



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Contribuições do *Feedback* Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública

Júlia Düringer Jacques de Lima

Orientadora: Profa. Dra. Valéria Ferreira Romano

Rio de Janeiro
Dezembro 2019

"Não haverá borboletas se a vida não
passar por longas e silenciosas metamorfoses."
(Rubem Alves)

JÚLIA DÜRINGER JACQUES DE LIMA

Contribuições do *Feedback* Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de mestre em saúde coletiva, área de concentração: Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Valéria Ferreira Romano

Rio de janeiro

2019

Agradecimentos

Divido esta conquista com todos que me apoiaram neste caminho.

Ao meu marido, Rodrigo por toda paciência e sabedoria nos dias de estudo intenso e incentivo aos meus sonhos.

À minha mãe Adriana e meu pai Eros por sempre acreditarem que a educação transforma o ser humano. Gil e Luciana, que também são companheiros nesta jornada e que o fazem com muito amor.

Aos meus irmãos: Maria, Tomás, Israel, Manuela, Igor, Nathália, Miguel, Luisa e Rebeca por serem fonte de alegria e inspiração.

Aos meus amigos que estiveram comigo torcendo junto ou a distância por cada vitória.

À minha querida e incrível orientadora Valéria, que acreditou em mim desde o primeiro dia e esteve ombro a ombro comigo neste caminhar de ser educadora. Obrigada por todas as leituras incríveis, paciência e pelo seu próprio exemplo.

Aos meus preceptores da residência de medicina de família e comunidade por serem médicos desbravadores e ventilarem esperança no cenário da MFC.

Aos residentes de medicina de família e comunidade e internos, meus sinceros agradecimentos por participarem da pesquisa e serem minha motivação no campo de trabalho.

Aos coordenadores da residência de medicina de família e comunidade da UFRJ/ENSP por lutarem por um ensino de qualidade com tantos desafios!

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Júlia Düringer Jacques de.

Contribuições do Feedback Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública. / Júlia Düringer Jacques de Lima. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2019.

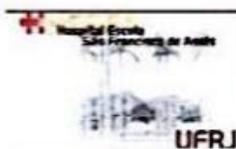
107 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Valéria Ferreira Romano.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f. 88-100.

1. Feedback Formativo. 2. Medicina de Família e Comunidade. 3. Educação Médica. 4. Saúde Pública- educação. 5. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Romano, Valéria Ferreira . II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA

Às 13:00 horas do dia 19 de dezembro de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Atenção Primária à Saúde, Linha de Pesquisa: Educação e saúde: Tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde. A dissertação intitulada: "Contribuições do feedback formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública.", foi apresentada pela(o) candidata(o): Julia Durringer Jacques de Lima, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº 117002496(SIGA). A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: Valeria Ferreira Romano (CPF: 665763697-00); Maria Inez Padula Anderson (CPF: 551856067-20), e Alfredo de Oliveira Neto (CPF: 029835884-08), em sessão pública, no Auditório HESFA, Centro de Estudos do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HSFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto () APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a):

1º Examinador(a):

2º Examinador(a):

Aluno(a)/Examinado(a):

Resumo

A educação é fenômeno histórico, cultural e político da espécie humana, em constante transformação. Esta dissertação aborda a questão da educação emancipatória e libertadora: na qual a aprendizagem é centrada no aluno e este é convidado a construir uma visão crítica sobre o mundo, mediado pelo professor em uma relação dialógica, reflexiva e auto-regulatória. Esta pesquisa buscou ampliar as reflexões sobre as percepções que residentes, preceptores e coordenadores do programa de medicina de família e comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro possuem sobre o *feedback* formativo e sua correlação com a prática educacional emancipatória. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, cujo cenário foi composto por três clínicas da família que são os campos de prática da RMFC. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada de 23 participantes. Como resultado do estudo, evidenciou-se acúmulo geracional do *feedback*, conceito do *feedback* formativo dos três protagonistas está em consonância com a literatura utilizada nesta dissertação. Foram feitos apontamentos positivos sobre uso de *feedback* formativo no cenário da RMFC: fortalece auto estima e identidade médica do residente, reconhece a lacuna de aprendizado e propõe um plano de desenvolvimento, serve como um fio guia para contemplar as competências da MFC, exige diálogo e reflexão. Com relação à educação emancipatória, os três protagonistas tiveram semelhanças com relação ao conceito de autonomia. Concluiu-se que o *feedback* pode ser um caminho para educação emancipatória pois permite uma poderosa imersão na própria identidade médica de uma forma não neutra, reflexiva e empoderadora. Os desafios neste caminho incluem lateralização da avaliação e do *feedback*, reafirmação das hierarquias intelectuais e uma agenda cheia de compromissos dos docentes.

Palavras-Chave: *Feedback* Formativo, Educação Médica, Medicina de Família e Comunidade

Abstract

Education is a historical, cultural and political phenomenon of the human species, in constant transformation. This dissertation addresses the issue of emancipatory and liberating education: in which learning is centered on the student and the student is invited to build a critical view of the world, mediated by the teacher in a dialogical, reflective and self-regulatory relationship. This research sought to broaden the reflections on the perceptions that residents, preceptors and coordinators of the family and community medicine program(FCMP) at the Federal University of Rio de Janeiro have about formative feedback and its correlation with emancipatory educational practice. It is qualitative, exploratory research, whose scenario was composed of three family clinics that are the fields of practice of FCMP. Data were obtained through semi-structured interviews with 23 participants. As a result of the study, generational feedback was evidenced, the concept of formative feedback from the three protagonists is in line with the literature used in this dissertation. Positive notes were made on the use of formative feedback in the RMFC scenario: it strengthens the resident's self-esteem and medical identity, recognizes the learning gap and proposes a development plan, serves as a guideline to contemplate the skills of FCM, requires dialogue and reflection. With regard to emancipatory education, the three protagonists had similarities in relation to the concept of autonomy. It was concluded that feedback can be a path to emancipatory education as it allows a powerful immersion in the medical identity itself in a non-neutral, reflective and empowering way. The challenges on this path include lateralization of evaluation and feedback, reaffirmation of intellectual hierarchies and an agenda full of teachers' commitments.

