

LUIZ MEGALE

COMPETÊNCIA CLÍNICA EM PEDIATRIA:
proposta de instrumento de avaliação discente no Internato

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE

2007

LUIZ MEGALE

COMPETÊNCIA CLÍNICA EM PEDIATRIA:
proposta de instrumento de avaliação discente no Internato

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Joaquim Antônio César Mota

Co-Orientadora: Profa. Eliane Dias Gontijo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE

2007

M496c Megale, Luiz.
Competência clínica em pediatria [manuscrito] : proposta de instrumento de avaliação discente no internato / Luiz Megale. – 2007.
98 f., enc. : il. color., p & b, graf., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota.

Co-orientadora: Profa. Dra. Eliane Dias Gontijo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

Área de concentração: Ciências da Saúde. Saúde da Criança e do Adolescente.

Linha de pesquisa: Educação Médica.

Bibliografia: f. 90-92.

Anexos: f. 93-98.

1. Educação médica – Teses. 2. Medicina – Estudo e ensino – Teses. 3. Médicos – Formação profissional – Teses. 4. Estudante de medicina – Avaliação – Teses. 5. Competência clínica – Teses. 6. Prática profissional – Teses. I. Mota, Joaquim Antônio César. II. Gontijo, Eliane Dias. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. IV. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Francisco José Penna

Vice-Diretor: Tarcizo Nunes

Coordenador de Centro da Pós-Graduação: Carlos Faria do Amaral

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

Coordenador Prof. Joel Alves Lamounier

Subcoordenador Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof^a Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Penna

Prof^a Ivani Novato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a Regina Lunardi Rocha

Representante discente: Rute Maria Velásquez Santos

Aos meus pais,
À Simone, pela cumplicidade nos sonhos e companheirismo na realidade
Aos filhos, Rodrigo, Eduardo e Alexandre pela alegria
de vê-los crescer e ainda considerá-los meninos...
Ao João, filho novo, amor novo, pela alegria de
trazer a infância de volta à nossa casa,

dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Joaquim Antônio César Mota pela confiança, tranquilidade e estímulo constante.

À minha co-orientadora Profa. Eliane Dias Gontijo pela ajuda incansável e atenciosa.

Aos pais das crianças internadas que permitiram que fossem filmadas durante a consulta

Aos acadêmicos da disciplina Internato de Pediatria que se prontificaram em ajudar, participando das filmagens

Aos professores: Maria Tereza, Claudia Regina, Maria Regina, Maria Elizabeth, Fernando Graciano, Mirtes, Petrônio, Paulo Pimenta, Egléa, Penido, Glaucia, Maria Albertina, Lincoln, Tarcísio, Cássio, Mariza e Luciano pela amizade e simpatia com que se dispuseram à ajudar, assistindo e comentando todos os vídeos.

Especialmente, agradeço aos professores: Marcos Vasconcelos, Reynaldo, José Sabino, Alexandre, Benigna, Dudu e Maria Cândida, pela atenção e disponibilidade em ajudar, muitas vezes alterando sua rotina de trabalho. Sem sua valiosa colaboração este estudo não se realizaria.

Agradeço também aos professores: Eliane Dias Gontijo, Maria Conceição Werneck Cortes, José Renan da Cunha Melo, Andréia Camargos Rocha, Maria Regina de Almeida Viana e Gláucia Manzan Queiroz de Andrade, componentes da Comissão Permanente de Avaliação, berço da idéia e das discussões que resultaram neste trabalho.

À Profa. Heloisa Junqueira pela tradução da escala.

Agradeço ao Fabiano pela filmagem, e ao Salles pela amizade e revisão deste trabalho.

Por fim, agradeço à minha família a compreensão nestes dias atribulados.

“O professor disserta sobre o ponto difícil do programa.
Um aluno dorme, cansado das canseiras desta vida.
O professor vai sacudi-lo?
Vai repreendê-lo?
Não. O professor baixa a voz com medo de acordá-lo”

(Carlos Drummond de Andrade)

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
Lista de figuras e tabelas	11
Lista de abreviaturas	12
1 Introdução	13
2 Marco Teórico	18
3 Hipótese	39
4 Objetivos	40
5 Metodologia	41
6 Resultados	49
7 Discussão	58
8 Consideração Finais	74
9 Conclusões	77
Referências	78
Anexos	83

RESUMO

A certificação de que o estudante graduado está apto a exercer a profissão com competência, é uma exigência da sociedade e responsabilidade da instituição formadora. Na educação médica, as competências envolvidas constituem, quase sempre, conhecimentos e habilidades complexas, com inter-relações variadas entre os domínios, ao lado do desenvolvimento de valores éticos, atitudes e comportamentos, todos essenciais ao futuro exercício profissional. Portanto, a avaliação do estudante de medicina deve incluir uma diversidade de instrumentos voltados para aspectos específicos que permitam identificar as áreas de desempenho que necessitam ser fortalecidas para garantir um atendimento de qualidade à população.

Apesar do currículo do curso médico da UFMG, desde 1975, contemplar plenamente o desenvolvimento de competências para o exercício da profissão, paradoxalmente, o processo de avaliação prioriza os conteúdos cognitivos. A avaliação das habilidades clínicas é feita de maneira informal e individual por meio de notas de conceito, dada pelo professor ao final da disciplina, baseada, principalmente, no comportamento do estudante, sem critérios bem definidos, o que pode propiciar avaliações viciadas e influenciadas pelo “efeito halo”.

A avaliação de competências clínicas é uma etapa essencial na formação do estudante de medicina e deve ser feita pela observação direta do desempenho em situação real. O presente projeto tem como objetivo determinar a confiabilidade e a consistência interna de um instrumento para avaliação de competências, cujo formato é de uma observação curta (15 a 20 minutos) feita por um preceptor/professor a um atendimento conduzido pelo estudante. Logo após o término da consulta o professor faz um breve retorno ao estudante (*feedback*), apontando as áreas em que esse foi bem avaliado e aquelas em que há necessidade de maior investimento. A avaliação de cada uma das competências – entrevista, exame físico, qualidades humanísticas, raciocínio clínico, habilidades de orientação, organização e competência clínica geral – é medida em uma escala de 1 a 9 sendo as notas de 1 a 3 consideradas como insuficientes, 4, 5 e 6 como suficientes e 7 a 9 como superiores. Não há em nosso meio nenhum estudo sistematizado sobre o Mini-Ex.

Foram produzidos 12 vídeos mostrando o desempenho do estudante em atendimento à pacientes internados na Enfermaria de Pediatria e Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da UFMG. Vinte e quatro professores experientes do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, com média de 28 anos de docência, assistiram individualmente aos filmes, pontuando os componentes da competência no Mini-Ex.

O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,708 com intervalo de confiança de 95% e o Coeficiente Alfa de Cronbach variou entre 0,87 e 0,96 indicando boa confiabilidade do instrumento. O escore de satisfação com o instrumento dos participantes foi de respectivamente 7,5 entre os professores e 8,3 para os estudantes. O Coeficiente de Correlação de Pearson entre o escore do Grau de Satisfação do Professor e o item Competência clínica geral mostrou-se elevado ($R = 0,97$) e altamente significativo (valor $-p < 0,001$).

Os achados concordam com a literatura e recomendam o prosseguimento de estudos para a avaliação dos critérios de validade e exequibilidade.

ABSTRACT

The certification that graduated students are able to work in their professional careers with total competence is not only the responsibility from the education institution but also a requirement from the society. In medical education, the involved competences constitute most of the time knowledge and complex abilities with different inter-relations between the development of ethical values, attitudes and behavior, all of them, essential to the future of professional practice. Medical students evaluation, therefore, must include a variety of tools related to specific aspects to allow the identification of the areas that need to be improved, in order to offer the society, a high quality of service.

Although the medical school at Federal University of M.G. has reached, since 1975, the necessary tools and competences for the professional development, the evaluation process still tends more to cognitive contents acquisition. Clinical skills evaluation is made in an informal and private process by the professor, at the end of, the discipline, mainly based on the student behavior without clear criteria, which may cause a wrong evaluation and may be influenced by the "halo effect".

The clinical competence evaluation is an essential step in the medicine student formation and must be done through the direct observation of students' performance in real situation.

The present project aims to determine reliability and internal consistence of a tool to evaluate competences, in which a short observation (15 to 20 minutes) is done by a professor in the moment the student is working with a patient.

After the end of the observation, the professor provides the student the feedback, showing the areas in which his performance was good and the ones he needs to improve. The evaluation of each competence: interview, physical exams, humanistic qualities, clinical judgement, skills for orientation, organization and general clinical competence will be ranged in a scale from 1 to 9, where 1, 2 and 3 are considered insufficient or insatisfactory, 4, 5 and 6, sufficient and 7 to 9 superior

12 videos were produced showing the students' performance in helping inpatients at Pediatric Nursery and Neonatal Care at the Clinical Hospital of UFMG, Brazil. These videos were watched, one by one, by 24 expert professors from the Pediatric Department of Medical Faculty, of Minas Gerais, all of them with 28 years of experience and they ranged the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex) in competence components. The Intra Class Correlation Coefficient (ICC) was 0,708 with a reliable interval of 95%, and the Cronbach's alfa Coefficient had a variation between 0,87 to 0,96 indicating good reliability and internal consistency of the instrument. The initial data suggests that Mini-Cex is a reliable tool and the studies must continue to determine its validity and feasibility.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Distribuição de frequências das características dos professores.....	50
Tabela 2. Distribuição de frequências das informações sobre a consulta.....	51
Tabela 3. Variabilidade dos escores obtidos pelos estudantes e dos escores dos professores segundo cada item do instrumento	51
Tabela 4. Coeficiente alfa de Cronbach com intervalo de 95% de confiança para cada item do instrumento.....	52
Tabela 5. Comparação entre os escores dados aos estudantes por professores que atuam na enfermaria ou ambulatório	53
Tabela 6. Comparação entre os escores dados aos estudantes por professores que assistiram ou não o vídeo com o pesquisador	54
Tabela 7. Comparação entre as notas dadas aos estudantes por professores assistentes ou adjuntos	54
Tabela 8. Comparação entre as notas dos estudantes por sexo.....	55
Tabela 9. Descritivas da competência clínica por estudante	56
Tabela 10. Média e desvio-padrão em cada item do instrumento por estudante	56
Tabela 11. Algumas informações sobre os vídeos com pior desempenho.....	56
Tabela 12. Média geral dos 6 itens da escala e escore médio da competência clínica geral	57
Tabela 13. Análise descritiva do grau de satisfação do professor e do estudante	57
Figura 1. Coeficiente alfa de Cronbach por item e total.....	52
Quadro 1. Idade, diagnóstico e o foco das consultas feitas pelos internos e avaliadas pelos professores. Enfermaria de Pediatria HCUFGM – 2006	49

LISTA DE ABREVIATURAS

Abem – Associação Brasileira de Educação Médica
Abim – American Board of Internal Medicine
Anova – Análise de Variância
CEX – Clinical Evaluation Exercise
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNE – Conselho Nacional de Educação
CPA – Comissão Permanente de Avaliação
Coep – Comitê de Ética em Pesquisa
CTI – Centro de Tratamento Intensivo
Faimer – Foundation for Advancement of International Medical Education and Research
FMUFMG – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
HCUFMG – Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
MEC – Ministério da Educação
Mini-Cex – Mini-Clinical Evaluation Exercise
Mini-Ex – Mini Exercício Clínico Avaliativo
NAP – Núcleo de Apoio Pedagógico
OMS – Organização Mundial da Saúde
Osce – Objective Structural Clinical Evaluation
Opas – Organização Pan Americana da Saúde
PAD – Programa de Aprimoramento Discente
Paiub – Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras
Prograd – Câmara de Graduação
PSF – Program Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO

O estudante de medicina encontra-se em pleno processo de aquisição de qualidades intelectuais que correspondem ao ganho cognitivo, bem como de habilidades clínicas, ao lado do desenvolvimento de valores éticos, de atitudes e comportamentos, todos essenciais em seu futuro exercício profissional. O modelo pedagógico de um curso visa utilizar as melhores estratégias para propiciar o desenvolvimento do processo de aprendizagem e deve utilizar instrumentos eficientes para sua avaliação.

O propósito da avaliação é configurar o rendimento escolar do estudante nos seus aspectos cognitivo, psicomotor e afetivo. O domínio cognitivo refere-se às habilidades de natureza puramente intelectual, como aquisição de conhecimento, a compreensão, a análise e a capacidade de síntese, entre outras. As habilidades psicomotoras são as que demandam os órgãos do sentido e o sistema neuromuscular para o desempenho de tarefas específicas. Por sua vez, o domínio afetivo compreende as atitudes, as crenças, os valores e os juízos acerca das situações, funcionando como importantes determinantes da emissão de comportamentos específicos, favoráveis, desfavoráveis ou neutros em relação à prática profissional.

Apesar de aceitar o pressuposto de que uma prática profissional de excelência é obtida pelo domínio de uma sólida base de conhecimentos teóricos, considera-se que a apropriação de numerosos conhecimentos pode não ensejar sua mobilização em situações de ação. A construção de competências no indivíduo baseia-se além da inteligência e conhecimentos, em esquemas próprios, em processos intuitivos, procedimentos de identificação e resolução de problemas. Para a boa prática profissional é importante verificar a

capacidade de mobilização dos conhecimentos teóricos em situações de ação. As competências manifestadas através das ações humanas não são somente conhecimentos, mas elas utilizam, integram e mobilizam tais conhecimentos.

Para Perrrenoud (1997) competência é a “capacidade de mobilizar e integrar o conjunto de conhecimentos especializados e saberes, recursos e habilidades para a resolução de problemas num contexto profissional determinado”.

A avaliação de competências, portanto, significa um processo de coleta de evidências sobre o desempenho do estudante a partir de um referencial padronizado não se configurando como avaliação somativa no sentido tradicional. Objetiva identificar em um dado momento o desempenho do estudante para julgar se o nível requerido foi ou não alcançado, possibilitando assim o planejamento de futuras ações educativas. Em geral, o estudante vai adquirindo a competência necessária, num processo contínuo, de modo que a avaliação deve representar uma oportunidade de retroalimentação. Esse retorno é muito útil para identificar as deficiências e prover o estudante de orientações e sugestões adequadas de como agir para alcançar o desempenho esperado.

A avaliação é parte fundamental do processo de ensino/aprendizagem quando passa a atuar na orientação e aperfeiçoamento do estudante, retroalimentando e interferindo dinamicamente no processo. Avaliações bem feitas contribuem para o crescimento pessoal e profissional do estudante bem como para o aprimoramento do próprio processo educacional, assegurando que a instituição está formando médicos dotados dos atributos minimamente necessários para o desempenho de suas atividades profissionais.

Em educação médica, as competências envolvidas constituem, quase sempre, conhecimentos e habilidades complexas, com inter-relações variadas entre os domínios. Portanto, a avaliação do estudante de medicina deve incluir uma diversidade de instrumentos voltados para aspectos específicos.

Toda instituição formadora deve buscar as melhores alternativas de avaliação discente para garantir à sociedade que seus formandos serão profissionais éticos, humanos, socialmente responsáveis e competentes para dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, um dos principais objetivos da CPA – Comissão Permanente de Avaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais era a definição de testes adequados para avaliação dos estudantes durante o ciclo dos Internatos. Outro desafio era implantar a avaliação formativa, por acreditar que o avaliado deve sempre receber retorno de sua avaliação para que possa corrigir eventuais deficiências.

A avaliação formativa é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas.

O *feedback* imediato deve ser fornecido ao estudante, no sentido de configurar o processo de obtenção de dados como atividade educacional, permitindo ao estudante visualizar os seus erros e dificuldades e direcionar sua aprendizagem para corrigi-los. Por ser um método que não impõe penalidades, ele cria ambiente tranquilo, de conhecimento baseado na troca de informações, possibilitando ao estudante aprender com seus erros, já que por ser um processo contínuo, ele será submetido a outras avaliações durante o período. O estudante deve se perguntar constantemente: como estou indo e não como fui.

A forma e o conteúdo das avaliações são muito importantes, por se constituírem poderoso determinante de como os estudantes estudam e aprendem.

O graduando, antes do final do curso, ainda em tempo de corrigir falhas, deve ter seu desempenho aferido, frente a um grupo de avaliadores. A comissão avaliadora deve verificar as evidências de desempenho e comparar com normas previamente definidas. Para realizar a avaliação é necessário elaborar um padrão de competência, utilizando-se diversas metodologias.

A legitimidade da padronização apóia-se no fato de ser construída em parceria pela academia e serviço, servindo de ponte entre as instituições, os profissionais e os modos de atuar. O conceito de competência é a linguagem comum entre a educação formal, a capacitação e o trabalho.

Após revisão de literatura e discussões entre os membros da Comissão Permanente

de Avaliação e outros professores optou-se por estudar o Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex), instrumento que vem sendo utilizado em vários serviços de residência e universidades norte-americanas e testado em outros países, como uma escala de avaliação de habilidades clínicas. Este é um instrumento de observação direta que permite que o estudante seja avaliado pelo professor enquanto realiza uma consulta objetiva e rápida, focada em determinada necessidade do paciente. Pelo fato de ser um encontro de cerca de 15 a 20 minutos, o interno poderá ser avaliado mais de uma vez durante o estágio, por diferentes professores e em diversos ambientes de atendimento (enfermaria, ambulatório).

O principal objetivo desse instrumento é o de reproduzir da maneira mais fidedigna possível a realidade da rotina do médico conferindo encontros com diversos pacientes portadores de doenças e necessidades diferentes em ambientes hospitalares diversos.

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

Na avaliação de habilidades e atitudes, os instrumentos devem avaliar o estudante “mostrando como faz”, devendo ser consideradas as habilidades clínicas, psicomotoras, a interação com o paciente, o manejo da informação, a capacidade de julgamento e decisão e a observação de atitudes éticas.

A instituição formadora deve buscar instrumentos de avaliação do desempenho de seus estudantes que demonstrem além da mobilização dos conhecimentos pertinentes, seu direcionamento para a procura e elaboração de estratégias apropriadas para a ação necessária.

Apesar do currículo médico da UFMG, desde 1975, ter como princípio pedagógico o “aprender fazendo” e o desenvolvimento de competências para o exercício da profissão, paradoxalmente, o processo de avaliação enfoca a aquisição de conteúdos cognitivos. A avaliação das habilidades clínicas é feita de maneira informal e individual por meio de nota de conceito, dada pelo professor ao final da disciplina, baseada principalmente no comportamento do estudante, sem critérios bem definidos o que pode propiciar avaliações viçadas e influenciadas pelo “efeito halo”.

