcionar o paciente, não costuma o fazer de forma claramente intencional.	Interrompe a fala do paciente com muita frequência direcionando suas respostas <sup>iv</sup> .	

<b>Aspecto 5: Escuta ativa</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Realiza a escuta ativa, não deixando de valorizar e procurando associar toda informação fornecida pelo paciente ao caso.	Exercita a escuta ativa: apreende aspectos da história do paciente, mesmo quando o relato não tem relação direta com a pergunta feita.	Tem dificuldade em realizar a escuta ativa, não percebendo as relações de relatos com o caso se estes não forem explicitamente apontados.	Não é capaz de realizar a escuta ativa, deixando de acolher informações importantes por não representarem uma resposta direta a pergunta feita.	
<b>Aspecto 6: Síntese das informações</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
				Certifica-se de que compreendeu o relato fazendo, ao seu final, uma síntese do que foi dito para a confirmação pelo paciente.	Tira suas próprias conclusões do que o paciente diz e não se certifica de que compreendeu o relato.	

<b>Aspecto 7: Educação para a saúde</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Responde às perguntas do paciente de forma assertiva e aproveita tais oportunidades como momentos de educação para a saúde.	Responde à maioria das perguntas do paciente de forma segura. Tenta aproveitar estas oportunidades como momentos de educação para a saúde, mas frequentemente as perde por não conectar a realidade vivenciada pelo paciente com as perguntas feitas.	Responde às perguntas do paciente apesar de não imprimir segurança às informações. Não aproveita tais oportunidades como momentos de educação para a saúde, necessitando compartimentalizar cada interação.	Procura responder às perguntas do paciente, no geral com suposições leigas ou sem conseguir explicar motivos e justificativas de forma científica.	Negligencia perguntas do paciente assim como a educação para a saúde durante o atendimento.	
<b>Aspecto 8: Obtenção de informações de cunho íntimo</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Realiza questionamentos de cunho íntimo sem demonstrar julgamentos, procurando apoiar o paciente, inclusive procurando indicar profissionais, instituições ou pessoas capazes de auxiliar no problema exposto. <sup>v</sup>	Realiza questionamentos de cunho íntimo sem demonstrar julgamentos, mas apenas apoio a situações que podem ser constrangedoras para o paciente.	Realiza questionamentos de cunho íntimo mantendo neutralidade.	Evita realizar questionamentos de cunho íntimo.		

<b>Aspecto 9: Discussão do caso com o preceptor</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Relata ao preceptor a história do paciente de forma sucinta, clara e completa.	Relata ao preceptor a história do paciente de forma clara e completa, mas tem dificuldade em sintetizar o relato.	Relata ao preceptor a história do paciente de forma incompleta ou confusa.	É frequentemente corrigido pelo próprio paciente ao passar o caso ao preceptor, demonstrando falta de atenção e conclusões próprias sobre o relato sendo compartilhadas como fatos.	
<b>Aspecto 10: Linguagem técnica</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Utiliza vocabulário médico na discussão do caso.	Utiliza linguagem adequada na discussão do caso, mas comete erros ao empregar vocabulário técnico.	Utiliza linguagem adequada, mas quase nunca emprega vocabulário técnico.	Não demonstra conhecer termos técnicos.

<b>Aspecto 11: Registro do prontuário</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Registra os dados colhidos de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente. A linguagem escrita é adequada, a grafia correta e o registro realizado em tempo hábil.	Registra os dados colhidos de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente. O tempo necessário ao registro se mostra compatível com a realidade. A linguagem escrita é adequada e não há erros de grafia.	Registra os dados colhidos de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente. O tempo necessário ao registro começa a se adequar a realidade. A linguagem escrita é adequada e os erros de grafia raros.	Registra os dados colhidos de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente. No entanto, o tempo necessário ao registro é demasiadamente longo. A linguagem escrita já se mostra adequada e os erros de grafia menos frequentes.	Registra os dados colhidos de forma legível OU utiliza o prontuário eletrônico de forma competente. No entanto, o tempo necessário ao registro é demasiadamente longo E, ainda assim, a linguagem escrita e a grafia são ambas inadequadas.	
<b>Aspecto 12: Relatórios e encaminhamentos</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Quando necessário passar ou discutir o caso com outros profissionais seleciona de forma adequada as informações a serem compartilhadas e as expressa de forma clara tanto oralmente como em relatórios escritos.	Quando necessário passar ou discutir o caso com outros profissionais seleciona de forma adequada as informações a serem compartilhadas, mas tem dificuldade em expressá-las de forma objetiva fazendo-o em relatórios completos, mas de difícil compreensão à primeira leitura.	Quando é necessário passar ou discutir o caso com outros profissionais tem dificuldade de selecionar as informações a serem compartilhadas. Formula relatos e relatórios excessivamente longos.	Quando é necessário passar ou discutir o caso com outros profissionais tem dificuldade de selecionar as informações, formulando relatos e relatórios frequentemente incompletos.	Tem grande dificuldade de relatar o caso e nem sempre utiliza a linguagem culta e/ou técnica para fazer relatos e relatórios, que são incompletos e confusos.	

<b>Tópico IV: A técnica da anamnese</b>						
<b>Aspecto 1: Queixa Principal</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Compreende o motivo da consulta e separa-o de outros relatos e queixas periféricos, sem, no entanto, negligenciar fatos que podem ser relevantes para a saúde geral do paciente ou para a compreensão da queixa.	Compreende o motivo da consulta, mas atrapalha-se com pacientes com mais de uma queixa. Procura não negligenciar fatos, mas acaba por investir tempo em queixas que pouco contribuem para a saúde geral do paciente ou para a compreensão da queixa.	Tem dificuldade em estabelecer o motivo da consulta quando o paciente tem mais de uma queixa, o que torna os atendimentos e os registros longos e confusos. Procura não se descuidar de fatos, mas por haver queixas excessivas sendo investigadas, algumas vezes acaba por investir tempo em pesquisar eventos irrelevantes.	Tem dificuldade em estabelecer o motivo da consulta quando o paciente tem mais de uma queixa e, para evitar que os atendimentos e os registros sejam longos, acaba por negligenciar eventos importantes.	Por ter dificuldade em estabelecer o motivo da consulta escolhe qual a queixa abordar sem procurar compreender qual a queixa mais relevante para o próprio paciente.

<b>Aspecto 2: História da Moléstia Atual</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Constrói a HMA de forma coerente e cronológica com boa caracterização de cada sintoma, compreendendo e considerando, inclusive, os impactos destes para a vida e o convívio social e familiar do paciente, quando necessita propor uma conduta	Constrói a história da moléstia atual de forma coerente e cronológica, caracteriza bem os sintomas. Conhece os impactos deles para a vida diária do paciente e é capaz de considerar essa informação no raciocínio clínico.	Constrói a história da moléstia atual de forma coerente e cronológica, caracteriza bem os sintomas. Apesar de conhecer os impactos deles para a vida diária do paciente, não é capaz de considerar essa informação no raciocínio clínico.	Apesar de caracterizar os sintomas não é capaz de organizar cronologicamente o surgimento destes prejudicando a construção do raciocínio clínico. Apesar disso, procura conhecer o impacto dos sintomas na vida do paciente.	Apesar de caracterizar os sintomas não é capaz de organizar cronologicamente o surgimento destes prejudicando a construção do raciocínio clínico. Não conhece o impacto dos sintomas na vida do paciente.	Realiza a HMA colhendo informações desconexas confusas e sem respeitar a cronologia. Negligencia fatos, sempre ignorando alguma informação importante ou relevante.
<b>Aspecto 3: Orientação da anamnese</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Orienta o atendimento às necessidades do paciente utilizando o raciocínio clínico como fio guia da anamnese e os conhecimentos da abordagem clínica centrada na pessoa e de epidemiologia para conduzir o raciocínio clínico desenvolvido.	Orienta o atendimento às necessidades do paciente utilizando o raciocínio clínico como fio guia da anamnese.	Orienta o atendimento de acordo com um roteiro de anamnese, conseguindo adaptar certos pontos deste para seguir melhor o raciocínio do próprio paciente, sem negligenciar nenhuma parte relevante da entrevista.	Orienta o atendimento de acordo com um roteiro de anamnese, ignorando conhecimentos da abordagem clínica centrada na pessoa e de epidemiologia. Não constrói um raciocínio clínico para servir de fio guia da anamnese.	Não é capaz de orientar o atendimento realizando apenas uma anotação dos relatos do paciente sem nenhuma estrutura.



<b>Aspecto 4: Utilização do prontuário na anamnese</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Aproveita dados disponíveis no prontuário do paciente, apenas confirmando-os. Identifica os determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento.	Colhe todos os dados da anamnese geral, mesmo já havendo alguns disponíveis no prontuário anterior do paciente. Identifica os determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento.	Colhe todos os dados da anamnese geral, mesmo já havendo alguns disponíveis no prontuário anterior do paciente. Ignora os determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento.	Não realiza a anamnese geral, se concentrando exclusivamente na QP e HMA.	
<b>Aspecto 5: Organização da anamnese</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Demonstra reconhecer mais de uma técnica semiológica, mas é capaz de escolher e se concentrar em uma para realizar os atendimentos.	Demonstra reconhecer mais de uma técnica semiológica, mas tem dificuldade em escolher a que melhor se enquadra em cada situação.	Demonstra reconhecer mais de uma técnica semiológica, mas frequentemente se perde nelas e mistura as técnicas.	Não demonstra reconhecer mais de uma técnica semiológica, e a que conhece, apresenta dificuldade em realizar, fazendo-o de forma mecânica.	Não demonstra reconhecer alguma técnica semiológica, precisando sempre recorrer a roteiros.