Key- Words: Formative Feedback, Medical Education, Family Practice

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1 Distribuição dos residentes pelos cenários de prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Escola Nacional de Saúde Pública
- Figura 1 Dados Demográficos do Município do Rio de Janeiro
- Figura 2 Mapa da divisão das Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro
- Figura 3 Mapa da divisão de Unidades de Atenção Primária da Área Programática 3.1
- Figura 4 Território da Clínica da Família Victor Valla
- Figura 5 Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
- Quadro 1 Distribuição dos residentes pelos cenários de prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ/ENSP
- Quadro 2 Distribuição da População de Estudo

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CF	Clínica da Família
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
MFC	Medicina de Família e Comunidade
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Mini-Cex	Mini Clinical Evaluation Exercise

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A ESCOLHA DO TEMA	14
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.3 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA	15
1.3.1 Objetivo Geral	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.3.3 Justificativa	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 EDUCAÇÃO E SEUS PARADIGMAS	16
2.1.1 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA	19
2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA	24
2.3 OS DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA	33
2.4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ACERCA DA AVALIAÇÃO E O CONTEXTO DA RMFC DA UFRJ/ENSP	36
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	45
3.1 NATUREZA DO ESTUDO	45
3.2 TIPO DE ESTUDO: PESQUISA EXPLORATÓRIA	46
3.3 CENÁRIO DE PESQUISA	46
3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO	52
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA	53
3.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	54
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.0 CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXO A	101
APÊNDICE 1	104
APÊNDICE 2	106

1 INTRODUÇÃO

Sempre pensei em fazer Medicina como missão de solidariedade e justiça social no mundo em que me encontro. No início da faculdade, tinha o pensamento que imagino que quase todos os egressos de Medicina também compartilham: salvar vidas. Os seis anos foram se passando: de horas de estudo no anatômico, na biblioteca, hospital e ambulatório. Quando me graduei, deparei-me com uma formação que não era capaz de atender a minhas expectativas profissionais. Prestei prova para Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) no anseio de vivenciar o cuidado no contexto de populações vulneráveis.

Bem, isso eu consegui. Mas diante de mim abria-se uma nova visão da Medicina. Não, do mundo! Conheci a miséria e a pobreza; eu que nunca tinha estado nesse lugar tão de perto. Vivi dias de violência, seguidos de dias de paz. Conheci o tráfico e não me assustei (tanto) com ele. Admirei os nordestinos por seu trabalho incansável, conheci (quase) todos os meus pacientes; aprendi a trabalhar em equipe. Na convivência em espaços propiciados pela residência – dos teóricos, artísticos e práticos –, aprendi a amar e lutar pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Primária à Saúde (APS); e também a trabalhar com as incertezas; perceber que o cuidado é partilhado com o paciente; que a consulta deve ser centrada nele; concretizar as evidências científicas na prática diária; acreditar na arte e na criatividade como integrantes da vida humana. Poderia listar outras infinitas experiências que fizeram parte da minha jornada de dois anos da RMFC, mas da qual mais me orgulho é ter vivenciado uma prática de ensino médico que me mudaria para sempre.

As avaliações durante esses dois anos de residência foram um tanto quanto variadas e inusitadas para mim. Na faculdade, eu era testada por meus conhecimentos: passava dias e noites estudando incessantemente para tirar a nota necessária. E isso não me incomodava, até eu entrar na residência e ser exposta a diversos tipos de avaliações (das quais tratarei mais tarde). Saía de uma posição passiva para uma posição de autonomia sobre o meu próprio processo de aprendizagem, onde eu tinha que expor

minha opinião – o que sempre foi trabalhoso para mim –, fazer meu plano pedagógico trimestral, fazer minha auto análise diante do processo de aprendizagem e receber críticas. Tive a oportunidade de conhecer e explorar minhas vulnerabilidades e fortalezas. Enfim, dei-me conta de que eu era a principal protagonista do meu aprendizado. E isso não foi tão fácil.

Após o término da residência, fui convidada para ser preceptora. Vi-me lançada em um mundo no qual anteriormente era espectadora. Fiz alguns cursos que me fizeram cruzar com o tema que mais me mobiliza atualmente: o ensino médico. Decidi trilhar esse caminho inspirada em todo corpo docente da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública, na expectativa de semear tudo o que recebi. E nesse contexto, escolhi o tema da avaliação como um processo que mais me mudou enquanto residente e mais me mobiliza enquanto formadora, por ser um tema inesgotável e com muita relevância no contexto do processo de ensino-aprendizagem.