Na proposta original pretendia-se avaliar por meio de conceitos e auto-avaliação. Com o tempo, os professores foram reincluindo nas disciplinas a avaliação somativa, utilizando-se freqüentemente de provas de múltipla escolha, antes duramente questionadas (FERREIRA, 2000).

Nesse contexto, a experimentação de um instrumento que possa reformular a estratégia de avaliação de competências no curso médico, torna-se relevante, principalmente considerando-se que de acordo com a literatura, apresenta bons índices de confiabilidade, validade e exeqüibilidade, configurando-se ainda como um instrumento de avaliação formativa, na medida que fornece um retorno imediato ao estudante identificando os pontos que necessita maior investimento.

Considerando que no Brasil ainda não foi publicado um estudo sistematizado que proporcione melhor conhecimento do Mini-Cex como instrumento de avaliação de competências clínicas, o presente trabalho tem como objetivo discutir o instrumento e avaliar sua confiabilidade e consistência interna.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 AS PRÁTICAS EM SAÚDE E A EDUCAÇÃO MÉDICA

A educação médica, entendida como processo de formação de médicos, relaciona-se com as dimensões econômicas, políticas e ideológicas da sociedade em que é considerada. Vincula-se às demandas e necessidades de saúde, às políticas públicas de educação e saúde, e às diferentes modalidades de organização dos cuidados dirigidos à saúde da população.

A institucionalização, a capitalização do setor saúde, a expansão do setor privado, a especialização crescente e a descentralização são fenômenos que incidem fortemente sobre as formas de organização dos serviços e sobre a inserção dos médicos no mercado de trabalho.

A valorização e a diferente remuneração para cada modalidade de prática médica, com claro favorecimento das especialidades de maior densidade tecnológica, têm um efeito de diferenciação das instituições prestadoras de serviços bem como dos profissionais envolvidos.

Deve-se considerar o impacto da introdução de tecnologias no trabalho médico, particularmente no diagnóstico das doenças ao valorizar-se mais o olhar instrumentado do que o olhar clínico. O contato direto com o paciente, numa relação que permite o estabelecimento do vínculo e a apreensão da totalidade do sujeito que busca cuidado, é atravessado pela lógica do exame com aparelhos.

Schraiber (1998) analisou como os médicos vivenciam em sua prática a introdução de inovações tecnológicas, as novas exigências de organização do seu trabalho; a comple-

xidade no raciocínio clínico diante da especialização, do excesso de dados e da descontinuidade nos cuidados aos pacientes, conseqüente à extensa jornada de trabalho. A autora afirma que o núcleo motivador das indagações e dúvidas acerca do trabalho médico parece estar na questão “da retomada de relações e formas de inscrição mais pessoais na prática médica, verdadeiras conquistas, que necessitam novas construções”.

Se a pessoa do médico, em outro momento histórico, simbolizou a medicina liberal, isso não mais ocorre na medicina tecnológica, na qual ele é substituído na relação entre o médico e o paciente, funcionando mais como um técnico em aparelhagem do que um amigo e consultor.

Todos esses elementos de reconfiguração da prática médica interferem na formação profissional, particularmente pelo fato de o hospital ser um espaço de reprodução por excelência das práticas centradas no cuidado especializado e de alta densidade tecnológica.

O desenvolvimento das especialidades médicas incide de forma expressiva sobre a organização da prática e educação médicas pela fragmentação do cuidado e dos saberes. O paciente não é mais visto sob a ótica da clínica geral, mas abordado pela especialidade responsável pelo órgão ou sistema do organismo humano cujos sinais e sintomas parecem indicar estar comprometido.

Ainda no plano da formação, a introdução de especialidades implica a fragmentação crescente de conteúdos e práticas, porque a cada uma corresponde, em geral, uma nova disciplina incorporada como parte do plano de estudos.

O processo de formação profissional, indispensável na regulação do exercício da medicina, vem sendo objeto de críticas e efetivamente submetido a pressões de mudança.

Assumida pelas instituições de ensino superior e legitimada pela corporação, a educação médica enfrenta o desafio de dar resposta a demandas que se contrapõem ao próprio ideal consolidado de prática médica:

- introduzir novos cenários de formação que se distanciam e questionam a hegemonia do espaço hospitalar bem como a tradição da prática liberal e privada;
- incorporar e articular outros saberes além dos de natureza biológica;

- estabelecer relações de ensino em bases mais igualitárias com aqueles que não detêm a sua expertise.

Apesar de o amplo reconhecimento dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, e do notável avanço na produção do conhecimento científico, não houve uma repercussão concreta no âmbito das práticas de cuidado. Essas seguem sendo regidas por uma abordagem biologista e curativa, a qual permanece hegemônica e fortemente submetida aos efeitos da adição ininterrupta de tecnologias novas, da especialização crescente e da capitalização no setor saúde.

Praticamente intocada em sua concepção, a prática clínica segue legitimada pela sua identificação como ciência. É precisamente na universalidade e na pretensa neutralidade do conhecimento científico que a escola médica se ancora para desconhecer o papel que lhe pertence na transformação de práticas que termina por legitimar. De maneira geral, a formação transcorre como se na posse de sólida base científica e orientado por princípios éticos universais sobre a relação médico-paciente o egresso da escola médica pudesse exercer sua prática profissional em qualquer lugar e contexto.

Entretanto, as disciplinas que fundamentam o caráter científico da clínica são insuficientes para apreender a complexidade e a singularidade da intervenção médica. As contribuições da sociologia, da antropologia e da psicologia poderiam concorrer para a aproximação, por parte do médico, das múltiplas dimensões do cuidado. No entanto, a introdução desses saberes no ensino de graduação, nos moldes disciplinares vigentes, dissociados da reflexão em contextos de prática, frequentemente não agrega novas capacidades ao médico em sua atividade cotidiana, acabando por reforçar o enfoque predominantemente biologista da enfermidade.

A lógica da formação médica ainda responde à uma fragmentação dualista objetividade-subjetividade, biológico-psicossocial, individual-coletivo, tendo o cenário hospitalar como espaço privilegiado de reprodução. Para superá-la, não basta, portanto, justapor componentes de outras áreas do saber aos conteúdos biomédicos, tal como acontece na incorporação de disciplinas que abordam o “social” e o “psicológico”. Seria necessário,

antes, imprimir uma nova concepção sobre a gênese e os determinantes da saúde e, com isso, repensar a natureza do objeto de transformação da educação médica.

É nesse sentido que aqui se aborda o processo saúde-doença-cuidado como objeto de transformação da educação médica: porque não se trata somente de articular um novo campo interdisciplinar de saberes para reorientação dos conteúdos do processo de formação de médicos, mas, sobretudo, de redefinir e assegurar o compromisso com a saúde das pessoas em novas bases éticas e de compromisso social, traduzindo-os em novas práticas de cuidado.

A desproporção, no debate sobre educação médica, entre os avanços teórico-conceituais que apontam para a necessária ruptura com o reducionismo biomédico, o campo das experiências vividas em diferentes cenários de formação e os desafios de mudança das práticas de cuidado às pessoas demanda novas formulações.

Este caminho reclama uma incursão aos próprios paradigmas formadores da visão hegemônica sobre o processo de saúde-doença, o processo de formação e o processo de avaliação do estudante de medicina e uma disposição de buscar novas formas de articulação dos saberes e fazeres que garantam a atenção médica adequada.

2.2 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Os modelos de cuidado à saúde, a prática e a educação médica estão condicionados à concepção dominante na sociedade sobre o que seja o processo saúde-doença.

A história da conformação social dos diferentes modelos que foram construídos para explicar os processos do adoecimento registra no século XIX uma inflexão importante: a descoberta de agentes etiológicos específicos para as doenças com o conseqüente fortalecimento da teoria unicausal e da abordagem biológica e individual. Os avanços da fisiologia com Claude Bernard, da bacteriologia com Pasteur e Erlich, da patologia celular com Virchow, convergem nesse sentido e conferem ao método experimental a primazia na busca do conhecimento dos fenômenos biológicos.

É este corpo de conhecimentos que define as bases científicas da medicina e estabelece os fundamentos para a reformulação do ensino médico no século XX e para o exercício profissional da medicina, a partir daí legitimado em princípios técnico-científicos rigorosos (LIMA, 2001; FEUERWERKER, 2002).

Especificamente a partir de Flexner, a educação médica passou a ser tratada como processo de iniciação à ciência médica e às disciplinas que a sustentam.

A prática médica é entendida, então, como aplicação e produto desta ciência e orientada por seu método próprio, o raciocínio clínico. Foi com a ênfase no conhecimento experimental proveniente da pesquisa básica que o modelo flexneriano reforçou a separação entre individual e coletivo, biológico e social, curativo e preventivo (PAIM, 2000).

Minayo (1998), ao discutir o processo saúde-doença como expressão individual e social, adverte que já desde o início do século XX cientistas sociais vêm demonstrando que a saúde, a doença e a morte não se reduzem às evidências objetivas, e que se relacionam com as características de cada sociedade: a doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social.

O enfoque mecanicista e biologista predominante, ao instaurar-se sob a racionalidade da objetividade da doença e do corpo, exclui as manifestações da subjetividade e do social por não serem passíveis de abordagem científica. O corpo humano é esvaziado de outras significações que não as de natureza orgânica e, por isso, a história clínica considera “as outras histórias” que o paciente conta como epifenômenos. O sujeito doente desaparece, tornando-se a objetivação da doença universal de que é portador (MINAYO 1988).

Acaba-se por desconhecer, dessa forma, a influência decisiva que os fatores não biológicos exercem na história da doença e sua importância para o estabelecimento de medidas de tratamento e diagnóstico efetivas para cada paciente, em sua singularidade.

O problema maior não reside na negação da existência de todos os fatores que interferem na relação com o paciente e sua doença, de resto largamente admitidos, mas sim no fato de reconhecê-los como estranhos à medicina e às ciências da saúde.

Para Camargo Jr. (1992) o ato médico pode ser entendido como:

termo concreto da articulação, numa relação interpessoal, de duas ordens simbólicas: a do mundo subjetivo do paciente, que leva ao médico seu sofrimento expresso por sintomas, e a do mundo pretensamente neutro da clínica, que traduz esses sintomas e sinais em termos de lesões e de doenças, e propõe um tratamento, usualmente farmacológico, para a doença detectada. O ato médico é, portanto, a expressão concreta do encontro, na prática clínica, do saber com o sofrer. (p. 203-227)

Bastos (2002), ao tomar como objeto de seu estudo a tensão entre a objetividade requerida pela ciência e a subjetividade inerente à prática clínica, busca investigar as matrizes das quais a medicina se nutre: o saber e o fazer. Para a autora, pode-se avançar por aí para elucidar os sintomas da crise da medicina ocidental, expressos de forma vaga e difusa pela insatisfação de médicos e pacientes.

Enquanto os médicos queixam-se da baixa adesão aos tratamentos que instituem, os pacientes queixam-se dos cuidados desumanizados que recebem. Ao lado da vitalidade da medicina, demonstrada pelos notáveis avanços que aceleradamente incorpora, há problemas que se revelam no encontro singular com cada paciente, mas que a ele não se reduzem.

Para Bastos (2002), as polaridades da racionalidade científica moderna arte/ciência, corpo/mente, médico/paciente, subjetividade/objetividade, natureza/cultura reaparecem radicalizadas pelo avanço da biotecnologia.

Próteses, fertilização assistida, clonagens de embriões, entre outros tantos avanços, obrigam a reconsiderarem-se o corpo e a subjetividade, mas o movimento que ganha força e visibilidade como resposta às novas exigências colocadas pela medicina, ao contrário, reproduz e potencializa as tensões polares. A medicina baseada em evidências faz da prática médica, ela própria, uma atividade científica.

A dimensão da arte, que inclui o “o olhar clínico” centrado na intuição, o reconhecimento da individualidade que se configura na essência da prática clínica, perde espaço, progressivamente, pela exigência da aplicação de protocolos e condutas padronizadas.

Apresentando-se como campo de certezas e desprezando outras dimensões diferentes do corpo biológico, a medicina obstrui a produção de conhecimento sobre o complexo objeto do adoecimento humano.

Do ponto de vista da formação médica, diminuem-se as possibilidades para o reconhecimento e explicitação das formas como o profissional constrói seus saberes e lida com o imprevisto, o improvável, o insuspeitado da vida, da doença e da morte.

2.3 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO MÉDICO, O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E OS SABERES PROFISSIONAIS

As profundas modificações ocorridas no mundo do trabalho vêm determinando novas demandas de formação profissional. No contexto de flexibilização e integração dos processos produtivos, a idéia de qualificação orientada pela perspectiva da escolarização e titulação formal, vem sendo progressivamente tencionada pela valorização do saber tácito e da subjetividade que também se constroem em espaços laborais e na vida do indivíduo (FEUERWERKER, 2002).

A rapidez das transformações em curso e a volatilidade da base cognitiva dos perfis profissionais impõem uma formação cada vez mais ampla, requerendo a construção de sólida base científica ética e cultural, e o domínio de ferramentas de avaliação crítica do conhecimento e das transformações mundiais, atributos necessários para um exercício profissional especializado, instável e mutante.

É nesse contexto que se situam algumas competências hoje aceitas como genéricas ou transocupacionais (aprender a aprender, capacidade de trabalhar em grupo e manejar conflitos, autonomia na busca do conhecimento, entre outras), as quais colocam importantes questões para a universidade pela clara contraposição entre as práticas que ela preconiza e as demandas por um perfil que nela não se desenvolve.

Flexibilidade curricular, autonomia do estudante, avaliação crítica do conhecimento, capacidade de construir e manejar problemas, não guardam coerência com estruturas disciplinares rígidas e baseadas em pré-requisitos definidos, práticas de ensino-aprendizagem centradas no professor e assentadas na pedagogia da transmissão, com base em uma relação teoria-prática que posterga o exercício de integração e articulação de saberes.

A universidade, por outro lado, se vê confrontada pela pressão de abrir-se e reconhecer novas demandas e de questionar sua própria identidade, num contexto em que ela não é mais o único nem principal espaço de transmissão e de produção do conhecimento. A comunidade universitária mesma questiona, com maior ou menor intensidade, se o “produto” formado atende às novas demandas da sociedade.

Para a educação técnica profissionalizante, centrada historicamente no pragmatismo da preparação para o trabalho, parecem estranhas à sua tradição as novas exigências de formação de um trabalhador mais reflexivo, dotado de competências para a tomada de decisão.

Para a universidade, tais questões significam a revisão crítica dos princípios de hierarquização de saberes que organizam os sistemas educativos e o processo de formação profissional estruturado pelo paradigma que entende a atividade profissional como a resolução de problemas instrumentais.

Em contraposição a este modelo, está colocado o desafio de que a formação possa incluir uma nova abordagem da relação teoria-prática, em contextos nos quais reconhecidamente se assume a natureza complexa e incerta dos problemas com que se defrontam os profissionais.

Historicamente, o processo de formação profissional na medicina foi assumido pelas instituições de ensino superior que, ao lado das organizações profissionais, passaram a desempenhar um papel fundamental na regulação do exercício profissional.

No caso da medicina, é exemplar o reconhecimento de que os profissionais são legitimados pela expertise em sua prática e não apenas por meio da pesquisa acadêmica que desenvolvem. A prática de manutenção da atividade profissional paralelamente ao exercício da docência é reconhecida pelos benefícios que traz à formação e, até recentemente, a legitimidade do docente era dada apenas por sua expertise em sua área de especialidade.

Por outro lado, a base de conhecimento costuma ser segmentada e organizada segundo os critérios que regem a transmissão do conhecimento científico, mantendo-se alheia à natureza do conhecimento profissional requerido para o exercício da profissão.

Uma faceta desse dilema origina-se na idéia estabelecida de que o conhecimento

profissional rigoroso está baseado na racionalidade técnica: a formação está orientada para solucionar problemas instrumentais pela aplicação da teoria, que tem como fonte o conhecimento científico, e das técnicas dele derivadas. Ao mesmo tempo, é imperioso reconhecer que os problemas da prática, no mundo real, não se apresentam como estruturas bem delineadas; ao contrário, os problemas se apresentam como cada vez mais complexos e indeterminados.

2.4 AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO

Na quase totalidade das escolas médicas conhece-se o que foi aprendido por meio dos exames formais, usualmente centrados na avaliação do conhecimento teórico. Mais recentemente, como será tratado adiante, tem sido proposta a avaliação de competências, que enseja inequivocamente uma aproximação dos fazeres profissionais. Sujeita às mais variadas interpretações, no entanto, tem seu conceito usualmente aplicado sem uma reflexão crítica e coletiva por parte dos docentes e outros atores responsáveis pela avaliação educacional e pela certificação, sendo objeto mais de reprodução de velhas práticas avaliativas do que transformação. Avança-se, igualmente, para pensar não apenas a avaliação, mas o próprio processo de formação com base em competências profissionais.

Como a aprendizagem profissional vincula-se aos diferentes contextos em que se realiza, tanto durante a graduação como no período subsequente, sua qualidade está diretamente vinculada à qualidade e natureza da prática desenvolvida. Isso não implica em desqualificar o papel do conhecimento sistemático, mas colocar em evidência a questão da natureza implícita do conhecimento profissional e os problemas daí derivados.

No caso da formação no campo da saúde, a reflexão sugerida impõe repensar as concepções possíveis de trabalho acadêmico, considerando em que medida os afazeres docentes estão comprometidos com a formação profissional, com a constituição de sólidas bases científicas para o exercício da medicina ou com a interlocução entre diferentes olhares e saberes sobre o processo de saúde-doença-cuidado.

É possível considerar a possibilidade de não apenas justapor diferentes abordagens na apreensão dos objetos – representadas pelas diferentes disciplinas em blocos integrados, multidisciplinares, – mas em estabelecer os problemas da prática como espaços de interlocução e de construção de conhecimento.

Em verdade, trata-se de decidir sobre critérios que possam dar credibilidade à formação efetuada nas escolas e ao exercício profissional, numa concepção em que a avaliação dos estudantes, a acreditação das instituições formadoras e a certificação profissional adquirem uma nova dimensão social, definida não apenas pela legitimidade dos especialistas que hoje elaboram os seus critérios, mas pela pactuação entre os diferentes atores. A certificação para o exercício profissional passaria a ser entendida, assim, como um instrumento da sociedade para fazer reconhecidos por outros os saberes desenvolvidos pelo sujeito.