Aspecto 6: História da Saúde (HPP; HF; HS)						
Internatos	8º Período	7º Período	6º Período	5º Período	4º Período	Ciclo básico
<p>Consegue manejar a abordagem de sintomas diversos e correlacionar novas queixas com diagnósticos anteriores. Avalia condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais e antecedentes familiares a fim de construir uma lista de problemas para o paciente e de selecionar problemas que necessitem terapêutica imediata, ainda que sintomática.</p>	<p>Consegue manejar a abordagem de diferentes sintomas e correlacionar diferentes novas queixas e diagnósticos anteriores. Investiga condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais e antecedentes familiares, além das repercussões dos sinais e sintomas na vida do paciente. Constrói uma lista de problemas bastante completa, mas falha em identificar as ações mais urgentes para proporcionar bem estar ao paciente.</p>	<p>Consegue manejar a abordagem de diferentes sintomas e correlacionar diferentes novas queixas e diagnósticos anteriores. Investiga condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais e antecedentes familiares, mas não avalia as repercussões dos sinais e sintomas na vida do paciente, falhando em identificar a necessidade de terapêutica sintomática. Constrói uma lista de problemas ainda incompleta.</p>	<p>Consegue manejar a abordagem de diferentes sintomas e correlacionar diferentes novas queixas com diagnósticos anteriores constantes do prontuário. No entanto, não investiga condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e não avalia as repercussões dos sinais e sintomas na vida do paciente. Constrói uma lista de problemas incompleta.</p>	<p>Consegue manejar a abordagem de diferentes sintomas e correlacionar diferentes novas queixas, apesar de não o fazer em relação a diagnósticos anteriores. Não investiga condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais, antecedentes familiares e não avalia as repercussões dos sinais e sintomas na vida do paciente. Constrói uma lista de problemas rasa.</p>	<p>Falha em manejar diferentes novas queixas e raramente leva em consideração diagnósticos anteriores. Não valoriza as repercussões dos sinais e sintomas na vida do paciente, não investiga condições correlatas de saúde, antecedentes pessoais ou antecedentes familiares. Constrói a lista de problemas baseada apenas nas queixas atuais relatadas espontaneamente pelo paciente.</p>	

<b>Aspecto 7: Cuidado integral, promoção, prevenção e ciclos de vida</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
		Valoriza a integralidade do cuidado. Investiga hábitos de vida e fatores de risco a que o paciente é exposto. Reconhece os ciclos de vida, de forma que direciona o raciocínio clínico através deste viés.	Procura valorizar a integralidade do cuidado, mas negligencia a investigação de hábitos de vida e fatores de risco que podem influenciar os sintomas. Quanto aos ciclos de vida, consegue interpretar como fonte relevante de informação para a o diagnóstico.	Procura valorizar a integralidade do cuidado, mas negligencia a investigação de hábitos de vida e fatores de risco que podem influenciar os sintomas. Não reconhece os ciclos de vida como parte relevante da investigação.	Não reconhece a importância da integralidade do cuidado, ignorando todo o contexto psíquico e social do paciente.	
<b>Aspecto 8: Exame físico e anamnese</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	É capaz de indicar hipóteses diagnósticas a partir da anamnese afim de propor procedimentos no exame físico e na propedêutica capazes de fazer o diagnóstico diferencial entre suas hipóteses.	É capaz de indicar pelo menos 1 hipótese diagnóstica a partir da anamnese afim de propor procedimentos no exame físico e na propedêutica capazes de confirmar ou descartar a suspeita.	É capaz de indicar pelo menos 1 hipótese diagnóstica a partir da anamnese, mas ainda assim parte para um exame físico longo e cansativo, sendo incapaz de eliminar partes desnecessárias deste.	Não é capaz de indicar hipóteses diagnósticas a partir da anamnese, o que leva a um exame físico longo e incomodo e à proposta de um grande número de procedimentos propedêuticos.	Não é capaz de indicar hipóteses diagnósticas a partir da anamnese, ainda assim realiza o exame físico direcionado a apenas um sistema <sup>vi</sup> .	

<b>Aspecto 9: Escuta como ferramenta terapêutica</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Identifica momentos em que é possível utilizar de forma eficaz a escuta como ferramenta terapêutica e frequentemente o faz de forma eficaz.	Tem dificuldade em identificar momentos em que a escuta pode se tornar ferramenta terapêutica, mas quando o percebe procura exercer tal terapêutica.	Tem dificuldade em identificar momentos em que a escuta pode se tornar ferramenta terapêutica, mas quando o percebe tem dificuldade em realizar tal conduta.	Não demonstra reconhecer a escuta como potencial ferramenta terapêutica.		
<b>Aspecto 10: O registro dos dados</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
	Inclui todos os dados relevantes ao caso em sua anotação, fazendo-o de forma organizada e com ênfase na cronologia e na relação entre fatos. Seleciona as informações a serem registradas de forma a sintetizar a escrita, sem deixar de prestar informações para atendimentos futuros.	Inclui todos os dados relevantes ao caso em sua anotação, fazendo-o de forma organizada e com ênfase na cronologia e na relação entre fatos. Não é capaz de selecionar e sintetizar as informações resultando num registro completo e organizado, mas longo.	Inclui todos os dados relevantes ao caso, ainda que nem sempre o faça de forma organizada, sacrificando a cronologia dos acontecimentos e a relação entre fatos.	Reúne e registra as informações prestadas na anamnese sem passá-las por uma interpretação e seleção, resultando no registro longo e cansativo de um amontoado de dados.	Registra as informações prestadas pelo paciente desorganizadamente, deixando de fora do prontuário elementos importantes. As anotações são curtas e incompletas.	

<b>Tópico V: Relação profissional</b>						
<b>Aspecto 1: Relação interpessoal com os colegas</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Compreende que na unidade de saúde sua relação com os colegas deve ser profissional e respeitosa, deixando de lado comportamentos habituais de intimidade ou agressividade <sup>vii</sup> .	Compreende que na unidade de saúde sua relação com os colegas deve ser profissional e respeitosa, apesar disso, em alguns momentos assume comportamentos trazidos da vida pessoal.	Não demonstra compreender que na unidade de saúde sua relação com os colegas deve ser profissional e respeitosa e por isso assume comportamentos trazidos da vida pessoal <sup>viii</sup> .	
<b>Aspecto 2: Relação interpessoal com os profissionais da unidade de saúde</b>						
<b>Internatos</b>	<b>8º Período</b>	<b>7º Período</b>	<b>6º Período</b>	<b>5º Período</b>	<b>4º Período</b>	<b>Ciclo básico</b>
			Utiliza os ambientes compartilhados da unidade de saúde de forma respeitosa, convivendo harmoniosamente com outros profissionais. Procura respeitar o tempo de atendimentos e espaços. Atende a pacientes sem demonstrar preferência por perfis.	Utiliza os ambientes compartilhados da unidade de saúde de forma respeitosa, convivendo harmoniosamente com outros profissionais. Por falta de habilidade acaba por desrespeitar o tempo destinado a atendimentos e espaços. Atende a pacientes sem demonstrar preferência por determinados perfis.	Utiliza os ambientes compartilhados da unidade de saúde de forma respeitosa, convivendo harmoniosamente com outros profissionais. No entanto, tem dificuldade em respeitar o tempo destinado a cada atendimento e/ou escolhe perfis de pacientes que deseja atender <sup>ix</sup> .	

Fonte: elaboração própria

<sup>i</sup> Recebe o paciente de forma respeitosa, com cumprimento adequado, uso do pronome de tratamento apropriado, convite para entrada no consultório e para a acomodação adequada neste. Ainda consegue se mostrar acolhedor, fazendo o paciente se sentir confortável, ao fazê-lo compreender que se encontra em um espaço de protagonismo, onde o que ele diz é ouvido e levado em consideração.