Olhando para o cenário atual na cidade do Rio de Janeiro, onde ocorrem expansão da APS e aumento das Residências de Medicina de Família e Comunidade – tema do qual me ocuparei mais adiante – torna-se essencial refletir sobre as práticas de ensino nesse cenário e qualificá-las. Por isso, busco com o Mestrado Profissional em Atenção Primária ampliar o aprendizado sobre o processo de avaliação, e mais especificamente de *feedback* e seus significados pelas óticas dos residentes, coordenadores e preceptores da (RMFC), na expectativa de contribuir para a melhoria desse programa e, conseqüentemente, para o fortalecimento da APS e do SUS.

Para colaborar com o entendimento sobre o tema, começarei percorrendo um breve histórico sobre educação, seguido de reflexões sobre educação médica e inserção no contexto da RMFC. Em seguida, conduzirei a abordagem metodológica escolhida para o trabalho, finalizando com considerações sobre avaliação e *feedback*.

1.1 A ESCOLHA DO TEMA

Minha maior motivação para o estudo do mestrado foi minha inserção no campo de trabalho: ser preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ/ENSP, da qual fiz parte por dois anos, logo após minha formação como residente nesse mesmo cenário. Percebi que me faltavam ferramentas para avaliar os residentes e que, ao mesmo tempo, essas ferramentas tinham uma poderosa influência no aprendizado e no curso de cada um dos residentes. Avistei uma lacuna que precisava ser preenchida, por um problema real do campo de trabalho: minha formação tradicional se confrontara com as necessidades do meu cotidiano. Fiz alguns cursos de aprofundamento sobre o tema, mas espero com o mestrado avançar nessa compreensão e melhorar a qualidade do ensino da RMFC, ressaltando a relevância desta pesquisa.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Apesar dos avanços na área do ensino médico, preceptores, coordenadores e residentes da RMFC UFRJ/ENSP carregam consigo uma bagagem de ensino pautada nas experiências prévias que tiveram durante a graduação e se deparam com um modelo político-pedagógico proposto pela residência com ênfase em uma educação emancipatória, baseada no *feedback* formativo.

Estudos apontam que o (YARRIS, et al 2009; HAMID, 2010; BING-YOU et al, 2018) *feedback* é de baixa qualidade e especificidade, desafios nas ferramentas de *feedback*, viés de leniência e impacto de gênero, pouca satisfação do residentes e baixa reflexão sobre o processo de *feedback*.

Será que o *feedback* formativo utilizado na RMFC da UFRJ/ENSP está permitindo uma prática educacional emancipatória, da qual me posiciono a favor?

Portanto, o objeto de estudo desta dissertação está centrado na percepção dos residentes, preceptores e corpo coordenador da RMFC da UFRJ/ENSP acerca do processo emancipatório do *feedback* formativo.

1.3 OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

1.3.1 Objetivo Geral

Conhecer as percepções que residentes, coordenadores e preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola Nacional de Saúde Pública possuem sobre o *feedback* formativo e sua relação com a educação emancipatória.

1.3.2 Objetivos Específicos

- I. Identificar as percepções dos residentes, preceptores e corpo coordenador sobre os sentidos que atribuem ao *feedback formativo e educação emancipatória*
- II. Estabelecer relações entre *feedback* formativo e educação emancipatória
- III. Refletir sobre mecanismos que impedem e aproximam o *feedback* formativo da RMFC da UFRJ/ENSP com a educação emancipatória

1.3.3. Justificativa

Este mestrado multiprofissional em atenção primária tem a finalidade de fomentar a produção de novos conhecimentos, inovação e reflexão na área da Atenção Primária à Saúde. Deste modo, pretende-se qualificar as competências profissionais da pesquisadora no campo da Atenção Primária à Saúde e educação médica no contexto da medicina de família e comunidade, além de produzir um material de contribuição na formação da residência nesta especialidade. Os temas que se cruzaram nesta dissertação foram *feedback* formativo e educação emancipatória no contexto da percepção do corpo discente e docente da residência de medicina de família e comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública com intuito de tirar o eclipse entre esses dois temas e contribuir para a formação essencial da medicina de família no país e consequentemente, fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EDUCAÇÃO E SEUS PARADIGMAS

A educação é prática fundamental e cultural da espécie humana, e marca a distinção entre a existência do homem e dos demais seres vivos (GADOTTI, 1999). Geertz (2008), que assume o conceito de cultura enquanto teias de significado que o próprio homem teceu, plausíveis de entendimento e interpretações. Esta concepção, no entanto, guarda uma dinamicidade própria: necessita de uma imersão no objeto de estudo, para entender e vivenciar o conceito de cultura plenamente, já que este é assumido quando há um relacionamento entre o objeto de estudo e o pesquisador do objeto (ROY, 2010).

Neste sentido, ao me propor a estudar educação, coloco-me em conexão com minhas pressuposições e autoconhecimento, ao mesmo tempo que me relaciono com a pesquisa. Por ser um processo, desejo estar imersa no meu objeto de estudo, e me transformar enquanto pesquisadora, preceptora, educadora e pessoa, à medida que também proponho fazer reflexões acerca do tema na busca de qualificar a prática médica no contexto da RMFC.

Abarcando a ideia de fenômeno em que a educação está inserida, esta se apoia na comunicação entre pessoas em graus diferentes de maturação humana, dada uma situação histórica determinada (SAVIANI,1996). Aprecio a maneira como Álvares Pinto considera a educação como um *“processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses”* (PINTO,1982, p. 29). Esse processo é *“permeado pela lógica social vigente”* (SANTOS, 2010, p. 1).

Inquieto-me se não recordar brevemente a história da educação brasileira, no intuito de ampliar a compreensão sobre o tema, relacionando o contexto atual com suas raízes antecessoras, porque é dessas fontes que brota e flui a história (SAVIANI, 2006).