O debate sobre o que vai se avaliar assume aí um lugar central: até recentemente certificava-se com base no que o profissional sabia. Hoje objetiva-se avaliar o desempenho, a expressão de suas competências profissionais.

Abordar a questão do desempenho implica em questionar quem são os profissionais, quando atuam, que capacidades e saberes mobilizam para desempenhar-se desta ou daquela tarefa, e como seu desempenho se relaciona com os processos organizacionais onde empreende seu trabalho.

Tais questões, na abordagem aqui desenvolvida, não são apenas de natureza teórica ou acadêmica. Resultam do debate social, porque se inscrevem nas configurações institucionais, no caso, do sistema de saúde, das práticas sanitárias e das escolas médicas.

O processo de avaliar por competência é dinâmico, ou seja, se durante a aplicação surgirem evidências de desempenho que não estavam inicialmente contempladas, ou se algumas evidências não se mostrarem suficientes, quem avalia deve registrar as mudanças para modificar e atualizar as normas.

2.5 O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A noção de competências tem um caráter polimorfo e a opacidade de seus significados múltiplos favorece seu uso em situações variadas, por diferentes agentes e com interesses diversos. Particularmente nos campos da educação e do trabalho, tende a substituir velhas noções de saberes, conhecimentos e de qualificação.

Entendida aqui como um dos eixos que devem orientar a mudança dos conteúdos de ensino, da organização dos modos de comunicação de saberes e das formas de avaliá-los, a noção de competência empregada deve ser explorada em seus limites ainda imprecisos e em suas possibilidades de apreensão.

Distinguem-se no senso comum duas vertentes de concepções de competência: a que coloca em questão a legitimidade de uma pessoa ou instância para julgar ou decidir sobre um fato e aquela que se refere às capacidades reconhecidas de um sujeito numa dada matéria e vinculadas à sua expertise e conhecimentos (HILLAU, 1994).

O conceito de competências definido por Perrenoud (1999) é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

No caso da medicina, exemplo típico de profissão que conseguiu, de forma espetacular, desenvolver sólida base cognitiva, bem como exclusivo e vasto mercado de trabalho com forte credibilidade social, o título que atesta a detenção do saber especializado, legitimado pela corporação, também confere o direito ao exercício da atividade (MACHADO, 1997).

Em sua gênese semântica, o termo competência não designa inicialmente o que fundamenta a qualidade de uma pessoa ou instância. O termo coloca em relação, numa dada população que desenvolve atividades socialmente organizadas, os indivíduos (ou instâncias) e as tarefas que lhes são atribuídas, e tal atribuição lhes é possível pelo direito ou pelo saber.

Lima (*apud* HERNANDEZ, 2002, p. 123-140) dá destaque a esta dimensão distinti-

va da competência, reconhecendo que os processos de certificação de competências constituem-se, em verdade, em instrumentos da sociedade para fazer com que certos saberes sejam reconhecidos socialmente, saiam da esfera do privado e ingressem na esfera do público, o que, de imediato, coloca a questão das competências no campo dos conflitos de interesse, relações e hierarquias de poder na sociedade.

Ressalte-se, nesse sentido, que o conteúdo cognitivo não pode estar separado do caráter distintivo da competência. A competência não pode, assim, ser reduzida ao conteúdo cognitivo absoluto vinculado a um procedimento ou a um protocolo de ação. Representa, mais além, em sua essência, a avaliação social de um protocolo individual e efetivo de ação e, por meio desta avaliação, a apreciação social das qualidades do indivíduo em relação a uma norma de atividade.

A competência se inscreve, assim, como uma função de qualificação social.

É ainda importante salientar a questão de como se estabelecem os vínculos entre o passado da pessoa e o presente da situação, iluminando uma das dimensões da competência referida como “saberes contextualizados”, que conferem a um sujeito flexibilidade para enfrentar situações diversas e cambiantes.

Hillau (1994) emprega os conceitos de transferência de aprendizagens e de trajetória para afirmar que a capacidade de uma pessoa para responder a uma dada situação, no plano cognitivo, será função de uma complexa equação entre o conteúdo cognitivo da situação atual e aquele relativo às situações passadas. A trajetória individual seria o espaço de organização cronológica dos saberes que permite a construção de um saber individual, personalizado, e a utilização de um saber “indexado”, referenciado ao protocolo de ação pertinente a uma dada situação. Estabelece, a partir daí, a hipótese de que o saber individual é fortemente indexado a uma trajetória, isto é, à série de situações de ação que o indivíduo encontrou em sua vida; mas a reestruturação permanente das aquisições dá lugar a uma organização cognitiva que não apenas remete à contextualização do saber, mas a supera. Há, portanto, recuperação do saber pelo contexto, mas a performance igualmente depende da capacidade de improvisação e reconstrução do “saber em ato”.

Com base nessa abordagem, a competência se situa, portanto, na confluência de três registros de análise:

- a evolução objetiva das “funções profissionais” e postos de trabalho que fixam as condições de prescrição social da ação;
- os mecanismos cognitivos empregados no curso da ação; e
- as lógicas de construção de saberes, associadas às trajetórias sociais e profissionais dos indivíduos.

Em relação ao primeiro destes três registros de análise, referente às condições de prescrição social da ação, pode-se remeter à análise realizada sobre o processo saúde-doença-cuidado e as práticas em saúde para situar o campo da inserção profissional do médico, social e historicamente construída. A noção de competências profissionais, no caso da saúde, não pode deixar de ser entendida em sua complexidade, decorrente das múltiplas mediações que caracterizam o trabalho: a especificidade da tarefa diante da singularidade do cliente, a incerteza e a descontinuidade que caracterizam a ação, a heterogeneidade de atividades, a fragmentação técnica e social do trabalho. É claramente visível a dificuldade do estabelecimento de padrões de ação que mostrem o que se passa no processo de produção, e que sejam capazes de prover critérios para a apreensão e avaliação dos saberes mobilizados para ação.

As dificuldades que aparecem no caso da saúde, no entanto, apenas refletem a obscuridade das tentativas de abordagem das competências, na medida em que elas nunca se deixam ver diretamente: são observadas por meio de sua manifestação na prática profissional (WITTE, 1994).

Esta abordagem reflete, desde o princípio, uma posição metodológica que não iguala o desempenho observado ao processo de mobilização de saberes realizado pelo profissional.

A diferenciação entre desempenho e competência é fundamental para a construção de metodologias de abordagem das competências. O primeiro caminho trilhado usualmente para apreendê-las é por meio dos saberes, reconhecendo o papel preponderante que desempenham na ação. No entanto, ao recorrer aos campos do saber, cai-se às vezes na

tradicional abordagem dos conhecimentos disciplinares, que estão, como se demonstrou, longe de serem os únicos ou principais empregados no contexto da ação profissional. Ao sair desta plataforma, até hoje tão firme, encontra-se outro terreno que apresenta maior dificuldade para ser atravessado: a abordagem descritiva da atividade como via de acessar a competência. A questão colocada não é de outra natureza: a atividade, supostamente tão objetiva, também não se deixa ver tão facilmente, tanto pelo sujeito que a descreve quanto por aquele que, atentamente, pela observação, tenta reconhecer seus limites e características precisas e singulares.

Segundo Witte (1994), os analistas do trabalho reconhecem que o profissional competente não é um interlocutor fácil na descrição de sua atividade, pois, além da dificuldade de colocar em palavras as atividades complexas e os processos de decisão rápida realizados, tem, no centro de sua ação mais competente, o seu conteúdo mais “automatizado”, que comporta mais conhecimentos tácitos, difíceis de serem traduzidos de forma consciente e voluntária.

Um segundo caminho empregado, na mesma via metodológica, para descrever as atividades é percorrido por meio das definições de postos de trabalho, as quais, de hábito, respondem a uma visão normativa do que deveria ser a atividade. A despeito disso, não necessariamente os saberes empregados para conceber uma atividade são os mesmos utilizados para realizá-la, o que, mais uma vez, dificulta o caminho de apreensão das competências.

A aproximação descritiva das atividades como forma de apreender competências enfrenta o problema de identificar os saberes subjacentes e as capacidades mobilizadas para o desempenho: como se articulam saberes teóricos, habilidades de resolução de problemas, os saberes práticos desenvolvidos pela experiência e a hierarquia de valores dos profissionais. Aproxima-se do que se faz (a tarefa), mas não do como se faz (como se articulam os atributos), e, mais ainda, como isso se relaciona com o contexto (GONCZI, 1997).

Tais problemas colocam em pauta, sobretudo, a importância de considerar a complexidade da empreitada e de avaliar criticamente as tentativas de considerar a observação da atividade e do desempenho como métodos seguros e garantidos de abordagem das

competências. Destacam, ademais, a relevância da discussão, do debate entre atores diversos, da utilização, experimentação e validação de metodologias diversas no caminho de aproximação dos saberes que orientam a prática profissional.

É particularmente importante dar destaque à questão da diferenciação entre desempenho e competência, pelas próprias origens conceituais desta no campo educacional.

A noção de comportamento, identificada como o próprio conteúdo da capacidade, dá lugar à de competência na qual o desempenho expressa o conjunto de atributos e capacidades mobilizados pelo sujeito na ação. Perrenoud (1999) diz que o uso corrente da noção de competência parece revelar não ter sido superada a questão dos objetivos, pois freqüentemente usam-se as competências apenas para expressar objetivos de ensino em termos de condutas e práticas observáveis, acrescentando um “ser capaz de” a uma expressão que caracteriza uma ação, sem preocupação com a transferência de conhecimentos e sua mobilização em situações complexas.

O fato de que a competência só pode ser percebida por meio do desempenho observável não pode excluir a questão da sua conceitualização, requerendo-se modelos que auxiliem a compreensão de como são mobilizados os recursos do sujeito para a ação.

A dinâmica das capacidades estaria na mobilização desses saberes por uma inteligência prática (cognição ou operações mentais) que orienta o investimento dos saberes em uso na ação, e por uma inteligência formalizadora, que representaria a ação do pensamento sobre os saberes em uso, referente, portanto, ao domínio do conhecimento e da sua universalidade. A competência compreende tanto a inteligência prática, que se desenvolve a partir da ação, quanto a formalizadora, a partir da qual se desenvolve o conhecimento abstrato.

2.6 AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA MÉDICA

A avaliação é uma invenção tardia, nascida com os colégios por volta do século XVII e tornada indissociável do ensino de massa desde o século XIX, com o início da escolaridade obrigatória (PERRENOUD, 1999).

Avaliar deriva de valia, que determina o ato de dar valor a alguma coisa. A existência de inúmeras definições traduz a magnitude da polêmica sobre o assunto.

O processo de avaliação consiste em determinar em que medida os objetivos educacionais estão sendo realmente alcançados pelo programa do currículo e do ensino. A avaliação do estudante constitui, possivelmente, a etapa de maior relevância em todo o processo educacional e tem como finalidade acompanhar os processos de ensino e permitindo aos docentes e aos estudantes averiguarem se os objetivos educacionais planejados estão se desenvolvendo no rumo traçado, corrigindo-se eventuais distorções. Além disso, a forma e o conteúdo das avaliações são altamente importantes, na medida em que constituem poderoso determinante de como os estudantes estudam e aprendem (LOWRY, 1993).

No campo educacional, a avaliação assume diferentes papéis. Bloom *et al.* (1983) mencionam três tipos de avaliação: diagnóstica, formativa e somativa.

A avaliação diagnóstica é a tomada de informações, efetuada no início do processo educacional, com vista à verificação do grau de domínio preliminar dos objetivos instrucionais, com forte repercussão no planejamento das atividades educacionais.

A avaliação formativa é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas. Uma característica importante desse tipo de avaliação é o *feedback* imediato que deve ser fornecido ao estudante, de modo a poder configurar o processo de obtenção de dados como genuína atividade educacional.

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

A Resolução CNE/CEB n. 04/99 conceitua competência como “a capacidade de constituir, articular e mobilizar valores, conhecimentos e habilidades para a resolução de problemas não só rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação”.

O estudante de Medicina deve não só adquirir um conjunto de conhecimentos fundamentais, como também deve dominar uma diversidade de habilidades de complexidade variável, que nem sempre são de fácil avaliação.

Em Educação Médica, as competências envolvidas constituem, quase sempre, habilidades complexas e que compreendem inter-relações variadas entre os domínios. Assim sendo, a avaliação do estudante de Medicina deve cobrir todas essas habilidades, bem como características pessoais em seus diferentes domínios. Isto somente seria possível mediante o emprego de uma diversidade de métodos de instrumentos voltados para aspectos específicos.

Na avaliação do estudante de Medicina, a abordagem dos aspectos cognitivos deve contemplar não só a retenção do conhecimento factual adquirido, mas as habilidades mais complexas, relacionadas ao raciocínio clínico e à compreensão dos temas médicos, em profundidade, e, em especial, à aplicação do conhecimento na solução de problemas concretos (LIMA, 2004).

O currículo proposto para o Curso médico da Faculdade de Medicina da UFMG, com ênfase na prática clínica e integrado com o Sistema Único de Saúde enseja que os estudantes atendam a população em Unidades Básicas de Saúde localizados em bairros periféricos e participem ativamente nas Equipes do Programa Saúde da Família, estando assim em perfeita sintonia com as competências que serão exigidas do futuro médico (CNE, 2001).

A análise das avaliações do Paiub, feitas pelos estudantes, em 1998, revelou algumas deficiências no curso incluindo a metodologia de avaliação utilizada na Faculdade de Medicina. Apesar do curso ser predominantemente prático, as avaliações restringem-se, basicamente, ao conteúdo cognitivo, em forma de questões de múltipla escolha ou questões abertas que incentivam a memorização.

Na proposta curricular do Curso médico da UFMG espera-se que nos Internatos, os estudantes já saibam e demonstrem como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, adquiridos ao longo do curso, num contexto profissional deter-

minado. Na realidade, é durante o Internato o momento que o estudante deve demonstrar sua competência, ainda sob supervisão, de tal maneira que ainda seja possível promover ajustes no aprendizado.

Entre as técnicas de avaliação de habilidades clínicas duas são as mais usuais: a observação em serviço e o exame prático de caso longo. Na observação em serviço, durante o cumprimento de tarefas clínicas habituais, o avaliador observa e registra o comportamento do avaliando. Já no exame de caso longo, o examinador solicita ao estudante que faça a anamnese e o exame físico completo em um paciente pré-selecionado levantando as hipóteses diagnósticas e propondo condutas terapêuticas. O caso é em seguida discutido com o preceptor que faz uma arguição no estudante.

Estas duas modalidades apresentam como vantagens a facilidade na organização, o custo relativamente baixo e principalmente o fato de proverem feedback imediato. No entanto ambas as técnicas caracterizam-se pela baixa validade e confiabilidade. Outro ponto negativo é que não raro, o foco da avaliação desloca-se facilmente das habilidades clínicas para os aspectos cognitivos despertados pela arguição.

Quando em 1972, o American Board of Internal Medicine – Abim, suspendeu a avaliação oral para residentes foi recomendado que se usasse nos serviços de residência médica o Clinical Evaluation Exercise – CEX como uma forma de avaliar as competências adquiridas durante o estágio.

Esse exercício avaliativo, exemplo típico de um caso longo, deveria ser conduzido por um experiente professor que observava o interno ou residente enquanto ele realizava a anamnese, exame físico completo, e apresentava dados para o diagnóstico e a melhor condução do caso. Ao término da consulta, o examinador oferecia ao estudante um *feedback* em forma de discussão do caso e documentava a experiência numa ficha avaliativa. Mais tarde o estudante apresentava ao professor uma cópia escrita da consulta para posterior avaliação. Este exame demorava em média duas horas.

Várias críticas foram levantadas com relação ao Clinical Evaluation Exercise – CEX, como instrumento de avaliação: em primeiro lugar, o estudante era avaliado por um único

professor e, estudos têm mostrado que mesmo clínicos experientes divergem entre si quando observam exatamente o mesmo caso.

Em segundo lugar, o residente era avaliado em apenas um exame com um único paciente e como os problemas de cada paciente diferiam muito entre si, a performance em um caso não predizia a performance em outros. Também, o exame além de ser muito demorado, era dependente do rigor pessoal de cada professor.

Finalmente, o CEX não se caracterizava como um exame que espelhasse a realidade da rotina médica uma vez a maioria dos encontros entre médicos e pacientes nas dependências do hospital se caracterizam por encontros rápidos, objetivos e focados em determinados aspectos da necessidade do paciente e não em uma avaliação completa e extensa.

2.7 MINI-CEX – MINI CLINICAL EVALUATION EXERCISE

Norcini *et al.* (1995) propuseram o Mini Clinical Evaluation Exercise – Mini-Cex, no qual o residente ou o interno seria avaliado durante encontros com o paciente que duram de 15 a 20 minutos. Nestes encontros o residente deve focar a consulta na necessidade do paciente e assim apresentar um adequado grau de resolução. Como são encontros rápidos, o residente poderia ser avaliado mais de uma vez por estágio e em diversos cenários de atendimento, como, por exemplo, na enfermaria, no ambulatório ou numa Unidade de Tratamento Intensivo.

O Mini Clinical Evaluation Exercise permite que o estudante seja avaliado por diferentes professores enquanto está examinando pacientes com diferentes problemas clínicos. Assim, o Mini-Cex vem sendo utilizado em vários serviços e universidades norte-americanas e testado em outros países como um instrumento de avaliação de habilidades clínicas.

Em 1997, Norcini e colaboradores publicaram um estudo sobre as diferenças entre avaliadores com relação ao Mini-Cex e concluíram que apesar de existir diferenças no

rigor da avaliação entre os avaliadores, seus efeitos são relativamente pequenos. Essas diferenças são ainda mais reduzidas quando os residentes são submetidos a várias avaliações por examinadores diferentes durante o estágio.

Entre 1998 e 1999 foi desenvolvido pelo Abim projeto piloto envolvendo 21 programas de residência médica na costa nordeste dos Estados Unidos, num total de 421 residentes, 316 avaliadores e 1.228 Mini-cex. Nesse estudo foram estabelecidos os padrões de competência necessários para a pontuação do Mini-Cex (GUIDELINES AND IMPLEMENTATION STRATEGIES FROM PROGRAM DIRECTORS).