---

<sup>i</sup> Recebe o paciente de forma respeitosa, com cumprimento adequado, uso do pronome de tratamento apropriado, convite para entrada no consultório e para a acomodação adequada neste. Ainda consegue se mostrar acolhedor, fazendo o paciente se sentir confortável, ao fazê-lo compreender que se encontra em um espaço de protagonismo, onde o que ele diz é ouvido e levado em consideração.

ii No atendimento a uma paciente com queixa de ansiedade e agitação o aluno procurou entender a que a paciente, que naquele momento mostrava-se triste e chorosa, atribuía seus sintomas. Ela informou que a “problemas familiares” e cruzou os braços sobre o peito. O aluno insistiu em saber quais problemas, que começaram quando e em que situações eles a incomodavam. A paciente acabou por revelar que um filho se tornou dependente de drogas ilícitas e agora se escondia da polícia e dos traficantes em casa de onde também retirava objetos de valor para comprar mais drogas. Tudo isso não sem antes chorar abertamente, iniciar hiperventilação, sudorese, agitação psicomotora... O sofrimento foi claro e a conduta não foi influenciada pela informação obtida.

iii Um grupo de alunos, frequentemente, chamava o preceptor para avaliar sinais de risco do paciente. Em determinado momento, por exemplo, uma paciente queixou-se de fraqueza associada a um sangramento menstrual aumentado e, imediatamente, o preceptor foi chamado. Foi constatado que os alunos não avaliaram a coloração da pele (a fim de avaliar palidez), nem o pulso da paciente, antes de chamar o preceptor. Por fim, não havia risco iminente à vida da paciente que apresentava dados vitais dentro da normalidade. Situações deste tipo aconteceram diversas vezes, causando atrasos ao atendimento.

iv Já houve um acadêmico que por já ter imaginado um determinado diagnóstico para o paciente, não fez a tradicional pergunta "E como é a dor do senhor?" a um paciente que se queixava de dor no peito. Ele preferiu "E a dor do senhor é apertando?". Diante da resposta negativa ele preferiu "certificar-se" e interrompeu com "Mas a dor não se parece com um aperto, como se alguém estivesse assentado sobre seu peito?", direcionando o paciente a prestar uma informação que não coincidia com o que o paciente desejava dizer, que “a dor era como a de um fogo queimando de dentro pra fora”.

v Um paciente adolescente com a descoberta recente da homossexualidade sentiu-se confortável em confessar tal descoberta a um estudante de medicina. Este aluno procurou e indicou fóruns *on line* de adolescentes que discutiam formas de se assumirem para os pais e familiares a fim de mostrar ao rapaz que ele não estava sozinho em sua descoberta, nem na dificuldade em lidar com ela.

vi Um grupo de alunos atendeu a um paciente com queixa de tosse. Realizou toda a sua investigação centrada no sistema respiratório. No entanto, o paciente era portador de Insuficiência cardíaca e apresentava edema generalizado. O diagnóstico real não foi suspeitado em nenhum momento da anamnese uma vez que nenhuma pergunta sobre sintomas cardiovasculares foi feita.

vii É frequente casais de namorados entre os alunos. Houve um casal que a equipe da unidade só soube que se tratava de um casal no último dia deles lá. Sempre se comportaram profissionalmente e só percebemos a relação mais íntima quando, no último dia, depois de uma confraternização de despedida organizada por eles, saíram de mãos dadas.

viii Certa vez dois integrantes de um grupo de alunos brigaram devido a problemas pessoais. Ainda assim eram integrantes de um mesmo grupo e precisavam compartilhar atendimentos. Algumas vezes flagrei um tentando "sabotar" o atendimento do outro, a despeito dos prejuízos que poderiam resultar para o paciente.

ix É bastante diferente aquele aluno que demonstra tentar respeitar o tempo, mas tem problemas com a agilidade daquele que excede tempo por acreditar que o caso que abertamente escolheu é mais importante que os demais.

## REFERÊNCIAS

ALAVARSE, O. M. Desafios da avaliação educacional: ensino e aprendizagem como objetos de avaliação para igualdade de resultados. **Cadernos Cenpec**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 135-153, jun. 2013.

ANAMNESE Médica: boas práticas para um diagnóstico assertivo. Porto Alegre: Artmed, 2020. Disponível em: <<http://https://campanhard.secad.com.br/anamnese-medica-ebook-lprd>>. Acesso em: jul. 2020.

ARANHA, M. L. A. Antiguidade grega: a Paideia. In: \_\_\_\_\_. **História da educação e da pedagogia: geral e Brasil**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2006. p. 73-124.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar dos residentes e preceptores. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 21; n. 62, p. 601-613, 2017.

ARCHER, A. B.; CRISPIM, A. C.; CRUZ, R. M. Avaliação e feedback de desempenho de estudantes na educação a distância. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 34, n. 3, p. 473-485, 2016

BAKHTIN, M. Os gêneros do discurso. In: \_\_\_\_\_. **Estética da criação verbal**. Trad. Paulo Bezerra. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 7, p. 5-25, ago 2001.

BALDUINO, P. M. et al. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o olhar do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 335-342, 2012.

BARDIN, L. Método. In: \_\_\_\_\_. **Análise de conteúdo**. Tradução: RETO, L.A. e PINHEIRO, A. Lisboa: Edições 70, 1977. p. 93-150.

BARLOW, M. **Avaliação escolar: mitos e realidades**. Trad. MURAD, F. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARRETO, V. H. L et al. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, set. 2011.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação Interprofissional em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, p. 202-204, 2016.

BELO HORIZONTE. Construção da atenção básica em Belo Horizonte. disponível em <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo\\_2\\_construcao\\_da\\_atencao\\_basica\\_em\\_belo\\_horizonte.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_2_construcao_da_atencao_basica_em_belo_horizonte.pdf)>. Acesso em: jul. 2017.

BENI, P. F. et al. Processo de ensino-aprendizagem e a interação de professores e alunos em um curso de graduação em administração de empresas. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 271-300, maio/ago. 2017.

BIAGIOTTI, L. C. M. **Conhecendo e aplicando rubricas em avaliações**. Trabalho apresentado no Congresso Internacional Abed de Educação a Distância. Florianópolis, 2005.

BIRD, B. **Conversando com o paciente**. Tradução: ARANTES, U.C. São Paulo: Manole, 1978. [Original 1955]

BIREAUD, A. A caminho de novos modelos pedagógicos? In: \_\_\_\_\_. **Os métodos pedagógicos no ensino superior**. Trad. MENDES, I.L. Porto: Porto, 1995

BONAMINO, A. **Matriz de referência**. In: Glossário CEALE: termos de alfabetização, leitura e escrita para educadores. Documento eletrônico disponível em: <<http://ceale.fae.ufmg.br/app/webroot/glossarioceale/verbetes/matriz-de-referencia>>. Acesso em: ago. 2019.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, set. 2008.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/constituicaoafederalde88.pdf>>. Acesso em: abr. 2020.

BRASIL. **Lei 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: abr.2019.

BRASIL. **Lei 12.864 de 24 de setembro de 2013**. Altera o caput do artigo 3º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em:

<<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12864-24-setembro-2013-777084-publicacaooriginal-141217-pl.html>>. Acesso em: jul.2020.

BRASIL. **Portaria 2.355, de 10 de outubro de 2013**. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt235510102013.html>>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. **Resolução de Nº 3 de 20 de junho de 2014**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: abr. 2019.

BROOKHART, S. M. et al. A century of grading research: meaning and value in the most common educational measure. **Review of Educational Research**, v. 86, n. 4, p. 803-848, Dec. 2016.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação Interprofissional no programa PET-Saúde: a percepção de tutores. **Interface comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 19; supl. 1, p. 817-829, 2015.

CARACIO, F.C.C. et al. A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, 2014.

CASTRO, M. Ciclos profissionais. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M.C.; VIEIRA, L. M. F. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. Disponível em: <<https://www.gestrado.net.br/pdf/86.pdf>>. Acesso em: mar. 2020.



COCKETT, A.; JACKSON, C. The use of assessment rubrics to enhance feedback in higher education: an integrative literature review. **Nurse Education Today**, v. 69, p. 8-13, 2018.

**COMPETÊNCIAS da MFC na CNRM.** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 19 de dez de 2017. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/competencias-da-mfc-na-cnrm/>>. Acesso em: abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução CFM nº1.451 de 10 de março de 1995.** Disponível em: <[https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/resolucoes\\_1995\\_1451.pdf](https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/resolucoes_1995_1451.pdf)>. Acesso em: jul. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução CFM nº 1.958 de 15 de dezembro de 2010.** Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução. Disponível em: <[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/2015/01/CONSELHO\\_-FEDERAL\\_-DE\\_-MEDICINA.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/01/CONSELHO_-FEDERAL_-DE_-MEDICINA.pdf)>. Acesso em: ago. 2020.

CORRADI, T.; YOUNG, P. Imhotep (2700-2650 a. C.): el gran médico egípcio. **Fronteras en Medicina**, Buenos Aires, v. 11, n. 2, p. 60-64, 2016.

COSTA, G. P. O. et al. Enfrentamentos do estudante na iniciação da semiologia médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 79-88, 2018.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D. Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 171-183, 2016.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa.** 4. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Avaliação.** Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/avaliacao/>>. Acesso em: abr. 2020.

DORIGATTI, A. E. et al. Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de Medicina?: um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 95-111, 2015.

DUARTE, C.E.L. Avaliação da aprendizagem escolar: como os professores estão praticando a avaliação na escola. **Holos.** Natal, Vol. 8, p. 53-67, dez./2015.

ESTRELA, M. T. Velhas e novas profissões, velhos e novos profissionalismos: tensões, paradoxos, progressos e retrocessos. **Revista Investigar em Educação**, II<sup>a</sup> Série, n. 2, p. 5-30, 2014.