Em seu livro *A história das idéias pedagógicas*, Moacir Gadotti (1999) percorre o caminho da educação no Brasil: sua trajetória no tempo evidenciou transformações intermitentes.

Desde o início da colonização portuguesa e durante aproximadamente dois séculos, os educadores foram os jesuítas que usavam como guia o pensamento pedagógico medieval: utilizavam-se dos métodos punitivos e separatistas – distinguindo os sábios dos analfabetos –, o que nos deixou como legado um ensino baseado na memorização, repetição e competição, segundo uma base teórica. Com a vinda da coroa portuguesa para o Brasil, as escolas começam a ter como fonte norteadora o Estado português. Em 1824, na primeira Constituição brasileira, é decretada a instrução primária gratuita para todos os cidadãos (BRAZIL, 1824).

O pensamento baseado na razão foi inaugurado pelo Iluminismo no século XVIII, onde a razão se propunha como instrumento imperante do conhecimento, sendo o homem sua própria autoridade. Kant (2005) reforça essa ideia quando anuncia que os homens podem sair da própria tutela que se interpõem no momento em que utilizam a razão. O Iluminismo concretizou-se como um movimento que procurou libertar o homem da credence, baseado em um conceito diametralmente oposto ao modelo dos jesuítas, que era afinal, religioso. Após dois séculos, instaurou-se uma nova visão da educação, com princípios liberais: educação como um dever de Estado; educação laica e livre; e obrigatoriedade e gratuidade do ensino elementar (LEÃO, 2008).

Ainda nesse mesmo século XVIII, a educação brasileira foi instituída em dois polos: o liberal – em que a educação era vista somente como responsabilidade pedagógica – e o progressista – como a visão de que a educação era um exercício de cidadania, criticidade e mudança social.

O movimento liberal (GADOTTI, 1999) se baseou no “Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova”, elaborado por pensadores – como Fernando de Azevedo, Anísio Teixeira e outros – com o intuito de propor uma reconstrução do sistema educacional, no qual a escola é reconhecida por sua essencial função social e um serviço essencialmente público, único, laico, gratuito, obrigatório e de formação de uma sociedade mais justa (AZEVEDO, 2010). A educação passava a ser uma responsabilidade do Estado e

instituições sociais, e não mais da Igreja católica, conforme previsto na Constituição de 1934.

Outros avanços legislativos foram: afirmação da educação enquanto direito de todos, fixação de um Plano Nacional de Educação e tendência à gratuidade do ensino ulterior ao primário; a liberdade de ensino; ensino religioso facultativo e formação de fundo de educação (BRASIL, 1934). Foi necessário um século para que ocorresse um avanço no sentido legislativo no Brasil.

Percorrendo a década de 1960, houve maior desenvolvimento na organização do sistema educacional brasileiro, com a criação da Lei de Diretrizes Básicas da Educação (LDB). Isso significa que a educação, em todo território ou país, deveria estar organizada segundo diretrizes e bases comuns (SAVIANI, 2010). Com essa lei, a educação foi garantida enquanto cidadania exercida com liberdade e com estruturas organizacionais mais robustas, como os Conselhos da Educação (BRASIL, 1961).

Os Conselhos da Educação são órgãos públicos direcionados a garantir a educação enquanto direito constitucional da cidadania, em um fórum normativo destinado a interpretar a legislação através de pareceres e resoluções (CURY, 2006). Esta lei foi substituída pela Lei n. 9.934/1996, que preconizava maior incentivo à privatização do ensino, dando mais autonomia aos municípios da gestão da educação, com ênfase na educação enquanto prática social e ligada ao mundo do trabalho (BRASIL, 2017). Apesar de propor inovações, a LDB gerou pouco acesso a uma educação de qualidade de uma população que se mantém excluída de outros processos sociais (CERQUEIRA, 2009).

O avanço progressista da educação, que tanto almejavam os educadores engajados com a educação pública de qualidade e acessível às camadas populares da sociedade, foi concretizado com alguns pensadores, dos quais são citados Álvaro Pinto e Paschoal Lemme, por serem os expoentes na luta contra o pensamento pedagógico dominante (RUMMERT, 2016).

2.1.1 EDUCAÇÃO EMANCIPATÓRIA

Os parágrafos seguintes serão dedicados a elaboração do conceito de educação emancipatória, com referenciais teóricos organizados temporalmente.

Álvaro Pinto (1982) concebe a educação como um fato histórico, com raízes sociais, culturais e econômicas, possuindo a finalidade do trabalho social, de ordem consciente e multiplicador. Afirma também que a educação é um processo de evolução da humanidade (1982, p.30):

A educação é um processo, portanto, é o decorrer de um fenômeno (a formação do homem) no tempo, ou seja, é um fato histórico. Porém, é histórico em duplo sentido: primeiro no sentido de que representa a própria história individual de cada ser humano; segundo, no sentido de que está vinculado à fase vivida pela comunidade em sua contínua evolução.

Paschoal Lemme reconhece a educação como fonte de transformação social (1961, p.73):

[...] há sempre uma forma de educação que poderemos chamar de fundamental: é aquela que faz com que o indivíduo passe a compreender a própria estrutura da sociedade em que vive, o sentido das transformações que estão se processando nela, e assim, de mero protagonista inconsciente do processo social, passe a ser um membro atuante da sociedade, no sentido de favorecer sua transformação ou, ao contrário, a ela se opor, porque ela está em detrimento de seus interesses.