Em 2000, Hauer baseado no trabalho preliminar de Norcini de 1995, publicou um trabalho utilizando o Mini-Cex para melhorar o retorno à estudantes de medicina por seus professores, na Universidade da Califórnia.

Durning *et al.* (2002) estudaram a confiabilidade e a validade do Mini-Cex envolvendo 23 residentes em Dayton, Ohio. Nesse estudo a validade foi determinada por comparação do Mini-Cex com uma versão modificada da forma padrão do Abim MEF (Monthly Evaluation Form) e do American College of Physicians, American Society of Internal Medicine In-Training. (ITE). A confiabilidade e a consistência interna encontradas foram de 0,90. A validade do Mini-Cex foi confirmada pela forte correlação entre seus escores e os encontrados pela avaliação mensal do Abim e da Academia Americana de Medicina Interna. No entanto o trabalho apresentou limitações pelo fato do Mini-Cex e os testes de avaliação mensal terem sido aplicados pelo mesmo avaliador.

O trabalho de referência utilizando o Mini-Cex como instrumento para avaliação de habilidades clínicas de residentes foi publicado por Norcini *et al.* (2003), baseado nos dados do projeto piloto do Abim. Este estudo mostrou as vantagens do instrumento em relação ao CEX e analisou o grau de complexidade, o tempo médio de cada consulta, o foco predominante, o sexo e a idade do paciente. Analisou também o tempo de retorno provido pelo examinador.

Para o residente, utilizou-se a média da pontuação obtida em todos os Mini-Cex para analisar a relação entre os componentes da competência demonstrada e a confiabilidade do escore final.

Para o examinador, obteve-se a média de suas avaliações e estudou-se o grau de satisfação com o método. A conclusão do trabalho aponta para as vantagens do Mini-Cex em relação à avaliação tradicional, porém, ressalta a necessidade de maiores estudos principalmente relacionados à confiabilidade e validade do instrumento.

Em 2003, Holmboe *et al.* publicaram o primeiro trabalho documentando a validade de constructo do Mini-Cex. A validade de constructo foi definida como sendo a capacidade do Mini-Cex diferenciar entre os níveis de desempenho. O estudo foi desenhado para que 40 professores de 16 programas de residência em medicina interna assistissem nove vídeos com pacientes estandarizados atuando em diferentes níveis de competência variando de insatisfatório a superior. Os autores afirmam que o Mini-Cex tem validade de constructo, mas ressaltam que novas pesquisas são necessárias para melhorar a capacidade de observação dos professores e diminuir a variação entre as escores.

No estudo de Holmboe *et al.* (2004) investiga se o *feedback* foi interativo, se o estudante foi estimulado à participar da discussão e desenvolveu uma auto avaliação e se juntos desenvolveram um plano para recuperação.

Hatala *et al.* (2006) avaliaram a confiabilidade e a validade do Mini-Cex em pós-graduandos do quarto ano de medicina interna comparando-o ao Royal College of Physicians and Surgeons of Canadá Comprehensive Examination in Internal Medicine (RCPSC IM examination) e concluíram pela confiabilidade e validade do teste.

Em um levantamento de publicações sobre o Mini-Cex, não foi encontrado nenhum trabalho em língua portuguesa, apenas uma citação no relatório final do 44º Congresso Brasileiro de Educação Médica.

Considerando os estudos realizados em vários países relatando a confiabilidade, validade e exequibilidade do Mini-Cex e a ausência, no Brasil, de um estudo sistematizado que proporcione melhor conhecimento desse instrumento de avaliação de habilidades clínicas, o presente trabalho tem como objetivo discutir o instrumento e avaliar sua confiabilidade e consistência interna.

3 HIPÓTESE DE TRABALHO

Apesar de aceitar-se o pressuposto que uma prática profissional de excelência é obtida pelo domínio de uma sólida base de conhecimentos teóricos, considera-se que a apropriação de numerosos conhecimentos pode não ensejar sua mobilização em situações de ação. A construção de competências no indivíduo baseia-se além da inteligência e conhecimentos, em esquemas próprios, em processos intuitivos, procedimentos de identificação e resolução de problemas.

A instituição formadora deve buscar instrumentos de avaliação do desempenho de seus estudantes que demonstrem além da mobilização dos conhecimentos pertinentes, seu direcionamento para a procura e elaboração de estratégias apropriadas para a ação necessária.

Se a aplicação do Mini-Ex no curso médico da UFMG demonstrar os altos índices de confiabilidade e a consistência interna descritos na literatura, o instrumento poderia ser utilizado para avaliação de habilidades clínicas no Internato de Pediatria.

4 OBJETIVOS

1. Apresentar os fundamentos de métodos de avaliação objetiva de competências médicas;
2. Descrever um instrumento pedagógico que poderá ser utilizado na avaliação de competência clínica no Internato de Pediatria;
3. Avaliar a confiabilidade entre examinadores do instrumento e sua consistência interna;
4. Avaliar o grau de satisfação do professor e do estudante com o instrumento.

5 METODOLOGIA

5.1 DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO

O Mini-Cex baseia-se na avaliação do desempenho que os internos devem apresentar durante o atendimento à pacientes reais, em ambientes variados e com diferentes necessidades, o que na maioria das vezes determina o foco da consulta.

O Mini-Cex foi idealizado para ser um instrumento de avaliação formativa, onde o residente ou interno realiza uma consulta objetiva em um paciente sendo observado pelo professor. A consulta deve ser focada na necessidade atual do paciente e de rápida duração, em média 15 a 20 minutos. Pode acontecer em vários ambientes do hospital, como numa enfermaria, no ambulatório, no alojamento conjunto de uma unidade neonatal ou numa UTI, podendo ser uma primeira consulta ou uma consulta de retorno. Durante o encontro do interno com o paciente, o examinador observa e anota na ficha (Anexo III) oferecendo logo após o exercício avaliativo um *feedback* para o estudante mostrando as áreas em que foi bem avaliado e aquelas em que há necessidade de maior investimento.

Para cada encontro o professor anota a data, a complexidade do problema, o sexo do paciente, o tipo de consulta, o local (enfermaria, ambulatório, berçário ou UTI), o tempo em minutos gasto na consulta e o tempo do *feedback* (Anexo III).

O examinador deve anotar se o foco da consulta é: coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou orientações. De uma maneira geral o foco da consulta é conhecido antes mas pode emergir durante o encontro, dependendo da necessidade do paciente naquele momento. Utilizando uma escala de 9 pontos, onde de 1 a 3 será considerado insatisfatório, 4, 5 e 6, satisfatório e 7, 8 e 9 superior, o professor avalia o interno nos seguintes quesitos:

habilidades na entrevista, habilidades no exame físico, qualidades humanísticas/profissionalismo, raciocínio clínico, habilidades de orientação, organização e eficiência e competência clínica geral (Anexo 2).

O professor anota o seu grau de satisfação com o método em uma escala de 9 pontos aonde o 1 será insatisfeito e o 9 muito satisfeito. Para qualquer item o professor poderá anotar “não aplicável” se ele considerar que naquele quesito não há dados suficientes para uma correta avaliação.

Finalmente, a competência é avaliada como uma média dos escores obtidos nos diversos quesitos avaliados e anotada no quesito competência geral. O tempo da prova é anotado juntamente com o tempo gasto no retorno. O documento deve ser assinado pelo professor e pelo estudante.

Por serem encontros relativamente curtos e objetivos que acontecem no ambiente de treinamento do interno ou residente, cada residente é avaliado várias vezes e por diferentes professores durante o estágio, o que facilita a aferição psicométrica do teste.

5.2 RETROTRADUÇÃO

A adaptação de instrumentos avaliativos de outras culturas, envolve estudos para reconhecer as diferenças culturais entre os distintos conceitos de saúde em populações diferentes.

O European Research Group on Health Outcomes – ERGHO, estabeleceu critérios para a adaptação trans-cultural. Estes critérios incluem a equivalência de conteúdo, a equivalência semântica e a equivalência conceitual (CUSTERS *et al.*, 2002, p. 250-258).

A equivalência de conteúdo refere-se à observação de que cada item da escala seja relevante à nova cultura.

A equivalência semântica objetiva que a ênfase seja colocada em manter a essência do que está sendo perguntado ou afirmado e nunca na tradução literal do texto.

Finalmente, a equivalência conceitual é avaliada quando o instrumento serve para medir os mesmos conceitos em populações diferentes.

Guillemin *et al.* (1993), ressaltam a importância da retro-tradução ser feita por mais de uma pessoa e endereçada quando necessária ao autor original da escala.

Antes de iniciar a pesquisa, o Mini Clinical Evaluation Exercise foi traduzido para o português pelo autor deste trabalho e pela professora Andréia Camargos Rocha, doutora e membro da Comissão Permanente de Avaliação da Faculdade de Medicina da UFMG.

Após revisão realizada pelos demais membros, a versão definitiva foi traduzida para o inglês pela professora Heloisa Junqueira que desconhecia a versão original. A versão traduzida para o inglês foi enviada ao Dr. John J. Norcini, Ph. D, presidente da Foudation for Advancement of International Medical Education and Research – Faimer – e idealizador do Mini-Cex. Ele leu e aprovou a versão para o inglês baseada na tradução de seu artigo original, fazendo duas observações que foram acatadas. Esta tradução tornou-se o instrumento oficial para aplicação do Mini-Cex no Brasil. Em português este instrumento foi denominado Mini Exercício Clínico Avaliativo, Mini-Ex.

5.3 ÁREA DE ATUAÇÃO

Para a aplicação do Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex, foi escolhida a Disciplina Internato de Pediatria, que recebe 80 estudantes do 11º e 12º períodos, em estágios trimestrais, desenvolvidos em tempo integral, com calendário contínuo durante todo o ano, com escala de atividades diurnas, noturnas e em finais de semana, de acordo com as características do serviço em que se desenvolvem.

O processo de aprendizagem dos estudantes é integrado ao processo assistencial, tornando-se a própria estrutura do serviço de saúde como objeto de estudo. Os estudantes são divididos em grupos de cinco, que ficam sob a orientação de um professor e cada interno é responsável por no mínimo, um paciente, devendo avaliar diariamente a criança e discutir com o professor os achados e a conduta.

A disciplina “Internato de Pediatria” foi escolhida por apresentar algumas características consideradas importantes na etapa de operacionalização do trabalho:

- os estudantes e professores do Internato de Pediatria apresentaram maior interesse e disponibilidade para aplicação e discussão do instrumento de avaliação formativa proposto pela CPA, em 2000, refletindo mobilização e disposição em aceitar mudanças;
- os professores do Internato de Pediatria constituem um grupo homogêneo, quase todos, com longa experiência em assistência aos estudantes na enfermaria podendo-se afirmar que a grande maioria possui mais de vinte anos de docência na área;
- os estudantes dos Internatos estão aptos a demonstrar a aquisição de competências adquiridas durante o curso;
- as disciplinas do Internato são oferecidas trimestralmente, possibilitando maior agilidade na obtenção dos resultados;
- os estudantes têm disponibilidade integral para cursar o Internato, o que implica em maior tempo para observação do estudante pelo professor.

5.4 DESCRIÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Esta enfermaria conta com um total de 60 leitos e funciona em sistema de Alojamento Conjunto com a mãe ou algum dos familiares sempre acompanhando a criança internada.

Como se trata de Hospital público, de ensino, as crianças internadas geralmente apresentam doenças mais graves, exigindo tempo prolongado de hospitalização. Algumas estão internadas para esclarecimento de diagnóstico, sendo submetidas à exames laboratoriais e de imagens e umas poucas crianças apresentam patologias agudas mais frequentes como pneumonia, bronquiolite e doenças renais.

Ao lado da enfermaria encontra-se o CTI pediátrico para onde são transferidos quando necessário, os casos mais graves.

5.5 CASUÍSTICA

A casuística constou de 12 vídeos do atendimento feito por internos em 10 crianças internadas na enfermaria do Hospital das Clínicas da UFMG com patologias variadas e 2 recém-nascidos normais no alojamento conjunto. Os vídeos foram filmados no atendimento clínico rotineiro de todas as manhãs, durante a corrida de leitos, no qual o interno executa uma consulta focada na necessidade do paciente.

Nos casos em que o foco da consulta era tratamento, os internos conheciam os pacientes e sua doença, pois já os acompanhava há dias. Houve um caso em que o paciente, um menino de 12 anos, estava sendo submetido à propedêutica para esclarecimento de diagnóstico e o interno já o havia examinado outras vezes. Nos casos de coleta de dados, os internos estavam tendo contacto com os pacientes pela primeira vez e os casos de orientações de alta os internos já conheciam as crianças e os recém-nascidos.

5.6 PROCEDIMENTOS

Os vídeos foram executados por um profissional da área acompanhado do pesquisador principal, usando-se apenas duas pequenas câmaras digitais e um microfone sem fio que eram colocados perto do berço da criança. A seguir os filmes foram editados visando o melhor ângulo de imagem, mantendo rigorosamente o tempo da consulta.

Como o objetivo era manter a situação mais real possível foi solicitado aos internos participantes da filmagem, que procedessem na consulta da maneira mais natural possível, conforme rotina de exame.

Todos os internos que participaram dos vídeos sabiam do propósito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento. Não houve nenhum tipo de combinação ou instrução aos internos uma vez que o objetivo era de se reproduzir a situação mais real possível. Os internos sabiam que seu desempenho não seria considerado como avaliação oficial do estágio.

Como as câmaras eram muito pequenas e a iluminação natural, evitando-se a todo custo que a enfermaria se transformasse num estúdio, tanto os estudantes quanto os pacientes se apresentaram nas filmagens de maneira natural.

Para manter o maior grau possível de realidade nos vídeos, optou-se por não interferir nas condições rotineiras do ambiente hospitalar. Não houve nenhuma limitação à qualquer tipo de atividade na enfermaria, fosse ela médica, didática ou recreativa, durante as filmagens. Pessoas conversando, auxiliares de enfermagem entrando na enfermaria e realizando algum tipo de procedimento, o barulho, crianças chorando nos berços ao lado, pessoas passando em frente as câmaras, impediram que sete, (35%) dos vídeos fossem utilizados por motivos técnicos. Dos 19 vídeos, 12 foram considerados em condições técnicas para a edição.

5.7 PARTICIPAÇÃO DOS DOCENTES

Foi solicitado a 24 professores que assistissem os vídeos e pontuassem os estudantes segundo a escala do Mini-Ex. Os professores foram divididos em dois grupos com 12 participantes cada: o primeiro grupo foi constituído de professores com experiência docente na enfermaria e o segundo grupo com professores experientes em acompanhar o estudante em atividades ambulatoriais.

Para cada professor foi entregue um kit com um pequeno questionário sobre dados pessoais como o tempo de docência, categoria funcional, experiência como docente na enfermaria ou no ambulatório e como avaliava seus estudantes. Havia ainda um resumo do caso clínico de cada um dos pacientes correspondentes aos diversos filmes, uma ficha do Mini-Ex para ser preenchida para cada caso e uma folha para que o professor tecesse algum comentário que julgasse pertinente.

Os primeiros 12 professores contatados assistiram os vídeos e pontuaram o Mini-Ex na presença do pesquisador em sessões individuais. Os outros 12 receberam os kits e

fizeram a avaliação em casa. A alteração na metodologia foi decidida, especialmente, por questões operacionais – escassez de tempo para finalizar as avaliações. Entretanto, a decisão somente foi tomada, considerando o entendimento do pesquisador, de que sua presença não era necessária, desde que as avaliações fossem individuais, para evitar comentários entre os avaliadores.

Foi solicitado aos professores que assistissem as consultas uma única vez, como a cena ao vivo, para garantir que não haveria variações do objeto a ser avaliado e da situação de aplicação da escala, controlando possível bias de aferição.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os responsáveis pelas crianças, os internos e os professores participantes das filmagens foram contatados pessoalmente pelo pesquisador e concordaram em participar da pesquisa. Todos assinaram o termo de consentimento. O Conselho de Ética em Pesquisa da UFMG – Coep aprovou a pesquisa em seu parecer 165/06.

5.9 TESTE PILOTO

Durante o primeiro semestre de 2006 foram feitos cerca de 20 avaliações utilizando a escala do Mini-Ex com os professores da enfermagem e da unidade neonatal. Objetivando a padronização da avaliação, a aplicação do piloto foi acompanhada por outro professor e também por um estudante bolsista do Programa de Aprimoramento Discente – PAD, com apoio da Prograd. Após a aplicação dos testes, todos os envolvidos discutiram a experiência, quando foram identificados os critérios utilizados em cada um dos itens pontuados. As avaliações dos dois professores foram comparadas para detecção de aspectos comuns e discrepâncias.

Além disso, o piloto serviu para promover a discussão entre os professores sobre os processos de avaliação de uma forma mais ampla e desse instrumento em particular.

Durante as discussões concluiu-se que a escala do Mini-Ex poderia ser utilizada em sua forma original no Brasil, uma vez que o sistema de atendimento às crianças hospitalizadas é muito semelhante ao sistema norte americano, onde o Mini-Cex foi instituído.

5.10 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente foi feita análise descritiva das características dos professores componentes do estudo, além das informações sobre os exames. Para as variáveis nominais ou categóricas, foram feitas tabelas de distribuição de frequências. Já para as variáveis numéricas foram utilizadas medidas de tendência central e variabilidade.

Foi calculado o coeficiente de correlação intraclasse para avaliar a confiabilidade dos escores dos itens da escala. O cálculo foi realizado pela análise de variância com dois fatores e efeitos aleatórios. Para avaliar a consistência interna entre os itens da escala, calculou-se o coeficiente alfa de Cronbach para cada item considerando-se as 24 avaliações dos professores. Os escores dos estudantes foram comparadas por sexo pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney, por se tratar de uma distribuição assimétrica de grupos independentes.

Os escores que foram dados pelos docentes que atuam nos dois grupos (enfermaria/ambulatório) foram comparados em cada item do questionário por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon, já que se trata de uma distribuição assimétrica e os grupos não são independentes. Em todas as análises foi considerado um nível de 5% de significância. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS 12.0.

6 RESULTADOS

Entre os 19 vídeos realizados durante o atendimento clínico dos internos aos pacientes internados na enfermaria de pediatria do Hospital das Clínicas foram selecionados 12 (63%), utilizando-se critérios técnicos, para serem submetidos à avaliação dos professores do Departamento de Pediatria. Todos os 24 professores convidados a participarem do estudo, como examinadores, devolveram os formulários preenchidos.