FALK, J. W. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: história.** Rio de Janeiro, s.d. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/historia/>>. Acesso em: fev. 2020.

FERNANDES, D. Para uma teoria da avaliação formativa. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 19, n. 2, p. 21-50, 2006.

FERNANDES, D.; GASPAR, A. Avaliação das aprendizagens: uma síntese de Teses de Doutorado realizadas em Portugal (2001-2010). **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 199-222, 2014.

FIGUEIREDO, G. O. et al. Construção coletiva de um currículo por competência para a residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Sustinere**, v. 4, n. 2, p. 265-286, 2016.

- FIORAVANZO, C. M.; VIEIRA, A. M.; CLARO, J. A. C. S. Avaliação e devolutiva: elementos indissociáveis no contexto do ensino superior a distância. **Holos**, Natal, ano 32, v. 1, p. 107-123, 2016.
- FORTE, F. D. S. et al. Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de odontologia. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 25-38, 2015.
- FRANCIS, J. E. Linking rubrics and academic performance: an engagement theory perspective. **Journal of University Teaching & Learning Practice**, v. 15, n. 1, p. 1-19, 2018.
- FREITAS, P. F. **Formação docente em avaliação educacional: lacunas, consequências e desafios**. Tese (doutorado em Educação) –Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.
- FÜNGER, S. M. et al. Improved self- and external assessment of the clinical abilities of medical students through structured improvement measures in an internal medicine bedside course. **GMS Journal for Medical Education**, v. 33, n.4, p. 1-20, 2016.
- GARCÍA SANZ, M. P. La evaluación de competencias en educación superior mediante rúbricas: un caso práctico. **Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado**, v. 17, n. 1, p. 87-106, 2014.
- GATICA-LARA, F.; URIBARREN-BERRUETA, T. N. J. ¿Cómo elaborar una rúbrica? **Investigación en Educación Médica**, v. 2, n. 1, p. 61-65, 2013.
- GAUTHIER, C. et al. **Por uma teoria da Pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente**. 3ª ed. Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2013. [Original 1998].
- GAUTHIER, C.; BISSONNETTE, S.; RICHARD, M. **Ensino explícito e desempenho dos alunos: a gestão dos aprendizados**. Trad. MATOUSEK, S. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- GOMES, G. G. **Atendimento de usuários com casos agudos na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.
- GONTIJO, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 526-539, 2013.
- GORZONI, S. P.; DAVIS, C. O conceito de profissionalidade docente nos estudos mais recentes. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 166, p. 1396-1413, out./dez. 2017.
- GUSKEY, T. R.; BROOKHART, S. M. (Org.). **What we know about grading: what works, what doesn't, and what's next**. Alexandria, VA. ASCD, 2019.
- GUSKEY, T.R.; SWAN, G.M.; JUNG, L.A. Grades that mean something: Kentucky develops standards-based report cards. **Kappan magazine**. Kentucky, V93, N2, p.52-57, out/2011.
- HUBERMAN, M. O ciclo de vida profissional dos professores. In. NÓVOA, A. et al. **Vidas de professores**. 2ª ed. Porto: Porto, 2014. p. 31-62. [Original 1989]
- HUHN, D. et al. Performance of international medical students in psychosocial medicine. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 111, p. 1-7, 2017.
- HUNDERTMARK, J.; APONDO, S. K.; SCHULTZ, J. H. Integrating teaching into routine outpatient care: the design and evaluation of an ambulatory training concept (HeiSA). **GMS Journal for Medical Education**, v. 35, n. 1, p. 1-18, 2018.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737-746, 2017.

JOELLE, M. Modos de interacción como fundamento en la realización de una evaluación formativa no instrumentada. **Estudios Pedagógicos**, v. XLI, n. 2, p. 373-388, 2015.

JOUQUAN, J. L'évaluation des apprentissages des étudiants em formation médicale initiale. **Pédagogie Médicale - Revue Internationale Francophone d'Éducation Médicale**, v. 3, p. 38-52, fev. 2002.

LOPES, J. M. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. São Paulo: Artmed, 2012. v.1. p. 1-11.

LOPES, V.C. **Plano de intervenção para implantação do dispositivo “projeto terapêutico singular” como instrumento para a efetivação da clínica ampliada na unidade de saúde da família - Jader de Andrade, no distrito sanitário VI da cidade do Recife**. 2012. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

LÓPEZ, M. Anamnese. In: LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. **Semiologia médica: as bases do diagnóstico clínico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. p. 23-38. [Original 1986]

LUCKESI, C. C. **Avaliação em educação: questões epistemológicas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2018.

LÜDKE, M.; BOING, L. A. Caminhos da profissão e da profissionalidade docentes. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1159-1180, set./dez. 2004.

MAGNATA, R. C. V.; SANTOS, A. L. F. Avaliação formativa da aprendizagem: a experiência do conselho de classe. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 26, n. 63, p. 768-802, set./dez. 2015.

MEGALE, L. et al. Percepções e sentimentos de professores de Medicina frente à avaliação dos estudantes: um processo solitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 12-22, 2015.

MIDÃO, C. M. V.; RUIZ-MORENO, L. O ensino da semiologia nas escolas médicas do estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 397-405, 2010.

NÓVOA, A. Firmar a posição como professor, afirmar a profissão docente. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 47, n. 166, p. 1106-1133, out./dez. 2017.

PARMA, F.A.S.; OLIVEIRA, R.A.; ALMEIDA, F.A. Percepção dos Profissionais de Saúde em relação à Integração do Ensino de Estudantes de Medicina nas Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n.43 (1 Supl.1), p.185-194, 2019

PINHO, F. M. O.; BRANCO, R. F. G. R.; PORTO, C. C. Anamnese. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. p. 46-66. [Original 1989]

PIRES, N. A profissionalidade emergente: a expertise e a ética em construção no Pibid Música. **Revista da ABEM**, Londrina, v. 23, n. 35, p. 49-61, jul./dez. 2015.

POZZOBON, A. Etimologia de termos médicos. In: \_\_\_\_\_. **Etimologia e abreviaturas de termos médicos: um guia para estudantes, professores, autores e editores em Medicina e ciências relacionadas.** Lajeado: Ed. Univates, 2011. p. 6-22.

RADIOGRAFIA das escolas medicas do Brasil”. Disponível em: <<http://webpainel.cfm.org.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Radiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico%2FRadiografia%20do%20Ensino%20m%C3%A9dico.qvw&host=QVS%40scfm73&anonymous=true>>. Acesso em: jul. 2017.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 107-16, 2002.

RIBEIRO JR., W. A. Hipócrates de Cós. In: CAIRUS, H.F.; RIBEIRO JR., WA. **Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. (História e Saúde). p. 11

ROLDÃO, M. C. N. Profissionalidade docente em análise: especificidades dos ensinos superior e não superior. **Nuances: Estudos sobre Educação**, ano XI, v. 12, n. 13, p. 105-126, jan./dez. 2005.

ROLDÃO, M. C. N. Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34 p. 94-103, jan./abr. 2007.

ROSÁRIO, P. et al. Autorregulación del aprendizaje: una revisión sistemática en revistas de la base SciELO. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 13, n. 2, p. 781-798, abr-jun 2014.

RUSSELL, M.K.; AIRASIAN, P.W. **Avaliação em sala de aula.** Tradução: ALMEIDA, M.A. 7. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. p. 184-226.

SACRISTÁN, J.G. Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: NÓVOA, A. (org.). **Profissão professor.** 2. ed. Porto: Porto, 1995. p. 63-92.

SAMPAIO, A. C. **Qualidade dos prontuários médicos como reflexo das relações médico-usuário em cinco hospitais de Recife/PE.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, L. A articulação entre a avaliação somativa e a formativa, na prática pedagógica: uma impossibilidade ou um desafio?. **Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas Educacionais**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 92, p. 637-669, 2016.

SARAMAGO, G.; LOPES, E. M. C.; CARVALHO, V. A. Saberes profissionais do docente universitário. **Ensino em Re-Vista**, Uberlândia- MG, v.23, n. 1, p.70-88, jan./jun. 2016.

SCHWILL, S. et al. The AaLplus near-peer teaching program in Family Medicine strengthens basic medical skills: a five-year retrospective study. **Plos One**, v. 15, n. 5, p. 1-14, 2020.

SCRIVEN, M. **Avaliação: um guia de conceitos.** Rio de Janeiro: São Paulo: Paz e Terra, 2018. [Original 1966]

SHULMAN, L.S. Conhecimento e ensino: fundamentos para a nova reforma. **Cadernos Cenpec** | Nova série, v. 4, n. 2, p. , jun. 2015.

SILVA, M. J. B.; RAMOS, R. S. Avaliação da aprendizagem: um estudo com base nas percepções dos alunos do curso de graduação em administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 381-410, abr./jun. 2015.

SIQUEIRA, V. A. S. **Avaliação da aprendizagem de leitura nos anos iniciais do ensino fundamental: tensões, desafios, formação e alternativas.** Relatório (Pós-Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2019.

SOARES, M. O. M. et al. Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.38, n. 3, p. 314-322, 2014.

STELET, B.P. et al. Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 165-176, jan./mar. 2017.