Esse percurso ficaria incompleto se deixasse de mencionar outros sentidos da educação. Segundo Saviani (1996), a tarefa da educação é a promoção do homem, tornando-o cada vez mais capaz de conhecer sua realidade, transformando-a e transcendendo a si mesmo, e também sua situação histórica; ao mesmo tempo, amplia a liberdade, comunicação e colaboração entre o próprio homem e a sociedade.

Apesar de evidentes avanços na legislação das práticas educativas e nos pensamentos pedagógicos, essas ideias se concretizam com timidez no cenário de prática educacional. Um palco de disputa constante depara-se com lógicas de distintos interesses e que permanecem como legado histórico até os dias de hoje.

Ranciere (2018), em sua obra, faz uma provocação sobre as bases pedagógicas: qual seria a grande tarefa dos mestres e professores, senão transmitir seus conhecimentos aos alunos, e levá-los gradativamente à sua própria ciência, em um movimento contínuo e ordenado de aquisição de conhecimentos, do simples ao complexo? No cerne do ato de ensinar está a necessidade de explicar, mantendo-se uma distância entre professor e aluno. O segredo do mestre ou do professor era reconhecer essa distância entre a matéria a ser ensinada e o sujeito a ser instruído, instaurando a hierarquia do mundo das inteligências. Porém, uma dicotomia se instaura: como a criança aprende a balbuciar? Necessita de um explicador para pronunciar tais palavras? Será que podemos aprender sozinhos, sem o mestre explicador, quando queremos – pelas contingências da situação ou por nosso próprio desejo?

Então, o mestre despe-se de seu traje explicador, para sua natureza emancipatória: ele cria uma relação de igualdade intelectual com os alunos, na qual sua liberdade da vontade de aprender é exercida e valorizada; provoca o aluno a usar sua própria inteligência. Há desigualdade nas manifestações da inteligência, mas não há hierarquia da capacidade intelectual. Emancipação é o processo de tomada de consciência dessa igualdade de natureza, que abre caminho para os campos do saber, aliado à vontade de aprender do aluno, já que revela em cada ser humano sua natureza de sujeito intelectual. É o reconhecimento de que todos os emancipados são capazes, todos aqueles que decidiram pensar em si mesmos como homens semelhantes a quaisquer outros. Pode-se imaginar a ruptura com a lógica pedagógica, que se apoia na oposição da ciência e da ignorância? (RANCIERE, 2018).

Ao pensar nas provocações de Ranciere, surgem algumas reflexões: será que os preceptores, coordenadores e residentes da RMFC se veem como emancipadores intelectuais? E se a resposta foi positiva, como fazê-lo? Como motivar os residentes e tornar o desejo centro da aprendizagem?

Paulo Freire e Ranciere têm bastante em comum: suas contribuições político-pedagógicas constituíram-se a favor de uma educação libertadora e

emancipatória. Alguns parágrafos abaixo serão dedicados a Paulo Freire, por ser um pensador comprometido com as ideias e a existência humana.

Em sua obra *Pedagogia do oprimido* (2017), a prática pedagógica é senão outra que não a prática da liberdade, já que almeja superar a pedagogia dominante, das classes dominantes, para recuperar a humanidade de ambas enquanto tarefa histórica de transformação da realidade social quando a conhece e reflete sobre ela.

O autor introduz a ideia de educação bancária, na qual os estudantes são tidos como depósitos vazios a serem preenchidos pelo conhecimento do professor (MENEZES, 2014), que é superada por um processo educacional em que o educador “[...] convida os educandos a reconhecer e desvelar a realidade criticamente” (FREIRE, 1985, p. 125). Referindo-se à educação bancária, Freire afirma: “A única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e depositá-los” (2017, p. 81). Nessa lógica, o educador é quem sabe, educa, disciplina, atua e escolhe o conteúdo programático, ou seja, ele é o sujeito do processo, enquanto o educando segue e se acomoda a ele, mero objeto. Isso ocorre num cenário dominado pela pobreza da criatividade, transformação e saber, opondo-se a um processo de busca do conhecimento que é mediado pelos educandos e educadores (FREIRE, 2017).

Os interesses históricos notadamente apontados nos parágrafos acima são sempre de uma classe dominante à dominada, à qual Paulo Freire (2017) denomina opressores e oprimidos. Propor uma educação transformadora pode ser um tanto perigoso, já que os últimos podem despertar-se de si mesmo e da realidade, e transformá-la. Isso só poderá acontecer quando a relação educador-educando for superada: os dois aprendem juntos, mediados pelo mundo: “Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 2017, p. 95).

Os educandos deixam então esse lugar de passividade, para uma relação dialógica e reflexiva com o educador, através de uma prática problematizadora em que há intencionalidade da consciência, inclusive de seres inacabados que somos. Inacabados porque estamos numa realidade histórica, também inacabada, implicando que a educação

seja uma missão permanente, em que educadores e educandos são sujeitos do seu processo, ultrapassando o intelectualismo alienante, o autoritarismo do educador “bancário” e a falsa consciência do mundo (FREIRE, 2017).

A essência da educação se dá através da dialogicidade, em que o educador e o educando aprendem juntos. Paulo Freire declara que “[...] o diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto a relação eu-tu.” (2017, p. 109). O verbo pronunciado equipara-se a modificar: “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.” (FREIRE, 2017, p. 108). Embasado na atitude dialógica, em que educador e educando aprendem juntos, na educação abre-se uma possibilidade de transformação social, permeada por uma prática reflexiva: “É práxis, que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.” (FREIRE, 2001, p. 67).