No Quadro 1 está apresentado o diagnóstico, e, no Anexo IV, apresento um breve relato da história clínica de cada paciente, podendo-se verificar que a maioria dos agravos (42%) eram constituídos de doenças hematológicas – leucemias, púrpura trombocitopênica idiopática e aplasia de medula.

Quadro 1. Idade, diagnóstico e o foco das consultas feitas pelos internos e avaliadas pelos professores. Enfermaria de Pediatria HCUFGM – 2006.

Vídeo	Idade (meses)	Diagnóstico clínico	Foco
1	19	Leucemia Linfoblástica Aguda	Tratamento
2	144	Sangramento intestinal	Diagnóstico
3	4	Cardiopatía congênita	Tratamento
4	1	Bronquiolite	Coleta de dados
5	1	Recém-nascido normal	Orientações de alta
6	144	Leucemia Linfoblástica Aguda	Tratamento
7	132	Aplasia medular com foco infeccioso	Tratamento
8	15	Cardiopatía congênita e IVAS	Orientações de alta
9	84	Leucemia Mielóide Aguda	Tratamento
10	12	Pneumonia	Coleta de dados
11	1	Recém-nascido normal	Orientações de alta
12	83	Púrpura Trombocitopênica Idiopática	Coleta de dados

Em relação ao foco da consulta, verificou-se predomínio de “Tratamento” (42%), em segundo lugar “Coleta de dados” e Orientação ambos com 25%. Houve somente um atendimento cujo foco era Diagnóstico (8,0%).

Observou-se grande variabilidade na idade, com uma média de 36 meses e um desvio padrão de 52,9 meses e mediana de 10,5 meses.

A Tabela 1 mostra que a maioria dos professores (54,2%) está na categoria de professor adjunto ou associado e exercem alguma especialidade (62,5%). 54,2% dos professores do estudo tem atividade predominante em enfermaria e metade deles assistiu ao vídeo junto com o pesquisador. O tempo médio de docência foi de 25 anos e mediana de 28 anos. O menor tempo de docência foi de dois anos.

Tabela 1. Distribuição de freqüências das características dos professores.

	Nº pacientes	%
• Categoria funcional		
Professor assistente	11	45,8
Professor adjunto	12	50,0
Professor associado	1	4,2
• Especialidade		
Sim	15	62,5
Não	9	37,5
• Atividade predominante		
Enfermaria	13	54,2
Ambulatório	11	45,8
• Assistiu vídeo com o pesquisador		
Sim	12	50,0
Não	12	50,0
• Tempo de docência		
Média	25,0	
Mediana	28,0	
Desvio-padrão	8,3	
Mínimo	2,0	
Máximo	33,0	

A Tabela 2 mostra que 75% das consultas foram de retorno. O tempo de observação foi de em média aproximadamente 10 minutos, com máximo de 13,3 e o tempo de retorno foi de em média 5,8 com desvio-padrão de 3,2.

A Tabela 3 mostra que em todos os itens os estudantes tiveram um bom desempenho com escores médios acima de 6,5 e pequena variabilidade. A variabilidade entre os professores no que se refere aos escores dados também foi baixa, com desvio-padrão em torno de 1 para todos os itens.

Tabela 2. Distribuição de freqüências das informações sobre a consulta.

	Nº pacientes
Tipo de consulta	
Primeira consulta	3 (25%)
Retorno	9 (75%)
Tempo de observação	
Média	9,6
Mediana	9,6
Desvio-padrão	2,9
Mínimo	3,0
Máximo	13,3
Tempo de retorno	
Média	5,8
Mediana	4,3
Desvio-padrão	3,2
Mínimo	3,0
Máximo	11,2

Tabela 3. Variabilidade dos escores obtidos pelos estudantes e dos escores dos professores segundo cada item do instrumento.

Competência	Média Escore obtido pelos estudantes	Desvio-padrão	Desvio-padrão dos escores dos professores
• Habilidades na entrevista médica	6,8	0,8	1,1
• Habilidades no exame físico	6,8	0,8	1,1
• Qualidades humanísticas/ profissionalismo	7,3	0,8	1,0
• Raciocínio clínico	6,6	0,7	1,3
• Habilidades de orientação	6,6	0,9	1,2
• Organização/eficiência	6,9	0,6	1,0
• Competência clínica geral	6,9	0,7	1,0

6.2 COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO INTRA-CLASSE

O coeficiente de correlação intra-classe foi de 0,708 com intervalo de confiança de 95% variando entre 0,51 e 0,99, indicando uma boa confiabilidade do instrumento.

6.3 COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

A Tabela 4 mostra que o coeficiente alfa variou entre 0,87 e 0,96 (exceto para o item

Raciocínio clínico) e foi sempre significativo de acordo com o intervalo de confiança, indicando excelente consistência interna entre os componentes do instrumento (Figura 1).

Tabela 4. Coeficiente alfa de Cronbach com intervalo de 95% de confiança para cada item do instrumento.

	Alfa de Cronbach	Valor-p	IC 95%
Habilidades na entrevista médica	0,936	<0,001	[0,856; 0,983]
Habilidades no exame físico	0,946	<0,001	[0,890; 0,981]
Qualidades humanísticas/ profissionalismo	0,942	<0,001	[0,882; 0,980]
Raciocínio clínico*	0,080	0,348	[-2,766; 0,977]
Habilidades de orientação	0,956	<0,001	[0,896; 0,990]
Organização/eficiência	0,914	<0,001	[0,823; 0,970]
Competência clínica geral	0,870	<0,001	[0,727; 0,958]
Total	0,70	0,047	[0,32; 0,99]
Total excluindo raciocínio clínico	0,84	<0,001	[0,51; 0,99]

* Item com muitas perdas.

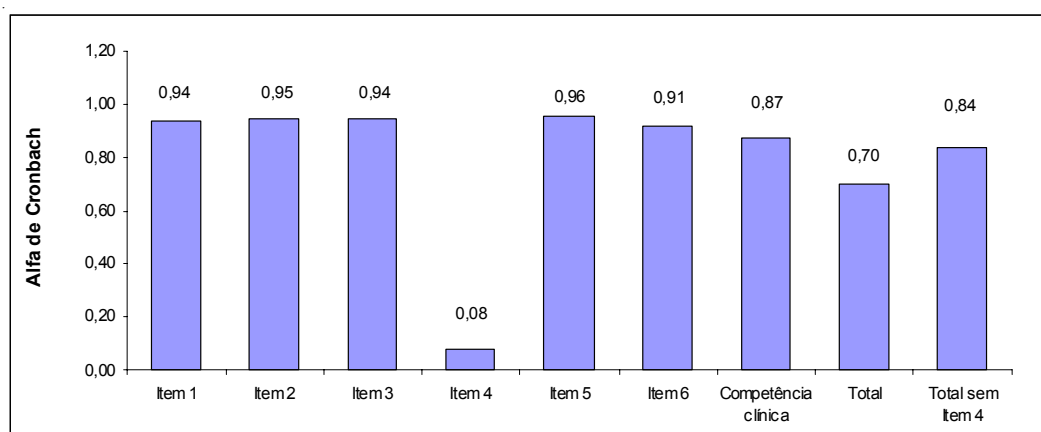


Figura 1. Coeficiente alfa de Cronbach por item e total.

Deve-se ressaltar que o item Raciocínio clínico teve perdas, o que pode ter influenciado no valor obtido pelo coeficiente e na amplitude do intervalo de confiança.

O Coeficiente alfa total foi de 0,70 quando se considera o item Raciocínio clínico e de 0,84 quando se excluiu esse item da análise.

6.4 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS ENFERMARIA E AMBULATÓRIO

A Tabela 5 mostra que houve diferenças significativas entre os escores dados pelos professores que atuam em enfermaria ou ambulatório nos itens habilidades no exame fisi-

co e raciocínio clínico (p-valores < 0,05). Os professores que atuam em enfermaria avaliaram o desempenho referente ao exame físico com escores mais elevados do que aqueles do ambulatório.

Tabela 5. Comparação entre os escores dados aos estudantes por professores que atuam na enfermaria ou ambulatório.

		Média	Desvio-padrão	p-valor*
Habilidades na entrevista médica	Enfermaria	6,77	0,71	0,875
	Ambulatório	6,78	0,85	
Habilidades no exame físico	Enfermaria	7,01	0,83	0,023
	Ambulatório	6,67	0,97	
Qualidades humanísticas/profissionalismo	Enfermaria	7,29	0,79	0,723
	Ambulatório	7,33	0,83	
Raciocínio clínico*	Enfermaria	6,37	0,65	0,028
	Ambulatório	6,81	0,92	
Habilidades de orientação	Enfermaria	6,49	0,94	0,270
	Ambulatório	6,72	1,01	
Organização/eficiência Enfermaria	Enfermaria	6,92	0,57	0,929
	Ambulatório	6,88	0,78	
Competência clínica geral	Enfermaria	6,93	0,63	0,529
	Ambulatório	6,88	0,76	

* Teste não-paramétrico de Wilcoxon.

6.5 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS QUE ASSISTIRAM OU NÃO O VÍDEO COM O PESQUISADOR

A Tabela 6 mostra que não houve diferenças significativas entre os escores dados pelos professores que assistiram ou não o vídeo com o pesquisador, exceto no item qualidades humanísticas e profissionalismo, que foi melhor avaliado na presença do pesquisador.

6.6 COMPARAÇÃO ENTRE OS GRUPOS DE PROFESSORES ASSISTENTES OU ADJUNTOS

A Tabela 7 mostra que somente na competência Exame físico não houve diferença nos escores dados por docentes segundo sua titulação. Os professores adjuntos mostra-

Tabela 6. Comparação entre os escores dados aos estudantes por professores que assistiram ou não o vídeo com o pesquisador.

		Média	Desvio-padrão	p-valor*
Habilidades na entrevista médica	Sim	6,6	0,8	0,182
	Não	6,9	0,8	
Habilidades no exame físico	Sim	6,9	1,0	0,527
	Não	6,8	0,8	
Qualidades humanísticas/profissionalismo	Sim	7,5	0,8	0,015
	Não	7,2	0,8	
Raciocínio clínico*	Sim	6,8	0,8	0,050
	Não	6,4	0,8	
Habilidades de orientação	Sim	6,7	0,9	0,555
	Não	6,6	1,0	
Organização/eficiência Enfermaria	Sim	6,9	0,7	0,3342
	Não	6,9	0,6	
Competência clínica geral	Sim	6,9	0,7	0,609
	Não	6,9	0,6	

* Teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Tabela 7. Comparação entre as notas dadas aos estudantes por professores assistentes ou adjuntos.

	Professor	Média	Desvio-padrão	p-valor*
Habilidades na entrevista médica	Assistente	6,9	0,7	0,083
	Adjunto	6,7	0,8	
Habilidades no exame físico	Assistente	6,8	0,9	0,552
	Adjunto	6,8	0,8	
Qualidades humanísticas/profissionalismo	Assistente	7,4	0,8	0,057
	Adjunto	7,2	0,8	
Raciocínio clínico*	Assistente	7,0	0,7	0,002
	Adjunto	6,2	0,7	
Habilidades de orientação	Assistente	6,8	0,9	0,026
	Adjunto	6,4	1,0	
Organização/eficiência Enfermaria	Assistente	7,0	0,7	0,050
	Adjunto	6,7	0,5	
Competência clínica geral	Assistente	7,0	0,8	0,025
	Adjunto	6,7	0,6	

* Teste não-paramétrico de Wilcoxon.

ram-se mais rigorosos em todos os itens. As qualidades humanísticas e organização/eficiência ficaram com significância limítrofe (p-valores $\approx 0,05$).

6.7 COMPARAÇÃO ENTRE AS NOTAS DOS ESTUDANTES POR SEXO

Conforme mostrado na Tabela 8, não houve diferença nos escores dos alunos segundo gênero em nenhuma das competências avaliadas.

Tabela 8. Comparação entre as notas dos estudantes por sexo.

	Sexo	Média	Desvio-padrão	p-valor*
Habilidades na entrevista médica	Feminino	6,7	0,6	0,796
	Masculino	6,8	1,0	
Habilidades no exame físico	Feminino	6,6	0,5	0,349
	Masculino	7,1	1,1	
Qualidades humanísticas/profissionalismo	Feminino	7,2	0,5	0,776
	Masculino	7,4	1,0	
Raciocínio clínico*	Feminino	6,5	0,6	0,716
	Masculino	6,7	0,9	
Habilidades de orientação	Feminino	6,7	0,8	0,722
	Masculino	6,5	1,1	
Organização/eficiência Enfermaria	Feminino	6,8	0,4	0,735
	Masculino	7,0	0,9	
Competência clínica geral	Feminino	6,8	0,5	0,706
	Masculino	7,0	0,8	

* Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

6.8 DESCRITIVAS DAS NOTAS POR ESTUDANTE

A Tabela 9 mostra que os escores obtidos pelos estudantes no item competência clínica geral variaram, em média, entre 5,1 e 7,9. Entretanto, comparando as notas mínimas e máximas dadas pelos diversos professores, percebe-se uma amplitude alta, variando entre 3 e 5.

Procedeu-se à análise mais detalhada dos três alunos que apresentaram pior desempenho (Tab. 11), respectivamente os vídeos 1, 4 e 7.

Não foi encontrado nenhum padrão específico em relação ao tipo da consulta, foco ou gênero do aluno. Interessante ressaltar que o aluno filmado no vídeo 7 apresentou o menor tempo de observação – 3 minutos e o maior tempo de retorno dispendido com o professor foi de 10.1 minutos.

Tabela 9. Descritivas da competência clínica por estudante.

Vídeo	Mínimo	Máximo	Amplitude	Média	DP
1	4,0	9,0	5	6,2	1,6
2	6,0	9,0	3	7,9	0,7
3	3,0	8,0	5	7,0	1,2
4	4,0	8,0	4	6,2	1,4
5	6,0	9,0	3	7,6	1,1
6	6,0	9,0	3	7,5	1,1
7	3,0	7,0	4	5,1	1,5
8	4,0	9,0	5	6,2	0,9
9	5,0	9,0	4	6,8	1,2
10	4,0	9,0	5	6,8	1,2
11	6,0	9,0	3	6,9	0,8
12	3,0	8,0	5	7,0	0,9

Tabela 10. Média e desvio-padrão em cada item do instrumento por estudante.

Vídeo	Hab. ent.		Hab. exa.		Qual. hum.		Rac. cli.		Hab. ori.		Org./efic.		Comp. cli.	
	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP	MD	DP
1	6,2	1,6	6,9	1,3	6,4	1,2	7,2	0,9	7,0	1,3	6,9	1,1	6,2	1,6
2	7,9	0,7	8,3	0,6	7,3	1,3	7,7	1,0	7,1	1,2	7,5	0,9	7,9	0,7
3	7,0	1,2	7,8	1,0	7,1	1,2	7,5	1,2	7,0	1,0	7,1	1,2	7,0	1,2
4	6,2	1,4	6,6	1,2	6,0	1,2	5,9	1,3	6,3	0,8	6,2	0,9	6,2	1,4
5	7,6	1,1	8,0	0,9	7,5	1,1	7,5	0,9	7,4	0,9	7,6	1,0	7,6	1,1
6	7,5	1,1	7,8	0,9	7,1	1,4	7,2	0,9	7,5	1,0	7,5	0,8	7,5	1,1
7	5,1	1,5	5,3	1,6	4,9	1,5	4,9	1,3	5,3	1,4	5,4	1,2	5,1	1,5
8	6,2	0,9	7,0	1,2	5,7	1,2	6,2	1,4	6,7	1,1	6,4	1,1	6,2	0,9
9	6,8	1,2	7,7	1,0	6,8	1,7	5,9	1,6	7,7	1,1	7,4	1,0	6,8	1,2
10	6,8	1,2	7,5	0,8	6,8	1,2	6,1	1,3	7,0	0,9	6,8	1,0	6,8	1,2
11	6,9	0,8	7,8	0,7	7,2	1,0	7,4	1,0	7,3	0,9	7,3	0,7	6,9	0,8
12	7,0	0,9	7,2	1,0	6,4	1,4	5,9	1,4	6,7	1,0	6,7	1,2	7,0	0,9

Legenda: Hab. ent. = Habilidades entrevista; Hab. exa. = Habilidades exame; Qual. hum. = Qualidades humanísticas; Rac. cli. = Raciocínio clínico; Hab. ori. = Habilidades orientação; Org./efic. = Organização/eficiência; Comp. cli. = Competência clínica; MD = Média; DP = Desvio padrão.

Tabela 11. Algumas informações sobre os vídeos com pior desempenho.

Vídeo	Sexo	Tipo	Foco	Sexo paciente	Tempo observação	Tempo retorno
1	F	retorno	tratamento	M	7,2	3,0
4	F	1ª consulta	coleta dados	M	9,8	4,0
7	M	retorno	tratamento	M	3,0	10,1

Apesar do item Competência clínica geral não ser uma média aritmética dos demais itens verificou-se pelo Coeficiente de Correlação de Pearson um índice de *0,989 (valor $-p < 0,001$), demonstrando que alta correlação.

Tabela 12. Média geral dos 6 itens da escala e escore médio da competência clínica geral.*

Vídeo	Média geral	Competência geral
1	6,7	6,9
2	7,7	7,5
3	7,1	7,1
4	6,1	6,2
5	7,5	7,6
6	7,5	7,5
7	5,1	5,4
8	6,4	6,4
9	7,2	7,4
10	6,9	6,8
11	7,3	7,3
12	6,7	6,7

* Correlação de Pearson = 0,989 (valor $-p < 0,001$)

Os resultados da Tabela 12 mostram que o escore de competência geral é muito próximo de uma média geral dos demais itens da escala.

6.9 ANÁLISE GRAU DE SATISFAÇÃO

A Tabela 13 mostra que a pontuação média para o grau de satisfação dos professores foi de 7,5 e dos estudantes foi de 8,3.

O Coeficiente de Correlação de Pearson entre o escore do Grau de Satisfação do Professor e o item Competência clínica geral mostrou-se elevado ($R = 0,97$) e altamente significativo (valor $-p < 0,001$).

Tabela 13. Análise descritiva do grau de satisfação do professor e do estudante.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Grau de satisfação do professor	5,6	8,0	7,2	0,7
Grau de satisfação do estudante	7,0	9,0	8,3	0,6

7 DISCUSSÃO

O estudante de Medicina além de adquirir um conjunto de conhecimentos fundamentais, necessita também dominar uma série de habilidades complexas e interrelacionadas que, nem sempre, são de fácil avaliação, exigindo uma diversidade de métodos e instrumentos voltados para aspectos específicos.