TARDIF, M. Os professores diante do saber: esboço de uma problemática do saber docente. In: \_\_\_\_\_. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991. p. 31-55.

TARDIF, M.; LESSARD, C. O trabalho docente hoje: elementos para um quadro de análise. In: \_\_\_\_\_. **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 15-54.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

TRONCON, L. E. A. Estruturação de sistemas para avaliação programática do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, n. 1, p. 30-42, 2016.

VIEIRA, J. G. S. Pesquisas qualitativas. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: Fael, 2010. p. 87-106.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution**. Disponível em: <<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>>. Acesso em: jul. 2020.

ZEFERINO, A. M. B.; ZANOLLI, M. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Experiência da Atenção Integral à Saúde Individual e Familiar com enfoque na responsabilização, vínculo médico-paciente, ética e profissionalismo no Currículo Médico Integrado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 36, 1, supl. 2, p. 141-146, 2012.

## ANEXO A

Formulário de avaliação detalhada Atenção à saúde 2015-2

<b>ATENÇÃO À SAÚDE V</b>				
<b>AVALIAÇÃO FORMATIVA INDIVIDUAL</b>				
Aluno: ALUNO A			Nº matrícula:	
Preceptor: NOME DO PRECEPTOR			Centro de Saúde: NOME CS	
<b>Método Clínico Centrado na pessoa/ Desempenho</b>	<b>Excelente</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
3º componente – Identifica as prioridades da consulta				
3º componente – Alcança um entendimento e acordo mutuo dos problemas e metas do tratamento.				
3º componente – Sabe identificar papéis do médico e da pessoa na condução do problema.				
4º componente – aborda a prevenção e promoção na saúde congruente com os valores e contexto das pessoas				
5º componente – Demonstra ter sentimentos de compaixão e empatia pela pessoa				
5º componente – É capaz de identificar os problemas pessoais e não permite que interfira no andamento da consulta				
6º componente – Conseguir identificar o momento que a pessoa está vivendo e sua necessidade imediata				
6º componente – Utiliza-se de equipe interdisciplinar para melhor condução dos casos clínicos				
<b>Consulta em 7 passos/ Desempenho</b>	<b>Excelente</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
Entende a importância da consulta bem sucedida na Atenção Básica, como pilar que sustenta todas as outras funções do MFC.				
Entende a estruturação da consulta (estrutura, processos e resultados)				
Entende a importância da Preparação para a consulta				
Saber organizar-se para a consulta considerando os aspectos próprios, do paciente e do consultório				

Comunica adequadamente notícias difíceis, avaliando judiciosamente a condição do interlocutor, no sentido de averiguar o momento oportuno, qual informação prestar e de que maneira				
Coleta, analisa e contextualiza as informações colhidas pela anamnese, formulando avaliações e hipóteses diagnósticas considerando as expectativas do paciente				
Explica para o paciente os problemas detectados, o prognóstico, e avaliar o impacto na funcionalidade e na qualidade de vida				
Corresponsabiliza o paciente pelo cuidado e manejo dos problemas.				
<b>Ciclos de vida familiar/ Desempenho</b>	<b>Excelente</b>	<b>Bom</b>	<b>Regular</b>	<b>Ruim</b>
Conhece os ciclos vitais familiares				
Demonstra atitude respeitosa no contexto familiar mesmo quando há diferenças culturais e comportamentais				
Conceitos básicos sobre abordagem familiar				
Identifica papéis de cada membro da família e sua influência no processo de saúde e adoecimento de cada membro				
Utiliza instrumentos de abordagem familiar: Genograma, ECOMAPA				

**ANEXO B**

Formulário de avaliação atenção à saúde (para notas) 2015-2

**Avaliação 1ª etapa – V período****Valor: 10 pontos**

Nome do aluno/ semana da avaliação	Semana 1 – 13/08 - boas vindas; recepção dos alunos no centro de saúde	Semana 2 – 20/08 - avaliação do terceiro componente/ relatório de atividade 1 ponto	Semana 3 – 27/08 - avaliação do quarto componente/ relatório de atividade 1 ponto	Semana 4 – 04/09 - avaliação do quinto componente/ relatório de atividade 1 ponto	Semana 5 – 10/09 – não haverá aula dia 07/09	Semana 6 – 17/09 - avaliação do sexto componente/ relatório de atividade 1 ponto	Semana 7 – 24/09 - avaliação de toda a etapa/ relatório de atividade 6 pontos	Pontuação
1 ALUNO A								
2 ALUNO B								
3 ALUNO C								
4 ALUNO D								
5 ALUNO E								

**Avaliação 2ª etapa – V período****Valor: 10 pontos**

Nome do aluno/ semana da avaliação	Semana 1 – 01/10 - avaliação dos ciclo de vida familiar/ relatório de atividade 2 pontos	Semana 2 – 08/10 - avaliação da consulta em 7 passos 1º e 2º passos/ relatório de atividade 2 pontos	Semana 3 – 15/10 – não haverá aula dia 12/10	Semana 4 – ENIC dias 22 e 23/10 – não haverá atividade de campo	Semana 5 – 29/10 - avaliação de toda a etapa/ relatório de atividade 6 pontos
1 ALUNO A					
2 ALUNO B					
3 ALUNO C					
4 ALUNO D					
5 ALUNO E					
Pontuação					



**Avaliação 3ª etapa – V período****Valor: 5 pontos**

Nome do aluno/ semana da avaliação	Semana 1 – 05/11 – não haverá aula dia 02/11	Semana 2 – 12/11 - avaliação da saúde do idoso e mental 2 pontos	Semana 3 – 19/11 – não haverá aula dia 16/11	Semana 4 – 26/11 - avaliação de toda a etapa/ relatório de atividade 3 pontos
1 ALUNO A				
2 ALUNO B				
3 ALUNO C				
4 ALUNO D				
5 ALUNO E				
Pontuação				



<p>A história do Modelo Biomédico: Ascensão e Crise</p> <p>Limitações do Modelo Biomédico na APS</p>	<p>Conhece os fundamentos da Medicina de Família e Comunidade (Definição da WONCA)</p>	<p>Explora apropriadamente as ideias do paciente (crenças, causas), preocupações relacionadas aos problemas identificados e expectativas (objetivos; quais ajudas o paciente espera para cada um dos problemas).</p> <p>Utiliza os componentes da abordagem centrada na pessoa.</p>						
<p>O modelo Biopsicossocial</p>	<p>Aplica o conceito ampliado de saúde</p>	<p>Facilita a comunicação por meio do uso equilibrado de técnicas com perguntas abertas e fechadas e uso de facilitadores verbais e não verbais (encorajamento, silêncio atencioso, repetição, parafraseando, interpretando).</p> <p>Demonstra abordagem efetiva para problemas indiferenciados.</p>						
<p>O uso do Modelo Biopsicossocial na APS</p>		<p>Estimula no paciente as competências para o autocuidado.</p> <p>Maneja o papel da família no processo saúde doença.</p>						

<p>Conhece o <i>Método Clínico Centrado na Pessoa</i>.</p>	<p>Maneja os ciclos familiares, as crises vitais, considerando a funcionalidade familiar.</p>						
<p>Reconhece a importância do trabalho em equipe.</p>	<p>Gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos de pessoas e coletivos, apoiados em um conceito ampliado de saúde</p> <p>Explica com clareza prescrições, indicações de procedimentos, cirurgias e referenciamento a outros especialistas</p>						

Gestão Clínica	Coordena o cuidado de seus pacientes	<p>Conhece tecnologias de gestão da clínica para lidar com fatores como pressão assistencial, frequência, lista de pacientes, estratificação de risco e/ou vulnerabilidade</p> <p>Problematiza a gestão da agenda, observando consultas individuais, grupais, visitas domiciliares, consultas agendadas e não agendadas e tarefas administrativas</p> <p>Oferece uma ampla gama de serviços dentro de seu escopo de ações e adapta sua prática para as necessidades de seus pacientes.</p> <p>Coordena o cuidado de saúde de seu paciente de acordo com suas necessidades, buscando comunicar-se com outros profissionais envolvidos no cuidado.</p>						