Os pressupostos para que haja esse diálogo são amor, humildade, fé e esperança nos homens – de que eles são capazes de transformar – gerando confiança nesse processo relacional (FREIRE, 2017). Para que isso ocorra, a escola deve ser um ambiente de interação social entre aluno e professor. Villela (2013) nos convida a adentrar um contexto educacional provocador: será que a afetividade, o conhecimento e diálogo entre professor e o aluno são elementos importantes para a práxis pedagógica?

Os autores enfatizam que adentrar nos campos dos afetos na escola é um caminho tortuoso; como um lugar de confronto de intenções e desejos, por ambas as partes – professor e aluno –, desafiando a tradição escolar, que considera apenas o conhecimento. Propõe que a escola seja significativa para o aluno, baseada em um ambiente que favoreça sentimentos de pertencimento, acolhimento e reconhecimento em relação à escola, aos professores e seus colegas. E ainda:

[...] amplia e aprofunda o conjunto de experiências importantes ao aluno e ao seu desenvolvimento, tendo influência decisiva na formação de um genuíno interesse pelo mundo, na formação e na expansão da capacidade de estabelecer vínculos afetivos importantes. (VILLELA, 2013, p. 21).

Será que dentro da escola pode haver espaço para subjetividade? Rubem Alves (2012) nos incita a pensar sobre a importância da alegria em ensinar, e a escola deve lembrar-se de sua vocação, que é essencialmente *“despertar o potencial único que jaz adormecido em cada estudante.”* (ALVES, 2012, p. 19). Isso se opõe a um modelo educacional que nos direcione exclusivamente para a economia, onde somos formados desde a infância com vistas ao campo de trabalho; e ecos do conteúdo ensinado e aprendido. Ao professor, cabe ensinar com alegria e encantar o aluno para que ele deseje conhecer, e desejando, ele aprenda. Destaca ainda a importância dos sonhos nas escolas, pois é desses sonhos que vivem e motivam os alunos.

Mas será que existe diferença entre ensinar, aprender e aprendizagem? Insisto em diferenciá-los porque eles ocorrem em sujeitos diferentes. O primeiro é um processo do educador; o segundo, do educando; e o terceiro é o meio de campo em que eles ocorrem. Para Heidegger, aprendizagem deriva de questões essenciais de sentido de vida, sendo capaz de moldar tanto nossa visão do mundo, quanto de nós mesmos (PALMER, 2007) e ensinar *“é mais difícil do que aprender, porque o ensinar exige isso: deixar aprender.”* (HEIDEGGER, 1968, p. 15). Para Skinner (PALMER, 2007), ensinar é acelerar a aprendizagem, já que os alunos aprendem sem o ensino; neste sentido, o professor prepara as condições em que eles aprendem mais rápido.

Ao ingressarem na graduação de Medicina e posteriormente na especialização, os alunos carregam consigo duas marcas de seu percurso pedagógico: a primeira está relacionada com suas vivências pessoais; e a outra está inserida no contexto histórico educacional brasileiro, acima mencionado. Pode o aluno, então, despir-se de sua história ao adentrar os caminhos da educação médica ou ignorar os paradigmas daquela educação em detrimento desta?

Ao inverso dos famosos rios de Manaus, o rio Negro e rio Solimões – que se encontram mas não se misturam –, o aluno não se separa desse percurso educacional, mas o mescla com sua própria vida. Por isso, a educação brasileira e seus arquétipos

estão intimamente relacionados com a educação em vigor no ensino superior da Medicina e, conseqüentemente, nos programas de pós-graduação.

Algumas questões se apresentaram diante dessa constatação: avanços legislativos na educação significam avanços nas práticas educativas? Como aproximar verdadeiramente o que é feito com a educação do que é almejado? Como garantir que os direitos educacionais não sejam voláteis? Como a educação médica está inserida nesse contexto? Como os currículos, as práticas e as avaliações da residência dialogam com a práxis libertadora e emancipatória freireana, a favor da qual me posiciono, enquanto transformação social?

Como agente política, enquanto educadora e com minha responsabilidade de transformação social, e perante o arcabouço teórico desenvolvido acima, defendo nesta dissertação o conceito de educação emancipatória: da qual aprendizagem é centrada no aluno e este é convidado a construir uma visão crítica sobre o mundo, mediado pelo professor em uma relação dialógica, reflexiva e auto-regulatória.

Diante dessas ponderações, urge o enorme desafio da educação médica de transpor sua própria história e transformar seu percurso para atender às necessidades concretas de saúde da população, através de uma prática mais coerente e que seja norteadada pela educação emancipatória.

2.2 EDUCAÇÃO MÉDICA NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

A despeito de toda história e evolução da educação médica, um fato tem-se mantido como pilar: o papel de um mentor ou professor (SILVA, 2016). Após a conclusão da graduação de Medicina, a residência médica surge como uma modalidade de ensino sob a orientação de profissionais médicos de *“elevada qualificação ética e profissional”* (BRASIL, 1977, p. 1), ao propiciar atividades sistemáticas de teorização, em diversos cenários de prática aliados a níveis crescentes de autonomia (FEUERWERKER, 1998). A residência médica torna-se um espaço essencial na transformação de um estudante de

Medicina em um profissional habilitado a exercer atividades de forma especializada, focando no trabalho médico e no processo de aprendizagem dentro do ambiente de trabalho (TEIXEIRA, 2009).