Segundo Troncon (1996), a avaliação do estudante de Medicina reveste-se de importância especial, visto que deve contemplar não só o conhecimento adquirido, mas também habilidades específicas e elementos de ordem afetiva, como as atitudes frente a inúmeros aspectos da prática profissional. O reconhecimento dessa importância tem gerado vários estudos no desenvolvimento da área de Avaliação de Competências Médicas, resultando em ampla diversidade de conceitos e de métodos aplicáveis à avaliação do estudante, bem como no aumento da complexidade e das dificuldades inerente ao tema.

O foco de atenção deve se dirigir para o que se denomina de competências médicas. Nesse sentido, a avaliação deve ser entendida como um processo de coleta de informações, realizado por meio de atividades sistemáticas e formais, que permite identificar o que o estudante sabe, o que ele sabe fazer e, efetivamente, faz em sua prática, com o objetivo de interferir no processo educacional, corrigindo distorções e reforçando os aspectos positivos.

A observação direta das habilidades clínicas dos estudantes pelos professores é essencial para se afirmar que determinado estudante atingiu o nível de competência necessário para aquela determinada etapa de seu aprendizado. Um instrumento que se propõe a medir esta competência, precisa ser avaliado com metodologia específica para o estudo de

suas propriedades psicométricas através da investigação da confiabilidade e da validade do instrumento.

Entretanto, a via de acesso das competências por meio da observação enfrenta outras tantas dificuldades, sendo a primeira definida pela simples questão de definir o que deve ser observado. A observação da atividade visível implica em admitir tempos necessários e suficientes para reconhecê-la em todas as suas variedades de apresentação. Deve-se, também levar em consideração, que cada profissional a desempenha de formas singulares, com suas maneiras específicas de lidar nas diferentes etapas de que se constitui a tarefa. A questão é ainda mais complexa quando se trata da análise de atividades intelectuais envolvidas no desempenho profissional a partir da observação da própria tarefa, atividade esta sujeita, por definição, às inferências do observador (WITTE, 1994).

Tais problemas colocam em pauta, sobretudo, a importância de se avaliar criticamente as tentativas de considerar a observação da atividade e do desempenho como métodos seguros e garantidos de abordagem das competências. É particularmente importante dar destaque à questão da diferenciação entre desempenho e competência, pelas próprias origens conceituais desta no campo educacional.

A noção de competência, no entanto, tem sido muito mais utilizada como associada à ação, assumindo um viés comportamentalista e condutista que, ao suprimir a inteligência formalizadora, reduz a competência ao desempenho observado da ação. Esvazia-se dessa forma a possibilidade de compreender que o enfrentamento de situações novas e problemáticas exige esforço e trabalho cognitivo sendo a base do desenvolvimento de novas competências. Competências consolidadas são transferíveis a contextos diversos e podem, diante de novas situações complexas, dar origem a novas competências. A transferência não é, portanto, uma transposição automática de aprendizados, envolve trabalho mental no confronto do sujeito com novas situações e contextos.

Avaliar a competência clínica de um estudante é um processo complexo que exige metodologia associada ao conhecimento teórico de instrumentos confiáveis, válidos e exequíveis. O fato de que a competência só pode ser percebida por meio do desempenho

observável não pode excluir a questão da sua conceitualização, requerendo-se modelos que auxiliem a compreensão de como são mobilizados os recursos do sujeito para a ação.

A questão do ensino e avaliação das competências tem merecido a atenção do Colegiado e da Congregação do curso médico da UFMG. No contexto atual do processo de reformulação curricular com o projeto Recriar (FACULDADE DE MEDICINA, 2005) aliado à tendência universal de se considerar a avaliação do desempenho como uma demonstração da competência acumulada pelo estudante, o momento é pertinente para um aprofundamento da questão.

Esta avaliação deveria ser parte indissociável do processo educacional, sendo aplicada em vários momentos do curso e reconhecida pelo próprio estudante como um sinal norteador de seu progresso. Para o professor também deveria funcionar como um recurso de grande utilidade no controle de qualidade do que ele está ensinando e de sua técnica pedagógica.

O uso inadequado de diferentes práticas de avaliação tem muitas vezes desvirtuado o sentido da avaliação fazendo com que os estudantes adotem um estilo de aprendizado fortemente direcionado aos resultados favoráveis nos exames ou que professores usem a avaliação como forma de punição.

Na avaliação de competências os instrumentos devem avaliar o estudante “mostrando como faz”. Devem abordar os aspectos da prática profissional mais voltados aos cuidados do paciente, desde a anamnese até as orientações sobre os cuidados básicos de saúde, levando em consideração as habilidades clínicas, psicomotoras, a interação e comunicação com o paciente, o manejo da informação, a capacidade de decisão e julgamento e a observação de atitudes éticas. Deve fazer parte do instrumento o correspondente juízo de valor do examinador sobre a adequação daquele desempenho.

Existem na atualidade, vários métodos de avaliação de competências clínicas. Entre os mais difundidos, pode-se citar a avaliação utilizando pacientes reais como no caso longo, onde o estudante faz uma ampla avaliação do paciente e sua doença e depois discute com o professor a melhor conduta, recebendo deste o retorno. Ainda com pacientes reais temos o caso curto em que diferentes tarefas devem ser executadas em pacientes diversos.

Outra modalidade de avaliação consiste no “Objective Structured Clinical Examination” – Osce, na qual os examinandos percorrem diferentes estações aonde são solicitados a desempenhar tarefas clínicas distintas. Assim é possível selecionar o tipo de habilidade a ser avaliada, o nível de complexidade exigido e as circunstâncias da avaliação. Neste método, pelo fato de se conseguir um melhor controle das condições de avaliação, torna-se mais fácil preencher os requisitos para a validade e a confiabilidade.

Ainda no campo da avaliação de competência clínica, pode-se avaliar o estudante no contato com o paciente padronizado. Nesta situação, quem faz o papel de paciente, é geralmente um ator, ou mesmo um paciente em boas condições e que conheça bem a sua doença. David Newble – Medical Education in the Milenium (NEWBLE, 1998)

No entanto, na opinião do pesquisador, nada pode substituir o fato de a clínica ser sempre uma relação entre dois sujeitos, irredutível à objetividade, e sempre influenciada pelas histórias e subjetividade desses dois elementos o que só acontece quando a observação é feita com pacientes reais, em ambientes de trabalho.

O Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex, é um instrumento de avaliação de competência clínica cuja principal característica é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do médico assistente em seu local de trabalho.

É um instrumento dinâmico que pode ser utilizado pelo professor durante o atendimento rotineiro, não interferindo na rotina médica do serviço e principalmente não usando o paciente como objeto de estudo. O objeto de avaliação no caso será o desempenho do aluno visando identificar e corrigir deficiências.

O paciente não sofrerá nenhuma interferência em seu atendimento e a conduta que o interno toma no encontro com o paciente deverá ser a mesma, estando ou não sendo avaliado. No entanto, sabe-se que só pelo fato de estar sendo avaliado qualquer pessoa pode alterar sua performance, por nervosismo, ansiedade, timidez, vergonha ou até por medos mais interiorizados de vivências infantis, mas esta é uma situação inerente à qualquer processo avaliativo.

Apesar de se objetivar que o interno mantenha o mesmo procedimento como em

qualquer outro encontro com o paciente, não se pode avaliá-lo sem uma comunicação prévia, avisando-o com antecedência de uma semana sobre o exame.

Pela característica de ser uma avaliação no ambiente de trabalho e enriquecida pelo feedback do professor, e como são várias por estágio, à medida que vão acontecendo, o nível de estresse do estudante vai diminuindo e a avaliação passa realmente a ser um exercício clínico.

7.1 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO INSTRUMENTO

Como todo instrumento de avaliação, o Mini-Ex apresenta características que podem ser estudadas, algumas se evidenciando como pontos positivos e outras como limitações. Existem fatores que interferem na avaliação relacionados com o paciente. Por ser uma pessoa real o paciente pode ser cooperativo ou não, pode estar nervoso devido ao seu estado, ansioso e no caso de crianças pode simplesmente chorar durante toda a consulta.

Possibilitar a observação do desempenho, em situações reais, talvez seja o grande diferencial do Mini-Ex. É justamente na maneira de lidar com situações delicadas, que o interno vai mostrar a sua competência, porque na vida profissional ele não estará examinando atores e, não obstante, o que mais se necessita é ensinar os estudantes a tomarem decisões sob condições de incerteza, a lidar com a ambigüidade, com a complexidade, a singularidade e os conflitos de valores que quase sempre escapam à racionalidade técnica.

Possibilitar a avaliação em diversos cenários e com níveis de complexidade diferentes também se configura como ponto positivo do Mini-Ex.

Por ser um exame rápido e objetivo, o aluno poderá ser avaliado várias vezes durante o estágio e se em determinada avaliação ele está lidando com um paciente difícil, em outro momento ele pode ser avaliado no atendimento à um paciente cooperativo e com um quadro patológico de fácil compreensão. Existe aí um ponto a ser discutido que é o efeito halo. Norcini *et al.* (2003) avaliando residentes notaram uma correlação estatisticamente

significativa entre o grau de complexidade do caso clínico e a nota dada pelo professor como se o examinador compensasse o residente pela falta de sorte em ser avaliado em um caso difícil. Ou será apenas porque casos mais complexos permitem ao residente, demonstrar melhor seu desempenho?

Outro aspecto que também se mostra favorável ao Mini-Ex reside na variabilidade do grau de exigência do avaliador. Blank *et al.* em trabalho publicado em 1997, mostram que “a variabilidade na pontuação não é muito grande e, é improvável que o mais intransigente examinador dê vários graus insatisfatórios”. Mesmo assim, como o estudante deve ser avaliado com o Mini-Ex, três a quatro vezes por estágio e com professores diferentes, tanto o efeito da rigidez do professor quanto da dificuldade do paciente, ficam atenuados.

Outro ponto extremamente favorável ao Mini-Ex consiste no retorno que o estudante recebe imediatamente após o exame. Isto configura segundo Bloom (1983) uma importante característica de avaliação formativa mostrando ao aluno os pontos que necessita reforçar. Interessante comentar que um dos alunos que obteve um dos piores escores, e realizou seu atendimento no menor tempo (três minutos), teve o maior tempo de retorno (10,1 minutos) na conversa com seu professor. Apesar de ser um dado isolado, serve para demonstrar a capacidade do instrumento em apontar deficiências de desempenho.

Outra vantagem está relacionada ao investimento financeiro da instituição. Sendo um exame que não demanda maiores gastos em compra de manequins ou contratação de atores, torna-se mais exequível face às condições financeiras das universidades públicas.

Como limitação pode-se assinalar ser um instrumento examinador dependente, baseado na expertise do avaliador. O processo de avaliar por competência é dinâmico, ou seja, se durante a aplicação surgirem evidências de desempenho que não estavam inicialmente contempladas, ou se algumas evidências não se mostrarem suficientes, quem avalia deve registrar as mudanças para modificar e atualizar as normas.

Por ser um exame rápido, objetivando principalmente o foco da consulta, será necessário que o estudante seja avaliado pelo menos quatro vezes durante o estágio, interagindo com pacientes diferentes.

7.2 CONFIABILIDADE E CONSISTÊNCIA INTERNA

A avaliação de uma escala envolve metodologia específica para o estudo de suas propriedades psicométricas, através da investigação de três atributos fundamentais: validade, confiabilidade e viabilidade.

A validade é sua capacidade de avaliar, efetivamente, o “que” deve realmente ser avaliado. O conceito de confiabilidade refere-se ao “como” avaliar, é uma característica que se relaciona à precisão, à reprodutibilidade do instrumento. A viabilidade é uma característica que se relaciona à sua possibilidade de execução e aceitação por parte de todos os envolvidos no processo de avaliação.

As medidas de confiabilidade comumente usadas incluem a confiabilidade entre examinadores e a confiabilidade teste-reteste. A consistência ou objetividade do teste é representada pela confiabilidade entre examinadores, obtida quando diferentes examinadores avaliam um mesmo indivíduo em um mesmo momento, utilizando o mesmo instrumento de forma independente. A confiabilidade teste-reteste fornece dados sobre a estabilidade dos escores ao longo de um intervalo de tempo. Para testar a confiabilidade teste-reteste, um mesmo sujeito é avaliado pelo mesmo examinador, usando o mesmo instrumento em dois momentos diferentes com o objetivo de se conhecer o grau de reprodutividade dos resultados.

Inicialmente, pesquisa-se em que medida o grau do resultado obtido através do instrumento está isento de erros. Uma escala confiável deve gerar o menor erro possível.

No caso de avaliações de comportamento ou atributo humano, não é possível obter um instrumento capaz de medir com exatidão o verdadeiro escore.

O coeficiente de Correlação Intraclasse – CCI tem sido utilizado como índice de confiabilidade pelos pesquisadores sendo considerado um bom índice por refletir tanto o grau de correlação quanto a concordância entre os examinadores.

Utilizando o estudo como exemplo, vários examinadores utilizaram o Mini-Ex para avaliar de maneira independente, um mesmo grupo de alunos através de vídeo. Uma alta

correlação positiva indica que a maioria dos alunos que obteve escore maior ou menor em uma avaliação, manteve a mesma posição relativa nas avaliações dos demais examinadores.

A concordância fornece informações mais detalhadas pois usa como referência a nota exata obtida por cada aluno nas avaliações dos diferentes examinadores.

Outro enfoque adotado para o estudo da confiabilidade está relacionado com a consistência interna do instrumento que pode ser definida como a coerência das respostas a todos os seus itens. Um instrumento de qualidade é aquele que avalia vários aspectos de um atributo, ou seja, exibe uma homogeneidade entre seus itens constitutivos. Estatisticamente, esta homogeneidade é identificada através de correlação entre os itens. Esta correlação traduz a consistência interna do instrumento. O índice mais comumente usado é o Coeficiente Alfa Cronbach, cujos valores variam de 0,00 a 1,00. Uma baixa correlação pode significar que o instrumento esteja mensurando diferentes atributos, enquanto valores próximos de 1,00 podem representar uma redundância entre os itens. Muitos autores sugerem que uma boa consistência interna deveria apresentar índices de correlação moderada com valores entre 0,70 e 0,90. (POTNEY & WATKINS, 2000).

O presente estudo, limitou-se ao estudo da confiabilidade entre examinadores e da consistência interna do instrumento e demonstrou que o Mini-Ex tem boa confiabilidade e consistência interna, confirmando estudos de Norcini (2003) Hatala (2006), Eric Holmboe (2003) e Steven Durning (2002).

O cálculo do CCI iniciou-se com a análise de variância (ANOVA) de dois critérios. Os valores do CCI variam entre 0,00 e 1,00, sendo que valores próximos de 1,00 representam uma maior confiabilidade.

O Coeficiente de Correlação Intraclasse foi de 0,708 com intervalo de confiança de 95%, variando entre 0,51 e 0,99, indicando uma boa confiabilidade do instrumento.

No estudo o coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,87 e 0,96 e foi sempre significativo de acordo com o intervalo de confiança indicando uma excelente consistência interna do instrumento.

7.3 INFLUÊNCIA DE FATORES EXTERNOS

7.3.1 Ambiente

A literatura mostra que vários estudos já foram realizados para determinar o efeito de audiência, ou seja, o quanto a presença de um observador produz uma influência significativa na performance de indivíduos sendo observados. Vários destes estudos confirmam este efeito em determinadas situações, (COHEN & DAVIS, 1973; COTTRELL, 1968; WEBB *et al.*, 1966 in *Assessing Clinical Competence*, Springer Series on Medical Education, v. 7, 1985).

Por outro lado, no estudo de Hagan, Craighead (1975) nem o tipo nem a frequência de determinadas atividades do corpo clínico foram significativamente alteradas pela presença de um observador. Mercatoris & Crighead (1975) e Roberts & Renzaglia (1965), relataram mudança na frequência de certos comportamentos mas não nos tipos de comportamento (*Assessing Clinical Competence Springer series*).

7.3.2 Observação direta *versus* vídeos

Homboe *et al.*, 2003, usando vídeos com pacientes e residentes atores, para determinar a validade de constructo do Mini-Ex, encontraram diferenças significativas ($p < 0001$) entre os níveis insatisfatório, satisfatório e superior de competência, nas avaliações, concluindo que através do Mini-Ex os avaliadores puderam distinguir entre o nível insatisfatório e o nível superior de performance.

Comentando sobre o uso do vídeo, diz que os participantes pontuaram os residentes em uma sala e não em encontros do residente com pacientes reais em ambiente de trabalho, e assim suas avaliações não refletiriam a verdadeira prática com os próprios residentes. No entanto, ele mesmo argumenta que embora o uso do vídeo seja de alguma maneira um fator limitante do estudo, o objetivo era avaliar a habilidade do professor para distin-

guir entre os níveis da competência assumindo que cada avaliador estaria assistindo o mesmo encontro em um mesmo ambiente.

O uso do vídeo permite que o evento seja reproduzido da mesma maneira para vários observadores e, como a proposta da pesquisa era estudar a confiabilidade do instrumento, a performance dos estudantes interferiu na própria avaliação, mas não na concordância entre os examinadores, uma vez que todos assistiram aos mesmos vídeos e pontuaram os mesmos quesitos.

7.3.3 Pacientes reais *versus* atores

No caso específico da pesquisa, optou-se por não utilizar atores fazendo o papel de pacientes e internos, agindo dentro de um script pré-determinado.

Na Conferência de Cambridge (1994) foram definidos uma série de princípios para selecionar os instrumentos na avaliação da competência clínica. O primeiro destes princípios era que os métodos deviam ser baseados na realidade que é a forma mais apropriada de se avaliar as competências clínicas (NEWBLE, 1998).

A opção de filmar os internos em situações reais de encontros com os pacientes trouxe alguma dificuldade operacional à pesquisa, mas enriqueceu o trabalho e mesmo considerando que alguns dos vídeos apresentaram limitação de som, ou mesmo de posicionamento da câmara, a performance dos estudantes foi bem captada pelos professores e a avaliação apresentou um bom índice de concordância.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo abordando avaliações pelo Mini-Cex em vídeo com pacientes e estudantes reais.