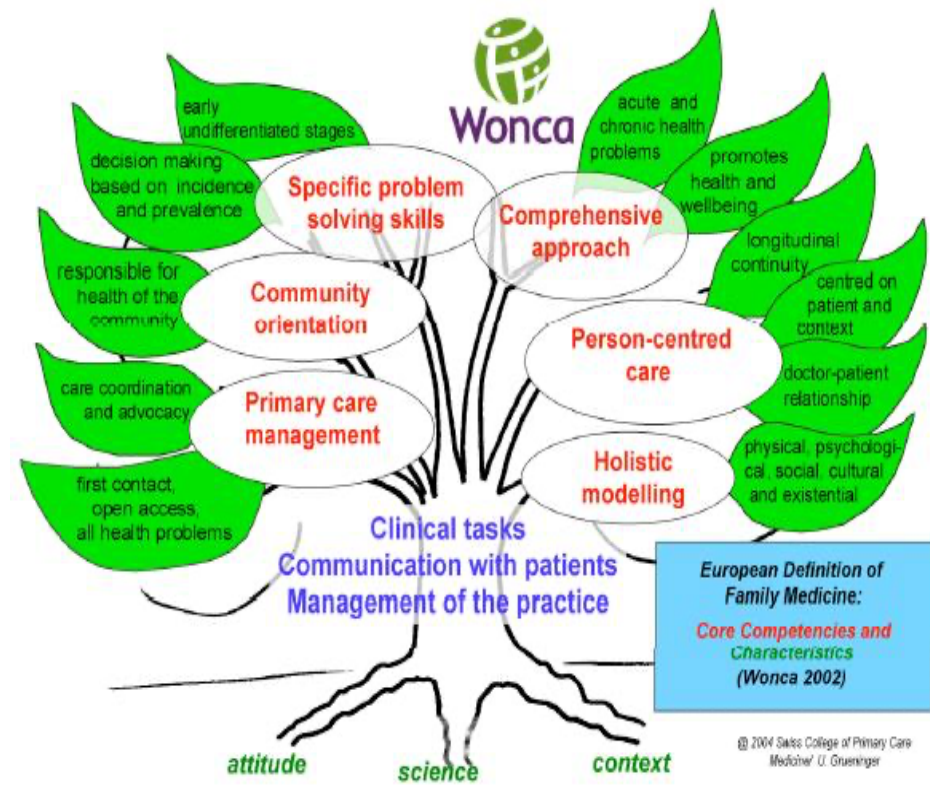
<p>A gestão da Clínica através do M CCP na APS</p>	<p>Utiliza eficientemente os recursos de saúde por meio da coordenação de cuidados, do trabalho com outros profissionais, no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo sempre que necessário, um papel de advocacia pelo paciente.</p>	<p>Solicita judiciosamente exames complementares.</p>						
<p>Os princípios essenciais da APS</p> <p>O acesso Avançado e outros modelos organizativos de agenda.</p>	<p>Conhece os fundamentos da Atenção Primária à Saúde tendo como referência os descritos por Barbara Starfield.</p>	<p>Utiliza o registo orientado por problemas de forma adequada afim de facilitar a longitudinalidade.</p> <p>Conhece o contexto familiar e comunitário den seus pacientes.</p> <p>Conhece os seus pacientes e sua familia e amplia esse conhecimento ao longo do tempo.</p>						

<p>A integralidade e a coordenação do cuidado através do MCCP.</p>		<p>Utiliza o tempo como recurso diagnóstico (demora permitida, distribuir avaliações complexas em mais de uma consulta).</p> <p>Problematiza a gestão da agenda, observando consultas</p> <p>individuais, grupais, visitas domiciliares, consultas agendadas e não agendadas e tarefas administrativas</p> <p>Conhece as características específicas da especialidade que afetam a tomada de decisão: fácil acesso, doenças indiferenciadas e/ou com manifestações iniciais, falta de organização na apresentação da doença, incerteza sobre a importância do problema, longitudinalidade e agenda oculta.</p>						
<p>O Raciocínio Clínico Síndrômico</p>	<p>Demonstra abordagem efetiva para problemas indiferenciados.</p>	<p>Conhece as diferentes estratégias para</p>						

	<p>Sabe fazer bom uso das fontes de referência (diretrizes, livros, artigos, abordagens, protocolos, portais na internet) para a tomada de decisão</p>	<p>raciocínio clínico (intuitivo e analítico).</p> <p>Ouve atentamente a declaração inicial do paciente, sem interrompê-lo ou dirigi-lo.</p>						
	<p>Utiliza a epidemiologia clínica aplicada ao raciocínio clínico</p>	<p>Incorpora a narrativa da pessoa ao raciocínio clínico.</p> <p>Obtém informações relevantes sobre o paciente e seu sofrimento para o seu raciocínio clínico.</p>						
<p>Lidando com incertezas na prática médica.</p>	<p>Considera a incerteza como parte do processo de raciocínio clínico.</p>	<p>Considera a incerteza como inerente ao processo de tomada de decisões.</p>						
<p>Prática baseada em evidências: a interpretação de metanálises e Ensaios Clínicos Randomizados</p> <p>Prática baseada em evidências: Fontes primárias de evidências</p>	<p>Conhece os fundamentos da metodologia científica.</p>	<p>Domina os conceitos fundamentais de epidemiologia clínica tais como incidência, prevalência, níveis de evidência, eficácia, eficiência e efetividade, redução relativa de risco (RRR) e redução absoluta de</p>						



<p>(Pubmed/Scielo) e elaborar a pergunta PICO.</p>	<p>Diferencia fontes de dados primárias de secundárias</p>	<p>risco (RAR), número necessário para rastrear (NNS), número necessário para causar dano (NNH).  Analisa criticamente artigos científicos.</p>						
	<p>Elabora uma pergunta PICO frente uma dúvida clínica cotidiana</p>							
							<p><b>Total em 100%</b></p>	



## ANEXO D

## Formulário de avaliação Atença

Avaliação de práticas de ensino-serviço CENÁRIOS PRÁTICA - Conceito do Aluno										
Nome aluno:			Matrícula:							
Disciplina:		Tipo Avaliação: ( ) Formativa ( ) Somativa		Data Avaliação:						
Item	Dominios	Atitudes, habilidades, Conhecimentos	Critérios					Avaliação professor	Avaliação aluno	Conceito final
			10	8	5	3	1			
1	Profissionalismo	Pontualidade, apresentação pessoal	sem atraso, vestimenta adequada ao ambiente profissional	1 atraso (até 15 minutos, deixa a desejar na apresentação pessoal	2 atrasos (até 15 minutos cada) + uniforme pouco condizente, aspecto físico pouco desagradavel	3 atrasos (até 15 minutos cada) + vestimenta não condizente + aspecto físico desagradavel	Mais de três atrasos ( até 15 minutos cada) + vestimento incompatível com ambiente profissional			
2		Ética - Senso de equilibrio e imparcialidade no julgamento do seu trabalho e de trabalhos de terceiros	conhece os preceitos da ética e conhece bem o código de ética médica]	tem noções de bom senso profissional sem caracterizar como questões éticas	pouco discernimento e bom senso profissional	apresenta algumas decisões ou pensamentos ainda sem referência ética	Comete desvios éticos passíveis de avaliação ética disciplinar			

3		Relacionamento interpessoal - habilidade para relacionar-se e estabelecer um ambiente agradável de respeito	boa sociabilidade com a comunidade institucional e estabelece parcerias	sociável mas pouco parceiro	nível razoável de sociabilidade	indiferente ao relacionamento com os colegas e demais membros da comunidade	pouca habilidade para relacionar-se em todos os sentidos.			
4	Reporter	Identifica elementos de história clínica. Anamnese, registra sintomas e sinais.	Realiza uma boa anamnese com história e exame clínico, sabe comunicar os achados	Tem dificuldade de estabelecer prioridades e ordenar as informações	tem dificuldade para identificar elementos de história clínica	deixa a desejar em algum campo da história clínica ou exame físico	tem limitações claras para realizar a identificação da história clínica anamnese e exame físico			
5	Interpreta	Raciocínio clínico, síndromes clínicas, interpreta os achados da história clínica	identifica bem síndrome clínicas e formula bons diagnósticos	identifica sinais e sintomas de forma satisfatória	tem dificuldade para organizar o pensamento e não identifica sinais e sintomas relevantes.	tem limitações para identificar síndrome clínicas bem como identificar sinais e sintomas	Não consegue identificar sinais e sintomas e com limitações importantes de identificar síndromes clínicas			
6	Gerencia	Iniciativa para tomar decisões, solicitação exames, definição de tratamentos	acerta nas decisões, escolhe bem exames e faz um bom plano de tratamento	erra em algumas decisões, dificuldade com exames e plano de tratamento com limitações	Tem dificuldade para tomar decisões com problemas nos exames e no plano de tratamento	As decisões são confusas, a avaliação dos exames com dificuldade e o plano de tratamento tem deficiências	Tem dificuldade com decisões e com avaliação dos exames inadequada e com planos de tratamento com defeitos.			
7		Qualidade do trabalho, Presteza e resultados	raramente comete erros, ótimos resultados	comete poucos erros, resultados são satisfatórios	resultados aceitáveis porém comete erros com muita frequência	erra com muita frequência resultados regulares	resultados poucos satisfatórios, comete muitos erros.			