A Residência de Medicina de Família e Comunidade

No Brasil, a Medicina de Família e Comunidade existe desde 1976, mas só foi oficializada em 1981 pela Comissão Nacional de Residência Médica. Em 1986, o Conselho Federal de Medicina alterou o nome para Medicina Geral e Comunitária (ANDERSON et al., 2005a); e 2001 seu nome foi modificado, permanecendo até os dias atuais (ANDERSON et al., 2005b).

Esta é, conforme definido pela Organização Mundial de Saúde (2002), uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuida de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes. Esses atributos a tornam uma disciplina estratégica para a ressignificação das bases estruturais da própria profissão médica, adquirindo papel essencial na constituição de novos paradigmas em saúde (ANDERSON et al., 2007).

A especialidade caminha no inverso da formação atual, vista na maior parte dos países onde há tendência à fragmentação e subespecialização do conhecimento, em vez de focar em aspectos que podem melhorar globalmente a saúde das pessoas e comunidades. A prática médica é entrelaçada com aspectos culturais e comportamentais dos pacientes e da população, e do contexto social e físico em que é permeada (STARFIELD, 1998).

A ambiência da Medicina de Família e Comunidade: a Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a Residência de Medicina de Família e Comunidade tem como habitat natural a Atenção Primária à Saúde (APS), que representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde. Esta constitui o primeiro elemento de um processo longitudinal de assistência à saúde, com serviços que têm em vista os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2010).

Em 1978, foi realizada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde com a Declaração de Alma-Ata, documento que clama todos os governos para a aplicação e desenvolvimento da Atenção Primária, como um primeiro e essencial elemento de um continuado processo de assistência à saúde e estratégica para se atingir a equidade e universalidade necessárias para qualquer sistema de saúde.

A APS é definida por Bárbara Starfield (2002) como um nível do sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa e condições no decorrer do tempo e coordena ou integra o cuidado. Também compartilha de características de responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como tratamento e prevenção, além do trabalho em equipe.

É uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas e seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e a melhora da saúde. A autora reforça esta ideia afirmando que a APS lida com problemas mais comuns na população, e o cuidado prestado é contínuo (STARFIELD, 1998).

No Brasil, a APS tem sido organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) desde 2006, que funciona com uma população, territórios e equipe definidos (BRASIL, 2012). O território, por sua vez, define a adscrição dos usuários, favorecendo o vínculo, a confiança com os profissionais da ESF. Estes se tornam referência para o cuidado, garantindo a resolutividade das ações em saúde e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a Medicina de Família e Comunidade é considerada como a especialidade que pode, por ser o primeiro contato com o sistema de saúde, apreciar o cuidado individual, familiar e comunitários de forma longitudinal, integral e coordenador. Por isso, ela é inseparável da APS.

Quem é o médico de família, afinal?

Pela definição iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade (CASTILLO, 2010), o médico de família é o melhor especialista para atuar na APS, por atender os problemas relacionados com o processo saúde-doença, de forma integral, coordenada, contínua e sobre um enfoque de risco, no âmbito individual, familiar e comunitário. Ele deve ser o primeiro profissional médico a prestar assistência ao paciente em condições de novas queixas ou necessidades devido a maior probabilidade de identificação da origem e da melhor conduta a ser tomada nestes casos.(CAMPOS, 2005), deve preparar-se para responder às demandas assistenciais em qualquer momento do ciclo de vida individual ou familiar. É através do médico de família e comunidade que se realiza o ingresso aos sistemas de saúde, de maneira escalonada, eficaz e eficientemente; tudo isso dentro de um contexto humanitário.(CASTILLO, 2010)

Os desafios do novo paradigma de saúde para os médicos de família: *feedback* como meio para operacionalização?

O saber médico ficou consagrado nos séculos 18 e 19, com o advento das técnicas de necropsia, caracteristicamente com bases anátomo-clínicas, com descrição das doenças de acordo com os sistemas lógicos de funcionamento do organismo humano. Esse paradigma estudava os fenômenos de forma segmentada e não integrada em seu ecossistema de origem (GUSSO, 2012). O resultado disto foi a criação de um modelo biomédico que fundamenta-se em uma lógica reducionista e simplificada dos fenômenos humanos, consagrada em 1910 por Flexner em um relatório que leva seu nome (FLEXNER, 1910) em que o ensino e a pesquisa médicas foram adequados a este modelo hegemônico que foi difundido de forma homogênea pelo mundo. Apesar de ter sua inegável importância em épocas tomadas por agentes infecciosos com alta mortalidade que realmente precisavam do olhar mais objetivo para saúde (PAGLIOSA, 2008) o efeito dessa prática médica cada vez mais com tecnologias duras, com bases moleculares e microscópicas- houve um distanciamento da subjetividade inerente do ser humano, que passou a ser um mero informante na coleta de dados da anamnese (GUSSO, 2012). Dessa maneira, a medicina ignora a realidade e se distancia das questões centrais e históricas que permeiam a própria história da humanidade (RODRIGUES, 1999). Isso é testemunhado nos dias atuais: apesar de tanta tecnologia, os sistemas de saúde são incapazes de superar as necessidades concretas de atenção médica à população (RODRIGUES, 1979).

Urge a necessidade de um novo paradigma, de considerar os fenômenos de saúde e doença humanos como complexos em sua própria essência, abrigando elementos que busquem a interdependência e integração dos ecossistemas, valorizando a autonomia e particularidade de cada pessoa (GUSSO, 2012). Qual outra alternativa teria o médico de família senão se render às práticas que consagram esse paradigma, num esforço para ampliar sua visão sob a ótica da complexidade e da integralidade?