7.4 PERFIL DOS INTERNOS

A necessidade de obtenção do consentimento dos estudantes para participação no estudo, a priori, seleciona um perfil daqueles mais auto-confiantes em sua performance,

que não se intimidam em serem filmados e submetidos à avaliação de diversos docentes. Embora cientes de que a pontuação pelo Mini-Ex não seria oficialmente contabilizada, muitos preferiram não se expor.

O grupo de estudantes foi homogêneo, todos cursando o Internato de Pediatria, disciplina que corresponde ao 11º e 12º períodos do curso de medicina e tendo cursado as mesmas disciplinas obrigatórias durante os períodos anteriores.

No presente estudo essa homogeneidade não interfere no resultado, considerando que o objetivo não é avaliar o estudante e sim a confiabilidade entre os examinadores e o grau de consistência interna do instrumento.

A distribuição dos alunos por gênero reflete o percentual de homens e mulheres no universo dos alunos matriculados no curso médico. O fato de não sido encontrado diferença estatística entre as médias de cada um dos itens em relação ao sexo, por se tratar de apenas 12 estudantes, pode ser devido ao acaso.

Com relação à performance dos estudantes, a média da pontuação nos diversos componentes da competência foi acima de 6,5 em todos os itens, indicando que o grupo como um todo é classificado como satisfatório/superior.

Uma discussão relevante é a percepção que os três estudantes com níveis de pontuação mais baixo foram justamente os que apresentaram maior desvio padrão com alta variabilidade das médias, podendo variar de reprovação (insatisfatório) à satisfatório como no caso do estudante do vídeo 7 ou de satisfatório para superior como o caso dos vídeos 1 e 4.

Norcini (2003) verificou que o Intervalo de Confiança tende a cair à medida que aumentam os encontros porque os escores dos estudantes são baseados nas interações com um maior número de pacientes e examinadores. Usando como exemplo o estudante do vídeo 7, considerando a média e o desvio padrão do item “competência geral” houve uma variação de 3,6 a 6,6. No trabalho supracitado de Norcini um residente com escore 5 e IC de 1,47, após a avaliação de 14 Mini-cex o IC foi diminuindo até 0,46 no décimo exame. A partir daí, verificou-se declínio discreto do intervalo.

Os estudantes com escore elevado nos dois primeiros Mini-Ex, provavelmente não

mudança de categoria e, portanto, não há necessidade de avaliações posteriores. Afirmativa similar pode ser aplicada aos discentes com resultados insatisfatórios iniciais. Exames repetidos mostram-se úteis na avaliação daqueles com escores entre 4 e 5, que precisarão de, pelo menos, quatro Mini-Ex para adequada avaliação.

No presente estudo, apesar da elevada variabilidade individual, nenhum escore alterou de insatisfatório para superior.

7.5 HOMOGENEIDADE DOS AVALIADORES

A homogeneidade do grupo de professores em relação ao tempo de docência, com média de 25 anos e mediana de 28 anos de atividades didáticas, também pode ser apontada como uma vantagem da pesquisa.

No presente estudo, a baixa variabilidade dos escores entre os professores reforça a expertise do grupo em supervisionar os estudantes em atividades práticas, na observação direta em serviço que é a principal estratégia pedagógica do ciclo profissional na UFMG.

Segundo o depoimento de vários professores, o único item com maior dificuldade de pontuação foi o relacionado ao raciocínio clínico, devido à impossibilidade de interação com o interno.

Entretanto a análise dos escores recebidos individualmente pelos estudantes mostrou que no item competência geral, considerado o mais relevante por sintetizar o juízo de valor do examinador em relação ao desempenho observado, alguns discentes receberam escore com maior variabilidade. Chama a atenção a avaliação do aluno 7, que variou entre ser reprovado e ser satisfatório.

Essa amplitude do desvio padrão reflete a dificuldade de avaliação mesmo entre docentes experientes, especialmente em situações limítrofes quando se torna fundamental uma coerência entre os escores. Certamente pode sugerir a necessidade de treinamento dos docentes com o método e a discussão dos padrões a serem utilizados em cada item.

7.6 TITULAÇÃO DOCENTE

Os professores adjuntos mostraram-se mais rigorosos na avaliação de todos os itens da ficha, exceto em relação ao exame físico. As qualidades humanísticas e organização/eficiência ficaram com significância limítrofe (p-valores $\approx 0,05$).

Apesar de o tempo médio de docência entre os professores adjuntos (22 anos) ser menor do que o dos professores assistentes (28,5 anos), não se trata de uma diferença relevante.

De qualquer modo, é instigante refletir sobre o motivo que levaria essa diferença ser mais evidente em relação aos itens de raciocínio clínico, habilidades de orientação e competência clínica geral.

Uma explicação mais detalhada demanda aprofundar o estudo utilizando metodologia apropriada de pesquisa qualitativa. Entretanto, a diferença pode estar sugerindo a ausência de padrões pré-estabelecidos para a avaliação de cada item. Para que a avaliação não se torne um processo empírico e individual, o corpo docente deve conhecer alguns dos conceitos genéricos de avaliação. O primeiro que deve ser ressaltado é o juízo de valor que por sua vez deve ser aplicado sobre os resultados do emprego de critérios construídos coletivamente e acordados previamente. Muitas vezes, usam-se escalas apropriadas para se obter medidas referentes à padrões quantitativos prévios.

O trabalho de Hombøe *et al.* (2004) aborda a necessidade de capacitação de observação direta da competência para minimizar as diferenças de pontuação entre professores. Segundo ele, o rigor na avaliação pode elevar o padrão de performance e enriquecer o *feedback* repercutindo favoravelmente na melhora do desempenho.

Não deixa de ser tentador questionar o quanto a titulação pode estar representando o grau de envolvimento do docente com a instituição e a própria carreira aumentando seu nível de exigência consigo e com os estudantes.

Na perspectiva de determinação de competências, a identificação do interno com habilidades insatisfatórias é uma obrigação da Instituição e esta identificação deve ser o

mais precoce possível para permitir um planejamento das atividades necessárias para sanar as falhas de aprendizagem.

7.7 CENÁRIO DE PRÁTICA DOCENTE

O local em que os docentes exercem sua atividade didática apresentou diferença estatística, especialmente nos itens Habilidade no exame físico e Raciocínio clínico.

Em relação ao exame físico, os professores com maior experiência em atividades didáticas ambulatoriais foram mais rigorosos e pontuaram os estudantes com menores escores do que os professores da enfermaria. Isso, em parte se explica pelo fato que os professores do ambulatório assistem mais os estudantes no atendimento às primeiras consultas e na maioria das vezes consultas com foco em diagnóstico o que exige exame físico mais completo e detalhado. Os professores de enfermaria por outro lado, mais acostumados com o ritmo da enfermaria em que a maioria dos pacientes estão em acompanhamento de tratamento permitem uma avaliação mais objetiva e pontual.

Deve-se discutir também a influência do fator autonomia do estudante. No ciclo ambulatorial, o estudante, mesmo sendo de períodos menos avançados, detém uma maior autonomia frente ao paciente, em função do perfil de atendimento. Os estudantes são divididos em grupos de dez, que ficam sob supervisão direta de um professor. Após a consulta, conduzida totalmente pelo discente, esse relata a história clínica e o exame físico ao professor, que discute o caso e define a conduta. Assim, o estudante no ambulatório é mais responsabilizado pela anamnese e exame físico e o professor torna-se mais exigente com o desenvolvimento dessas habilidades.

Na enfermaria ao contrário, o interno tem um papel menos ativo, pois os verdadeiros assistentes da criança internada são os professores e os médicos residentes. Há uma tímida inserção do interno na equipe de atendimento médico-hospitalar, e o estudante no Hospital da Clínicas fica reduzido quase à figura do “estagiário observador” (FERREI-

RA, 2000). Talvez a maior facilidade de acesso à propedêutica complementar, de certa forma, coloca aquelas habilidades em segundo plano. Mas, por outro lado, os docentes que exercem suas atividades em enfermagem tornam-se mais rigorosos em relação às falhas no raciocínio clínico.

Pacientes mais graves, em ambiente hospitalar precisam de diagnósticos precisos, para intervenções mais imediatas. Nesse contexto, o raciocínio clínico é essencial e os escores mais baixos refletem esse rigor.

Existe realmente grande diferença na avaliação do raciocínio clínico quando se trata de pacientes ambulatoriais e pacientes internados. No atendimento ambulatorial, o raciocínio é mais rápido e objetivo, muito pautado na história da moléstia atual e principalmente nos achados do exame físico. Já na enfermagem o raciocínio é mais sofisticado e envolve uma gama de exames laboratoriais e de imagem sendo muito mais pautado pela evolução da criança como um todo e não especificamente pelo exame físico do dia.

Outra explicação seria a concepção de que raciocínio clínico não é um item passível de avaliação objetiva. Necessita de interlocução entre os atores. A conversa com o interno durante o *feedback* constitui o momento propício para o avaliador perceber o raciocínio clínico feito pelo aluno durante o atendimento.

7.8 TEMPO DE OBSERVAÇÃO E RETORNO

O tempo médio de observação foi de 9,6 ($12,5 \pm 6,7$) minutos. Esse tempo foi menor que o encontrado por outros pesquisadores, Norcini, 15 ($18 \pm 12,1$) minutos, Hassan, S (20 minutos), e Hatala 29 minutos (26 a 31 minutos).

Embora o número de casos seja insuficiente para generalizações, pode-se ressaltar que a maioria das consultas eram de retorno e com foco em tratamento e também todas as consultas foram realizadas em pacientes internados e não ambulatoriais.

O tempo médio de retorno foi de 5,8 minutos $\pm 3,2$ semelhante aos publicados por Norcini, 5 ($7,6 \pm 5,3$) e menores que de Hatala, 9 minutos (5-13 minutos), (2006).

Houve uma consulta que durou 3 minutos estando fora de qualquer padrão de atendimento. No entanto o menor tempo de consulta necessita um maior esclarecimento. Norcini (2003) relata uma diferença estatisticamente significativa entre o tempo gasto na primeira consulta em relação à consulta de retorno.

Um dado interessante é que a consulta com menor tempo, recebeu do professor o maior tempo de retorno. Pode-se supor que o professor foi capaz de identificar a falha e deve ter tentado corrigi-la.

O retorno deve ser fornecido ao estudante imediatamente, no sentido de configurar-se como atividade educacional, permitindo ao aluno conhecer seus erros e dificuldades e direcionar sua aprendizagem para corrigi-los.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o processo atual de avaliação discente do curso médico da UFMG pode ser classificado como o mais tradicional possível, focado na avaliação de conhecimentos por meio de testes de múltipla escolha, o ideal de muitos professores é conseguir mudar esse paradigma e implantar a avaliação por competência.

Atualmente a avaliação de habilidades clínicas é feita de maneira informal e individual através da nota de conceito dada pelo professor ao final da disciplina, baseada principalmente no comportamento do estudante, sem critérios bem definidos, o que pode propiciar avaliações viciadas e influenciadas pelo “efeito halo”, privando o estudante de aprender com seus erros.

O motivo da dissociação entre o currículo médico da UFMG e seu processo de avaliação pode estar em parte, relacionado com o momento político de sua implantação. Nos anos 1970, o país sofria os rigores da ditadura militar e o sentimento vivenciado pela comunidade universitária tendia à rejeição de qualquer processo de cobrança. A grande maioria do corpo docente atual é composta por indivíduos que viveram aquele momento. Por outro lado, provas de múltipla escolha serão sempre mais fáceis de aplicar e corrigir em um grande número de alunos, como os 160 matriculados, por semestre, no curso médico dessa Universidade.

Em Educação Médica o propósito da avaliação é configurar o rendimento escolar do estudante nos seus aspectos cognitivo, psicomotor e afetivo. A avaliação por competência é um processo de coleta de evidências sobre o desempenho do estudante a partir de um referencial minimamente padronizado, permitindo identificar as áreas que devem ser forta-

lecidas para alcançar o nível de competência exigido. O resultado da avaliação deve indicar se o estudante é competente para a atividade desejada.

Os atributos que fazem um bom médico são descritos como habilidade em obter soluções, capacidade de julgamento, raciocínio clínico, empatia com os pacientes ou outros atributos humanos, não sendo possível obter um instrumento capaz de medir com exatidão o verdadeiro escore. Dessa forma, todo instrumento idealizado para esse fim, gera uma medida imperfeita e seus escores finais representam uma amostra restrita e susceptível a erros.

O avaliador deve estar capacitado nos conceitos, filosofia e características da competência a ser avaliada, ou seja, deve conhecer as normas, os elementos e seus respectivos critérios, as evidências de desempenho. O examinador deve tomar a decisão se as evidências são suficientes ou não para definir um desempenho competente. Por outro lado, como a competência é individual, o avaliador deve ter suficiente flexibilidade para entender que diferentes indivíduos apresentam amostras variadas de desempenho. O retorno, com a identificação das necessidades de capacitação é parte essencial do processo.

A seleção do método de avaliação deve ser feita, levando-se em conta, prioritariamente, o “que” deve ser avaliado. A escolha do método deve, também, ser norteada pela finalidade da avaliação. Deve-se, ainda, considerar que uma avaliação abrangente, incidindo sobre uma ampla variedade de competências, provavelmente, irá requerer a aplicação não de um único método, mas o emprego de vários instrumentos e técnicas, cujos resultados se completarão.

Não há na faculdade de Medicina da UFMG uma sistematização do processo de avaliação nem a definição dos critérios necessários para fornecer um diploma de médico ao estudante no final de seis anos de estudo. O presente trabalho mostra que o Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex é um instrumento de avaliação de competências que apresenta um bom índice de confiabilidade e de consistência interna. Os dados preliminares sugerem que o Mini-Ex poderá vir a ser utilizado como marco inicial de avaliação de habilidades clínicas no Internato de Pediatria e, é intenção do autor aprofundar os estudos, especialmente orientados para a sua validade e exeqüibilidade.

Este trabalho pretende contribuir para a retomada das discussões sobre o sistema de avaliação do estudante de medicina da UFMG, no sentido de garantir à sociedade que o titular do diploma expedido pela Instituição está apto a exercer com competência o ato médico.

9 CONCLUSÕES

1. O curso médico da UFMG não pode, em seu processo de avaliação, prescindir de instrumentos que utilizem a observação direta para avaliar o desempenho do estudante em situação real de prática médica.
2. O Mini-Ex mostrou ser um instrumento de avaliação de competência clínica com um bom grau de confiabilidade e consistência interna.
3. O Mini-Ex apresentou um bom índice de aceitação entre os alunos e docentes participantes da pesquisa.
4. Há necessidade de aprofundar os estudos determinando a validade e exeqüibilidade do Mini-Ex como instrumento de avaliação de competência clínica no Internato de Pediatria.

10 REFERÊNCIAS

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM) CLINICAL COMPETENCE PROGRAM GUIDELINES AND IMPLEMENTATION PROGRAM DIRECTORS, The Mini-CEX: a quality tool in evaluation. Philadelphia, September 2001.

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Guide to Evaluation of Residents in Internal Medicine – A Systems Approach. Philadelphia, 1994

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Guide to Evaluation of Residents in Internal Medicine – A Systems Approach. Philadelphia, 1994

ANNE ANASTASI. *Psychological testing*. 6. ed. New York: MacMillan Publishing Company, 1988.

BASTOS, L. A. M. *Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

BLOOM, B. S.; HASTINGS, J. T.; MADAUS, G. F. *Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar*. 3. ed. São Paulo, 1983. 307p.

BOSTON, C. (2002) The concept of formative assessment. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, v. 8, n. 9, Retrieve June 28, 2004.

BOULET, J. R.; MCKINLEY, D. W.; NORCINI, JOHN, J.; WHELAN, G. P. Assessing the comparability of standardized patient and physician evaluations of clinical skills. *Adv. Health Sci Educ Theory Pract*, v. 7, n. 2, p. 85-97, 2002.

BRIAN, J.; LESLEY, R. *Medical education in the millennium*. Oxford: Oxford University Press, 1998.

CAMARGO JUNIOR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 203-227, 1992.

COLLES, C. R. *How students learn: the process of learning*. Medical education in the millennium. Oxford: Oxford University Press, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA/ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA/COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA. *Relatório final da Comissão Mista de Especialidades*. Brasília, 2001. 7p. (mimeo)

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Resolução que institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina*. Brasília: CNE, 2001.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, n. 16, p. 297-334, 1951.

CUSTERS, J. W. H. *et al.* Dutch adaptation and content validity of the pediatric evaluation of disability inventory (PEDI). In: *Disability and Rehabilitation*, v. 24, n. 5, p. 250-258.

DURNING, S. J. MD; CATION, L. J. MD; MARKET, R. J. PhD; PANGARO, L. N. MD. Assessing the reliability and validity of the Mini – Clinical Evaluation Exercise for Internal Medicine Residency Training, *Academic Medicine*, v. 77, n. 9, p. 900-904, September 2002.

HOMBOE, ERIC, S. MD; STEPHEN, H. PhD; JEFF, C. MD; NORCINI, J. PhD; HAWKINS, R. E. MD. Construct Validity of the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini CEX), *Academic Medicine*, v. 78, n. 8, August 2003.

FERREIRA, R. A. *A pediatria da UFMG: inserção na mudança de ensino médico implantada em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica*. 332p. Tese (Doutorado em Pediatria) Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2000.

FEUERWERKER, L. C. M. *Além do discurso de mudança na educação médica*. São Paulo: Hucitec, Rede Unida, Abem (co-editores), 2002.

FRANCIS, G.; CLAIRE, B.; DORCAS, B. Cross – cultural adaptation of health – Related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. School of Public Health, University of Nancy, France.

GARCIA J. C. *La educación médica en America Latina*. Washington: OMS/Opas, 1972.

GONCZI, A. Problemas asociados com la implementación de la educación basada en la competencia: de lo atomístico a lo holístico. In: *Formación basada en competencia laboral: situación actual y perspectivas*. Montevideo: Cinterfor-OIT, Conocer, 1997.

GONTIJO, E. D. *Processo de certificação de competências no curso médico: avaliando o internato de pediatria*. Colegiado do Curso de Graduação em Medicina. Belo Horizonte, dez. 2003.

HILLAU, B. De l'intelligence opératoire à l'historicité du sujet. In: MINET, F.; PARLIER, M.; WITTE, S. *La compétence, mythe, construction ou réalité?*. Paris: Éditions l'Harmattan, 1994. p. 45-69.