8		Responsabilidade - Nível de comprometimento do trabalho e atividades delegadas	orientação e supervisão pouco necessárias, alto nível de comprometimento e responsabilidade	bastante responsável e pouca supervisão	necessita de monitoramento constante	monitoramento constante e dependência da supervisão	evita responsabilidades, foge das tarefas			
9										
10	Educador	Didática, ensina os colegas e pacientes, transmite conhecimentos, Aprendizado e Cooperação	Apresenta bom conhecimento sobre os assuntos orienta os pacientes executa pesquisas além do conhecimento usual + Interesse no aprendizado, curiosidade positiva, procura aperfeiçoar-se, coopera e adapta-se bem ao grupo	não demonstra interesse em compartilhar suas informações + se interesse por novos aprendizados, normalmente coopera, adapta-se bem ao grupo	executa e orienta com dificuldade + aprende quando motivado, coopera medianamente	pouca informação de aprendizado para colegas e pacientes são transmitidas + pouco interesse, coopera pouco, insatisfatório	não realiza qualquer tipo de troca de informações com colegas ou pacientes. + não interessa mesmo motivado, nunca coopera			

Data inicio	Data Conclusão
-------------	----------------

## ANEXO E

## Formulário de avaliação Atenção à saúde 2019 e 2020-1

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CAMPO  
NÚCLEO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

<b>UBS:</b>											<b>PERÍODO:</b>		<b>ANO/SEMESTRE:</b>																																																																																																										
<b>ETAPA:</b>																																																																																																																							
<b>PRECEPTOR:</b>													<b>TURMA</b>																																																																																																										
<b>ALUNOS</b>																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 5%;">INTERESSE</th> <th style="width: 5%;">PONTUALIDADE/ASSIDUIDADE</th> <th style="width: 5%;">CONHECIMENTO EVOLUTIVO</th> <th style="width: 5%;">RELAÇÃO COM OS PARES</th> <th style="width: 5%;">RELAÇÃO COM A EQUIPE DA UNIDADE</th> <th style="width: 5%;">RELAÇÃO COM OS PACIENTES</th> <th style="width: 5%;">RELAÇÃO COM O PRECEPTOR</th> <th style="width: 5%;">POSTURA (ATITUDE)</th> <th style="width: 5%;">HABILIDADES</th> <th style="width: 5%;">TOTAL(5 PONTOS)</th> <th style="width: 5%;">*Faltas (5 pontos)</th> <th style="width: 5%;">HABILIDADES - CORRESPONDE AO QUE VOCÊ (PRECEPTOR) ESPERA, ISTO É, A</th> <th style="width: 5%;">TOTAL EM 10 PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																	INTERESSE	PONTUALIDADE/ASSIDUIDADE	CONHECIMENTO EVOLUTIVO	RELAÇÃO COM OS PARES	RELAÇÃO COM A EQUIPE DA UNIDADE	RELAÇÃO COM OS PACIENTES	RELAÇÃO COM O PRECEPTOR	POSTURA (ATITUDE)	HABILIDADES	TOTAL(5 PONTOS)	*Faltas (5 pontos)	HABILIDADES - CORRESPONDE AO QUE VOCÊ (PRECEPTOR) ESPERA, ISTO É, A	TOTAL EM 10 PONTOS	1											0		0		2											0		0		3											0		0		4											0		0		5											0		0		6											0		0	
		INTERESSE	PONTUALIDADE/ASSIDUIDADE	CONHECIMENTO EVOLUTIVO	RELAÇÃO COM OS PARES	RELAÇÃO COM A EQUIPE DA UNIDADE	RELAÇÃO COM OS PACIENTES	RELAÇÃO COM O PRECEPTOR	POSTURA (ATITUDE)	HABILIDADES	TOTAL(5 PONTOS)	*Faltas (5 pontos)	HABILIDADES - CORRESPONDE AO QUE VOCÊ (PRECEPTOR) ESPERA, ISTO É, A	TOTAL EM 10 PONTOS																																																																																																									
1											0		0																																																																																																										
2											0		0																																																																																																										
3											0		0																																																																																																										
4											0		0																																																																																																										
5											0		0																																																																																																										
6											0		0																																																																																																										

7											0		0
8											0		0
9											0		0
10											0		0

**\*ATENÇÃO:**

<b>0 FALTAS: GANHA 5 PONTOS</b>
<b>1 FALTA: PERDE 1 PONTO</b>
<b>2 FALTAS OU MAIS : ZERA TODA PONTUAÇÃO DA ETAPA NA UBS</b>

AS CÉLULAS ESTÃO DESPROTEGIDAS E A NOTA FINAL SERÁ OBTIDA AUTOMATICAMENTE, BASTA ALIMENTAR OS ITENS! CADA PLANILHA DEVERÁ SER SALVA COM O PERÍODO E O PROFESSOR CORRESPONDENTE

CARIMBO E ASSINSTURA DO PRECEPTOR

## APÊNDICE A

### **Roteiro da entrevista realizada individualmente e por telefone com os preceptores voluntários**

1. Identificação
  - 1.1. **Quem é você? Se apresente para que eu possa te conhecer melhor.**
    - 1.1.1. Nome
    - 1.1.2. Idade
    - 1.1.3. Gênero
    - 1.1.4. Estado civil
2. Formação
  - 2.1. **Como foi sua formação?**
    - 2.1.1. Graduação
    - 2.1.2. Residência/especialização
    - 2.1.3. Titulação
    - 2.1.4. Experiência profissional
3. Relação com a preceptoria
  - 3.1. **Como começou sua relação com a preceptoria?**
    - 3.1.1. Quando
    - 3.1.2. Como
    - 3.1.3. Onde
  - 3.2. **Você já trabalhou com quais períodos e de quais escolas?**
    - 3.2.1. Instituições
    - 3.2.2. Períodos
  - 3.3. **E o que você pensa sobre a preceptoria?**
    - 3.3.1. Importância
    - 3.3.2. Papel na formação
4. Matrizes de competências
  - 4.1. **Você conhece matrizes de competências?**
    - 4.1.1. Conceito
  - 4.2. **Quais conhecimentos cuja avaliação você considera essenciais no acadêmico de Medicina?**
    - 4.2.1. Habilidades
    - 4.2.2. Conhecimentos



4.2.3. Atitudes

5. Avaliação

**5.1. Liste as 3 primeiras palavras que te ocorrem quando falamos em avaliação**

**5.2. Me conte sobre sua relação com a avaliação no seu trabalho com os acadêmicos.**

5.2.1. No processo de ensino

5.2.2. No ensino prático

5.2.3. Dificuldades

**5.3. Como ocorrem as avaliações?**

5.3.1. Frequência

5.3.2. Instrumentos

5.3.3. Critérios

5.3.4. Estratégias

5.3.5. Expectativa

**5.4. Há algum destaque que você gostaria de fazer em relação a avaliação de acadêmicos de Medicina realizando estágio curricular na atenção primária?**

## APÊNDICE B

### Modelo de e-mail que solicitou aos preceptores voluntários que listassem habilidades de anamnese esperadas dos alunos a cada período

Olá!

Aqui é a Juliana, e conforme contato anterior por meio de aplicativo de mensagem, eu gostaria de retomar aquela conversa que iniciamos nos primeiros meses de 2020, sobre a preceptoria!

Preciso saber o que você considera essencial de ser ensinado em cada um dos períodos (quarto ao oitavo) da disciplina de “Atenção à saúde” a cerca de anamnese (e assim, o que é essencial que o acadêmico saiba – e saiba fazer – ao final de cada período sobre o assunto).

Em anexo segue uma tabela com 4 tipos de habilidades e conhecimentos a serem apontados: aqueles que devem ser introduzidos - apresentados - em cada período, aqueles que devem ser sistematizados ou reforçados, aqueles que precisam ser ampliados ou mais "explorados" e aqueles que devem ser consolidados ou reforçados com os alunos em cada período.

Solicito que você preencha o maior número de dados possível, especialmente daqueles períodos em que você já atuou.

Certa da sua atenção, agradeço!

#### Tabela em anexo no email:

Tabela de conhecimentos e habilidades em anamnese na disciplina “Atenção à Saúde”

	4º Período	5º Período	6º Período	7º Período	8º Período
Conhecimentos a serem introduzidos					
Conhecimentos a serem sistematizados					

Conhecimentos a serem ampliados					
Conhecimentos a serem consolidados.					

## APÊNDICE C

### **Modelo de e-mail que acompanhou o texto “Considerações sobre anamnese” quando do envio deste aos preceptores**

Olá, colegas!

Espero que estejam bem!

É parte da minha dissertação de mestrado, na qual vocês têm me ajudado tanto, um texto sobre a anamnese. Uma vez que o instrumento de avaliação será dedicado a esta parte do extenso aprendizado que os acadêmicos buscam nas aulas práticas da Atenção à Saúde, é preciso definir melhor o que é ensinado para que dimensionar mais claramente o que se avalia.

Desta forma, gostaria de pedir a cada um de vocês que leiam o texto em anexo e, na medida do possível, me passem suas impressões sobre ele. Quero pedir que não se intimidem por receio em me ofender. O que preciso é de uma leitura crítica com apontamento do maior número de problemas e vieses que encontrarem. Imaginem que este poderia ser o texto de referência ao qual os alunos recorreriam tanto no aprendizado da semiologia quanto ao longo do curso, quando tivessem dúvidas e dificuldades, ou quando um feedback negativo sobre suas anamneses fosse recebido.

E me digam:

1. Você acredita que este texto poderia ser uma referência para os alunos no aprendizado da semiologia e ao longo do curso?
2. Existe algum aspecto da anamnese que não foi abordado (e deveria ser) neste texto?
3. Você acrescentaria ou retiraria algum trecho deste texto?

Por favor, fiquem a vontade para fazer suas observações por escrito no próprio texto, em um texto separado, ou na forma de áudio. E me respondam por email, WhatsApp ou ainda por ligação telefônica, o que lhes for mais prático!