NORCINI, J. J.; BLANK, L. L.; DUFFY, F. D.; FOTNA, G. S. The Mini-Cex: A Method for Assessing Clinical Skills. *Ann. Intern. Med.*, v. 138, n. 6, p. 476-481, March, 2003.

KAREN, E. H. MD, Enhancing feedback to students using the Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise). University of California, San Francisco, *Academic Medicine*, v. 75, n. 5, May 2000.

KOCAN, JR.; BELLINE, L. M.; SHEA, J. A. Feasibility, reability, and validity of the mini clinical evaluation exercise (Mini-Cex) on a medicine core clerkship. *Acad. Med.* n. 78 (Suppl. 10), p.33-35, 2003.

LEÃO, E.; CORRÊA, E. J.; VIANA, M. B.; MOTA, J. A. C. *Pediatria ambulatorial*. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 2005.

LESLIE, G. P.; MARY, P. W. *Foudations of clinical research aplications to practice*. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall Health, 2000. 752p.

LIMA, V. V. Avaliação de competências nos cursos médicos. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 123-140.

LIMA, V. V. Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

LOPES, S. C. F. Alarme de estresse do bebê (ADBB): avaliação de um instrumento para detecção de sinais precoces de problemas emocionais na criança pequena. (2003) Dissertação de Mestrado. Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG.

LOWRY, S. Assesment of student. *Bristish Medical Journal*, n. 306, p. 51-54, 1993.

MACHADO, M. H. (Coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. *Educação médica*. 1. ed. São Paulo: Savier, 1998.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. 269p.

NORCINI, J. J.; BLANK, L. L.; ARNOLD, G. K.; KIMBALL, H. R. Examiner Differences in the Mini-Cex. *Adv. Heath Sci. Educ. Theory Pract.*, v. 2, n. 2, p. 27-33, 1996.

NORCINI, J. J.; BLANK, L. L.; ARNOLD, G. K.; KIMBALL, H. R. The Mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann. Intern. Med.*, n. 123, p. 795-799, 1995.

NORCINI, J. J. The death of the long case? Learning in practice. *Brithis Medical Journal*, v. 324, p. 408-409, February, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Ed., 2000.

PERRENAUT, P. A qualidade de uma formação profissional é executada primeiramente em sua concepção. [texto de conferência no Encontro dos Profissionais da Saúde sobre o tema – “Projeto Qualidade de Cuidados Médicos”, Marseille, novembro 2001. (Tradução de Elizabeth Maria Speller Trajano) (mimeo)]

PERRENAUT, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PORTNEY, G. E.; WATKINS, M. P. *Foundations of clinical research; application to practice*. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall Health, 2000. 752p.

RETHANS, J. J.; NORCINI, J. J.; BARON-MALDONADO, M.; BLACKMORE, D. *et al.* The relationships between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med. Educ.*, v. 36, p. 901-919, 2002.

RIBEIRO, M. M. F. *Avaliação do estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a respeito da relação médico-paciente no decorrer do curso médico*. Tese de doutorado Faculdade de Medicina da UFMG. 2006.

RODRIGUES OLIVEIRA, T. F. *Pesquisa biomédica*. São Paulo: Editora Atheneu 1995.

ROLFE, I.; McPHERSON, J. *Formative assessment: how am I doing?* The Lancet 345 April, 1995 p. 837-839.

ROSE, H.; MARTHA, A.; BARRY, O. K.; IAIN, M.; MARK, R. Assessing the Mini Clinical Evaluation Exercise in comparison to a national specialty examination. *Medical Education*, v. 40, p. 950-956, 2006.

SCHRAIBER, L. B. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1989, 134p.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993. 232p.

SHROUT, P. E.; FLEISS, J. L. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychol. Bull.*, n. 86, p. 420-428, 1979.

TAVARES, A. de P. *O currículo paralelo dos estudantes de medicina da UFMG*. Tese de Doutorado – Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte, 2006.

TONELLI, E. Implantação do novo currículo médico da UFMG: visão crítica. *Boletim Informativo do Campus da Saúde* (Suplemento). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, março de 1990. 40p.

VENTURELLI, J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Serie Paltex *Salud y Sociedad* 2000. n. 5. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1997.

VICTOR, N. MD.; GEOFFREY, R. N. PhD. *Assessing clinical competence*. Springer Publishing Company, 1985.

WAAS, V.; JONES, R.; VAN DER VLEUTIN, C. Standardized or real patients to test clinical competence? The long case revisited. *Medical Education*, n. 35, p. 317-318, 1983.

WITTE, S. La notion de compétence, problèmes d'approche. In: MINET, F.; PARLIER, M.; WITTE, S. *La compétence, mythe, construction ou réalité?*. Paris: Éditions l'Harmattan, 1994. p. 45-69.

WRAGG, A.; WADE, W.; FULLER, G.; COWAN, G.; MILLS, P. Assessing the performance of specialist registrars. *Clinical Medicine*, v. 3, n. 2, p. 131-134, March/April 2003.

ANEXO I

Normas para a aplicação do Mini-Ex

O Mini Exercício Clínico Avaliativo é focado no núcleo de habilidades práticas que o interno deve demonstrar em encontros com o paciente. Pode ser facilmente preenchida pelo professor assistente, sem rasuras, como avaliação do estudante em qualquer setor. O Mini-Ex é uma observação rápida, de 15 a 20 minutos como se fosse um “instantâneo” da interação Interno/paciente. Baseado em vários encontros durante o estágio, este método fornece uma medida válida e confiável da performance do estudante, já tendo sido validado em vários serviços e universidades norte-americanas. Cada professor deve aplicar pelo menos um Mini-Ex em cada estudante por estágio rotatório.

Locais em que o Mini-Ex pode ser aplicado: enfermaria, alojamento conjunto, ambulatório, berçário de alto risco, UTI e pronto atendimento.

Escala de avaliação: você está recebendo um folder com 10 Mini-Ex em folhas picotadas. Use cada folha para uma avaliação. Você deve aplicar um Mini-Ex completo em cinco estudantes durante a semana de avaliação. O interno deverá ser comunicado na semana de avaliação e submetido ao Mini-Ex por um professor que, de preferência, não seja o seu preceptor.

O Mini-Ex consiste em uma escala avaliativa de 9 pontos considerando que de 1 a 3, o resultado é insatisfatório, 4, 5 e 6 considera-se satisfatório e 7, 8 e 9 o resultado é considerado superior. A nota 4 é considerada marginal e o interno deverá ser submetido à uma avaliação mais detalhada. O exame é rápido, devendo durar em torno de 15 a 20 minutos e logo ao final você deverá dar um *feedback* ao estudante anotando as áreas de bom desempenho e aquelas em que há necessidade de melhorar a performance. O foco do encontro é determinado pela necessidade da criança ou de seus familiares naquele momento e pode estar relacionado com a coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou aconselhamento. Ele pode emergir durante o encontro ou ser conhecido antes.

O principal objetivo do Mini-Ex é que a situação do encontro seja a mais real possível.

ANEXO II

Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex Descrição das competências demonstradas durante o Mini-Ex

Habilidades na entrevista médica: facilita ao paciente contar sua história, direciona efetivamente as questões para obter informações necessárias, adequadas e precisas, responde apropriadamente ao afeto e mensagens não verbais.

Habilidades no exame físico: segue uma seqüência lógica e eficiente, se direciona ao problema utilizando passos de triagem/diagnóstico de forma balanceada, informa o paciente, é sensível ao conforto do paciente e demonstra modéstia.

Qualidades humanísticas/Profissionalismo: demonstra respeito, compaixão e empatia, transmite confiança, atende às necessidades de conforto do paciente, demonstra modéstia e respeita informações confidenciais.

Raciocínio clínico: ordena seletivamente, executa um levantamento diagnóstico apropriado, considera risco e benefícios.

Habilidades de orientação: explica racionalmente os exames e tratamento propostos, obtém o consentimento do paciente, orienta e aconselha com relação à conduta.

Organização/Eficiência: prioriza, é oportuno e sucinto.

Competência clínica geral: Demonstra raciocínio, capacidade de síntese, é atencioso e demonstra efetividade e eficiência.

ANEXO III

Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex										
Examinador: _____						Data: _____				
Aluno: _____										
Queixa Principal/Dx:										
Local:	<input type="radio"/> Ambulatório			<input type="radio"/> Enfermaria			<input type="radio"/> Emergência		<input type="radio"/> Outros	
Paciente:	Idade: _____			Sexo: _____			<input type="radio"/> 1ª consulta		<input type="radio"/> Retorno	
Complexidade:	<input type="radio"/> Baixa			<input type="radio"/> Moderada			<input type="radio"/> Alta			
Foco:	<input type="radio"/> Coleta de dados			<input type="radio"/> Diagnóstico			<input type="radio"/> Tratamento		<input type="radio"/> Aconselhamento	
1. Habilidades na entrevista médica (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
2. Habilidades no exame físico (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
3. Qualidades humanísticas/profissionalismo (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
4. Raciocínio clínico (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
5. Habilidades de orientação (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
6. Organização/eficiência (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
7. Competência clínica geral (<input type="radio"/> Não observado)										
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Insatisfatório			Satisfatório			Superior				
Tempo do Mini-Ex: Observando: _____ min. Provendo retorno: _____ min.										
Grau de satisfação do professor com o exame										
Baixo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alto
Grau de satisfação do interno com o exame										
Baixo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alto
Comentários: _____										
Assinatura do aluno						Assinatura do professor				

ANEXO IV

Descrição dos vídeos

- Vídeo 1: criança de um ano e sete meses, com história de há duas semanas ter iniciado com palidez e febre não termometrada. Veio para o Hospital das Clínicas aonde foi submetido à mielograma e confirmado o diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda. Em uso de medicação antilblástica há dez dias. Foi examinado pela interna com foco em tratamento.
- Vídeo 2: paciente de 12 anos, internado há 15 dias para esclarecimento de sangramento intestinal. Em uma ocasião anterior chegou a entrar em choque hipovolêmico devido ao sangramento. Atualmente está clinicamente estável e foi examinado pelo interno em boas condições com o foco em diagnóstico.
- Vídeo 3: lactente de quatro meses, na enfermaria há quatro dias procedente do CTI, aonde estava se recuperando de cirurgia corretiva de drenagem anômala dos vasos da base, e pneumonia. Examinada pela interna com o foco em tratamento.
- Vídeo 4: recém-nascido com 14 dias de vida internado com quadro de infecção de vias aéreas superiores, examinado pela interna no dia da internação com foco da consulta em coleta de dados.
- Vídeo 5: recém-nascido com 28 horas de vida, parto normal, sem intercorrências, examinado pela interna com o foco em orientações de alta.
- Vídeo 6: criança de 12 anos de idade, portadora de Leucemia Linfoblástica em segunda recidiva, complicada com aspergilose pulmonar. Examinada pelo interno em um dia que estava clinicamente estável, com o foco em tratamento.
- Vídeo 7: criança de 11 anos com aplasia de medula, foi internado devido à um foco amigdaliano. Recebeu transfusão de concentrado de hemácias e iniciado medicação com Cefotaxima e Amicacina. Examinado pelo interno no terceiro dia de internado, afebril e em boas condições clínicas com foco em tratamento.

- Vídeo 8: criança de um ano e três meses, internada com cardiopatia congênita e infecção de vias aéreas superiores. Examinada após ecocardiograma com o foco da consulta em orientações de alta.
- Vídeo 9: criança de sete anos com Leucemia Mielóide Aguda M3, previamente sadia, está internada há 30 dias em tratamento. Foi examinada pelo interno numa fase em que estava clinicamente estável, embora ainda com hepatoesplenomegalia Tratamento.
- Vídeo 10: lactente de um ano e 19 dias, internada com quadro de pneumonia no HTD. Examinada pelo interno no momento da internação com foco em coleta de dados.
- Vídeo 11: recém-nascido normal a termo, examinado pelo interno com o foco em orientações de alta.
- Vídeo 12: criança de seis anos e 11 meses, com diagnóstico de PTI, apresentando grande hematoma na região do flanco esquerdo devido à queda. Examinado pela interna com foco em coleta de dados.

Anexo V

Termo de esclarecimento/Consentimento dos estudantes

Prezado Interno

O Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex, é um instrumento de avaliação formativa, eficiente e eficaz designado para avaliar suas habilidades clínicas. Como parte do sistema de avaliação, a Comissão Permanente de Avaliação espera que alguns internos participem do Mini-Ex na Enfermaria do Hospital das Clínicas. O Mini-Ex é uma atividade focada e curta que proporciona a oportunidade de você ser observado interagindo com um paciente na enfermaria. Durante 15 a 20 minutos você fará uma consulta focada na necessidade do paciente naquele momento podendo estar relacionada com a coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou aconselhamento. Durante esta consulta, você pode ser avaliado nas seguintes áreas: habilidades na entrevista médica, habilidades no exame físico, qualidades humanísticas e profissionalismo, raciocínio clínico, habilidades de aconselhamento e orientações, organização e eficiência e competência clínica geral. Logo após o término do Mini-Ex, o professor lhe dará um *feedback* anotando as áreas em que teve um bom desempenho e aquelas em que há necessidade de melhorar sua performance.

Baseado em vários encontros durante o estágio, este instrumento fornece uma medida válida e confiável e será uma das estratégias que usaremos para avaliar seu desempenho durante o Internato de Pediatria.

Por ser um instrumento de avaliação ainda em fase de estudos, você não é obrigado a participar da pesquisa. Sua participação será totalmente voluntária e em nada irá interferir na sua avaliação final. Caso você queira participar, agradecemos pelo comprometimento em melhorar o processo de avaliação em nossa Faculdade,

Atenciosamente,

Prof. Luiz Megale

Telefones para contato: 031 3221.2202 e Telefone do Coep: 031 3499.4592

Termo de consentimento

Eu, _____
estudante da Faculdade de Medicina da UFMG, cursando atualmente a Disciplina Internato de Pediatria, li o Termo de Esclarecimento sobre a avaliação das minhas habilidades clínicas através da aplicação do Mini-Ex, entendi clara e completamente e me proponho de livre e espontânea vontade à participar da pesquisa.

Ass.: _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de 200 ____

ANEXO VI

Carta convite e termo de consentimento dos professores

Caro colega,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa para estudar a confiabilidade, reprodutibilidade e validade de constructo de um novo instrumento de avaliação de habilidades clínicas dos estudantes. Trata-se do Mini Exercício Clínico Avaliativo – Mini-Ex, um instrumento de avaliação formativa que tem sido utilizado em várias Universidades e Serviços de Residência Médica nos Estados Unidos. O Mini-Ex é uma atividade focada e rápida que proporciona a oportunidade de você avaliar seu estudante interagindo com um paciente na enfermaria. Durante 15 a 20 minutos você observará seu interno executando uma consulta focada na necessidade do paciente naquele momento, podendo estar relacionada com a coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou aconselhamento. Durante esta consulta, você pontuará numa escala de 1 a 9 pontos, as seguintes habilidades: anamnese, técnica de exame físico, qualidades humanísticas, raciocínio clínico, habilidades de aconselhamento, organização e eficiência e competência clínica geral. Logo após o término do Mini-Ex, você dará um retorno ao estudante, anotando as áreas em que ele teve um bom desempenho e aquelas em que ele deverá melhorar sua performance.

Baseado em vários encontros durante o estágio, este instrumento fornece uma medida válida e confiável e será uma das estratégias que usaremos para avaliar o desempenho dos estudantes durante o Internato de Pediatria.

Desde já agradecemos o seu empenho em ajudar na tentativa de melhorar o processo de avaliação de habilidades clínicas em nossa Faculdade.

Atenciosamente,

Luiz Megale.

Meus telefones para contato: 031 3221.2202 Tel. Coep: 031 3499.4592

Termo de consentimento

Eu, _____
professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, após ler a carta convite sobre a minha participação na pesquisa para testar o Mini-Ex como instrumento de avaliação de habilidades clínicas, em nossa faculdade, expressei minha concordância de espontânea vontade em colaborar com a pesquisa.

Ass.: _____

Belo Horizonte, _____ de _____ de 200 _____

ANEXO VII

Termo de consentimento pós informado

O professor Luiz Megale está coordenando uma pesquisa que tem como objetivo testar um novo instrumento de avaliação de habilidades clínicas para ser aplicado aos alunos do Internato de Pediatria.

A primeira etapa da pesquisa será a elaboração de 12 vídeos abordando a consulta feita pelo interno na enfermaria.

Fui convidado pelo professor a participar da filmagem, realizando uma consulta em um dos pacientes que acompanho na enfermaria. Serei comunicado o dia e a hora da consulta e sei que estarei sendo filmado durante a consulta.

Fui informado pelo professor que o objetivo do filme é testar a confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento e assim o filme será exibido para os professores do Departamento de Pediatria e para alguns residentes do segundo e terceiro ano sendo usado exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

Estou ciente também que a minha participação é totalmente voluntária, sendo apenas uma colaboração com a pesquisa e que a pontuação da minha performance durante a consulta em nada irá influir na minha avaliação final.

Assim sendo, aceito participar da pesquisa e permito que eu seja filmado realizando uma consulta em um de meus pacientes.

Ass.: _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de 200__.

Telefones do Prof. Luiz Megale: 031 3221.2202 e 031 9953.2201

Telefone do Coep: 031 3499.4592

ANEXO VIII

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu fui informada que estão fazendo uma pesquisa na enfermaria para avaliar o grau de conhecimento dos internos para examinar as crianças.

O professor Luiz Megale, responsável pela pesquisa, me convidou para participar de um vídeo juntamente com meu filho aonde um dos internos irá conversar comigo e examinar o meu filho como sempre faz todas as manhãs.

Esta consulta será filmada e outros professores assistirão ao filme para ver se a consulta foi bem feita e para dar uma nota para o estudante.

O professor Luiz Megale me garantiu que o filme só será exibido para outros examinadores e sempre com o objetivo de avaliar o interno.

Caso eu prefira não participar do filme, serão convidadas outras crianças e suas mães e o tratamento do meu filho continuará normalmente.

Se eu e meu filho participarmos da filmagem, assumo que estou fazendo de livre e espontânea vontade sabendo que será feita em meu filho a consulta rotineira.

Assim sendo, assino este termo de consentimento.

Assinatura do responsável:

Belo Horizonte, _____ e _____ de 200 ____.

Telefones do Prof. Luiz Megale: 031 3221.2202 e 031 9953.2201

Telefone do Coep: 031 3499.4592