Mais uma vez agradeço a dedicação e as contribuições que vocês têm me dado!

## APÊNDICE D

### **Modelo de e-mail que acompanhou o texto “Considerações sobre anamnese” quando do envio deste aos alunos**

Olá, caros alunos!

Espero que estejam bem!

Peço que me confirmem o recebimento deste.

É parte da minha dissertação de mestrado um texto sobre a anamnese. Apesar de meu tema central ser a avaliação, é preciso definir melhor o que é ensinado para se dimensionar mais claramente o que se avalia. Uma vez que na próxima semana a anamnese será uma parte do tema da nossa aula, gostaria que cada um de vocês, que aceitaram meu convite, lessem o texto em anexo e, na medida do possível, me passassem suas impressões sobre ele.

Quero pedir que não se intimidem por receio em me ofender. O que preciso é de uma leitura crítica com apontamento do maior número de problemas e vieses que encontrarem. Imaginem que este poderia ser um texto de referência ao qual vocês poderão recorrer longo do curso, quando tiverem dúvidas e dificuldades, ou quando um feedback negativo sobre suas anamneses for recebido.

E me digam:

1. Idade:
2. Identificação sexual:
3. Tipo de escola em que concluiu o segundo grau (particula/particular com bolsa/pública)
4. Possui graduação anterior?
5. Qual foi o tipo de processo seletivo pelo qual você passou para ingressar neste curso de Medicina (transferencia / processo seletivo próprio da instituição / Obtenção de novo título / se outro, cite)?
6. Você possui algum tipo de bolsa ou financiamento para o curso?
7. Você acredita que este texto poderia ser uma referência no aprendizado da técnica de anamnese?
8. Existe algum aspecto da anamnese que ficou mal explicado (e deveria ser mais trabalhado) neste texto?
9. Alguma parte deste texto te deixou em duvida em relação a algum conceito ou a como realizar alguma parte da técnica?

Por favor, fiquem a vontade para fazer suas observações por escrito no próprio texto, em um texto separado, ou na forma de áudio. E me respondam por email ou por escrito na próxima aula, o que lhes for mais prático!

Antecipo agradecimentos pela dedicação e pelas contribuições que certamente vocês trarão!"

Atenciosamente,

## APÊNDICE E

### Modelo de termo de consentimento livremente esclarecido (TCLE) assinado pelos preceptores voluntários

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVREMENTE ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar de pesquisa “AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que integra o projeto “Estilos e modos de organização do Ensino” coordenado pela Profa. Dra. Gladys Rocha, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, a ser desenvolvida no triênio 2018-2020. Sua adesão é voluntária e de livre escolha, não tem implicações diretas sobre sua atividade profissional. Não há nenhum ônus ou restrição caso não deseje participar, assim como nenhum bônus, em função da adesão à pesquisa. Sua autorização permitirá que aspectos abordados nos questionários e entrevistas, coletados durante a pesquisa, sejam utilizados como material de análise na pesquisa, que tem o objetivo de contribuir para visibilizar o processo de avaliação como parte dos processos de ensino e de aprendizagem no ensino prático da APS, facilitando e objetivando a avaliação nesta situação. Vale destacar que os dados obtidos não remetem a formas corretas ou incorretas, mas à apreensão de diferentes modos de encarar a avaliação do desenvolvimento prático dos acadêmicos, em contextos distintos. Sua identidade, sua autoria, nome e dados pessoais serão preservados e o material coletado será destinado exclusivamente à pesquisa. Apenas a coordenadora e pesquisadora envolvidas no estudo terão acesso direto aos dados.

A pesquisa oferece riscos mínimos de cansaço ou constrangimento eventuais, durante os procedimentos de respostas aos questionários, ou entrevistas. Caso isso ocorra, a pesquisa será interrompida até que você se sinta disposto a continuar e sejam acordados procedimentos que reduzam a situação de desconforto. Você poderá, ainda, optar por encerrar sua participação. A pesquisadora estará disponível para esclarecer suas dúvidas, durante todo o processo. Se necessário, especificamente em casos de dúvidas éticas, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Você também tem o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo pessoal, ou profissional. Reafirmamos que os dados serão confidenciais e que sua divulgação em congressos ou publicações ligadas à pesquisa, não implicarão na explicitação de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). Diante dos esclarecimentos prestados e da garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados de forma confidencial, aceito participar da investigação intitulada “AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, na condição de voluntário e assino o presente documento, em duas vias originais, de igual teor.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Como pesquisadora responsável pelo estudo “AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, assumo a responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos informados e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre sua identidade.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_

[gladysrocha1@gmail.com](mailto:gladysrocha1@gmail.com)

Coordenadora do Projeto

Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino - DMTE – Faculdade de Educação FAE – UFMG

(31)3409.5329

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901

Telefax: (31) 3409-4592 - e-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

## APÊNDICE F

### Modelo de autorização para realização de pesquisa assinada responsável pela instituição de ensino superior (IES) onde a pesquisa se dá

#### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Eu (**nome do responsável pela instituição**), abaixo assinado, responsável pela (**nome da instituição**), autorizo a realização do estudo “*AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*” que integra o projeto “Estilos e modos de organização do Ensino” coordenado pela profa. Dra. Gladys Rocha. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas envolvendo alunos e preceptores de campo da instituição que ora represento.

Declaro ter conhecimento do Termo de Consentimento Livrementemente Esclarecido (TCLE) destinado aos preceptores e alunos da escola envolvidos na pesquisa e que, assim como os dados dos preceptores e alunos, os dados institucionais têm também, seu sigilo garantido.

Declaro, ainda, que esta instituição conhece e cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, e está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

**Local, dia do mês e ano.**

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Como pesquisadora responsável pelo estudo *AVALIAÇÃO FORMATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*, assumo a responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos informados e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre sua identidade.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Gladys Rocha  
 Coordenadora do Projeto  
 Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino - DMTE – Faculdade de Educação  
 FAE – UFMG (31)3409.5329  
 Dados do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG  
 Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005

## APÊNDICE G

### Modelo de termo de consentimento livremente esclarecido (TCLE) assinado pelos estudantes voluntários

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVREMENTE ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar de pesquisa “**AValiação no Ensino da Atenção Primária à Saúde**: construindo um referencial a partir da anamnese”, desenvolvida pela Profa. Juliana Lara de Oliveira. Esta pesquisa integra projeto mais amplo, “Estilos e modos de organização do ensino”, coordenado pela Prof. Dra. Gladys Rocha, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, a ser concluída no ano de 2021. Sua adesão é voluntária e de livre escolha, não tem implicações diretas sobre sua atividade estudantil. Não há nenhum ônus ou restrição caso não deseje participar, assim como nenhum bônus, em função da adesão à pesquisa. Sua autorização permitirá que aspectos abordados nos questionários e entrevistas, coletados durante a pesquisa, sejam utilizados como material de análise na pesquisa, que tem o objetivo de contribuir para explicitar o processo de avaliação como parte dos processos de ensino e de aprendizagem no ensino prático da APS, facilitando e objetivando a avaliação para os sujeitos em questão. Vale destacar que os dados obtidos não remetem a formas corretas ou incorretas, mas à apreensão de diferentes modos de encarar a avaliação do desenvolvimento prático dos acadêmicos, em contextos distintos. Sua identidade, sua autoria, nome e dados pessoais serão preservados e o material coletado será destinado exclusivamente à pesquisa. Apenas a coordenadora e pesquisadora envolvidas no estudo terão acesso direto aos dados.

A pesquisa oferece riscos mínimos de cansaço ou constrangimento eventuais, durante os procedimentos de observação às atividades habituais de campo. Caso isso ocorra, a pesquisa será interrompida até que você se sinta disposto a continuar e sejam acordados procedimentos que reduzam a situação de desconforto. Você poderá, ainda, optar por encerrar sua participação. A pesquisadora estará disponível para esclarecer suas dúvidas, durante todo o processo. Se necessário, especificamente em casos de dúvidas éticas, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

Você também tem o direito de retirar seu consentimento em qualquer fase, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo pessoal, ou profissional. Reafirmamos que os dados serão confidenciais e que sua divulgação em congressos ou publicações ligadas à pesquisa, não implicarão na explicitação de quaisquer informações que possam identificá-lo(a). Diante dos esclarecimentos prestados e da garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados de forma confidencial, aceito participar da investigação intitulada “**AValiação no Ensino da Atenção Primária à Saúde**: Construindo um referencial a partir da anamnese”, na condição de voluntário e assino o presente documento, em duas vias originais, de igual teor.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_

Como pesquisadora responsável pelo estudo “**AValiação no Ensino da Atenção Primária à Saúde**: Construindo um referencial a partir da anamnese”, assumo a responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos informados e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre sua identidade.

Belo Horizonte, 30 de junho de 2021

[julara.med@gmail.com](mailto:julara.med@gmail.com)



[gladysrocha1@gmail.com](mailto:gladysrocha1@gmail.com)

Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino - DMTE – Faculdade de Educação FAE – UFMG  
(31)3409.5329

Dados do Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901 Telefax: (31) 3409-4592 - e-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)