Neste sentido, o *feedback* formativo, do qual tratarei em seguida, pode ser um caminho para os programas de residência médica que buscam consolidar a formação de médicos de família e comunidade entusiasmados com o desbravamento do novo paradigma da saúde?

A Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ/ENSP: uma perspectiva histórica

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi criada em 2008 e contava com duas vagas. Seu campo de atuação era em Manguinhos, Rio de Janeiro. A Residência de Medicina de Família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) foi criada no ano 2009, e as duas residências se tornaram parceiras em 2010, consolidando e qualificando os médicos residentes que atuam na APS, desenvolvendo em conjunto um programa integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade em consonância com o projeto de ampliação da formação médica no SUS e atuação nos campos de prática trabalhando com as necessidade de saúde (CADERNO RESIDENTE, 2018).

Inicialmente, o campo de prática era somente a Clínica da Família Victor Valla, em Manguinhos. Com a expansão do número de vagas ofertadas pela residência, em 2016 novos campos foram abertos, incluindo a Clínica da Família Wilma Costa, e posteriormente, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Esse processo de expansão contou também com aumento do número de preceptores da residência, cujo conceito será explorado adiante.

Para ilustrar esse dinamismo nos diferentes campos, segue-se o quadro 1 com a distribuição dos residentes pelos cenários de prática da RMFC da UFRJ/ENSP.

Quadro 1. Distribuição dos residentes pelos cenários de prática da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFRJ/ENSP

Campus	Residentes	Preceptores
Cocotá	8	7
Manguinhos	11	5
Centro de Saúde Escola	5	3
Total	24	15

Fonte: A autora (2018).

Residência de Medicina de Família e Comunidade e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde

Refletir sobre os avanços e desafios da RMFC, da qual resultarão mais profissionais médicos capacitados para atuar nas principais necessidades em saúde da população, significa fortalecer a APS e melhorar a qualidade da assistência e cuidado ao primeiro nível de contato do sistema de saúde. No Brasil, o SUS tem como pilar a universalidade, a equidade e integralidade.(BRASIL, 1990) Em conjunto com a APS, harmoniza-se para obter equidade social, a corresponsabilidade entre população e o setor público, a solidariedade, além de um conceito amplo de saúde. (STARFIELD, 2002)

A Preceptoría na Residência de Medicina de Família e Comunidade

O Conceito de Preceptor

Na história da educação médica, nota-se sempre a figura de um profissional mais experiente que contribui para a formação profissional (BOTTI, 2008). Os residentes

chegam ao ambiente de trabalho, com competências exigidas que nem sempre foram adquiridas no processo de formação. Neste sentido, o preceptor é esse elo de ligação entre teoria e prática, ao preencher a lacuna entre educação e prática ao ajudar o residente a adquirir confiança e segurança em suas atividades diárias (BAIN, 1996), desenvolver habilidades de lidar com a realidade cotidiana (BOTTI, 2008; BARRETO, 2011) e facilitar sua transição para seu novo papel (BAIN, 1996).

O estudante se inspira no preceptor, que é clinicamente ativo e um “*role model*”, e reproduz de certa maneira as habilidades do preceptor (ARMITAGE, 1991). O conceito de “*role model*” refere-se ao modo como um educador ensina primariamente o aluno pelo exemplo e ajuda a moldar a identidade profissional e comprometimento através da comparação e observação do aluno sobre o preceptor (REULER, 1994). É reconhecido por ser um componente integral da educação médica (WRIGHT, 1996) e importante fator moldando valores, atitudes, ética e comportamento nos alunos da medicina (BARONDESS, 1985).

Um bom preceptor deve estar apto a reconhecer as necessidades individuais dos alunos, como também suas competências (BOENDERMAKER, 2000; STENFORS-HAYES, 2011).

Quando se refere ao treinamento de médicos especialistas – como no cenário da RMFC –, essa formação ocorre em campos de serviços específicos e enfatiza a observação da prática de um médico mais experiente e especialista (TEIXEIRA, 2009). A figura do preceptor médico nesse cenário comumente se confunde com a imagem de um profissional com vasto conhecimento técnico, longos anos de prática e experiente. Entretanto, apesar de significativos, não são determinantes para definir a qualidade de um bom preceptor (IZECKSOHN, 2017).

Ser preceptor na ambiência da Medicina de Família e Comunidade

No intuito de ajudar o preceptor e os programas de RMFC a organizar e guiar suas práticas e currículos, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade lançou,

em 2104 um Currículo Baseado em Competências, anunciando o que se espera de um residente ao final de seu processo de formação.

A Academia Europeia de Professores de Medicina de Família discute as necessidades educacionais dos professores e formadores de medicina de família e têm realizado oficinas de capacitação ao redor do mundo. O objetivo dessas oficinas é possibilitar maior confiança e aumentar a competências desses educadores, demarcando não somente a competência clínica, mas também habilidade para o ensino e características individuais dos professores e formadores em Medicina de Família e Comunidade (GUILDAL, 2012).

Segundo a teoria de Maslow (1943), as necessidades humanas se organizam em hierarquias de prepotência – ou seja, uma necessidade geralmente repousa na satisfação prévia de outra, que é mais prepotente – e há pelo menos cinco delas, que o autor chama de “necessidades básicas”, a saber: fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização. Sem estas necessidades básicas, dificilmente outras podem ser atingidas. Esse conceito reforça a ideia de que a motivação humana prevê antecedentes que são interdependentes. Neste sentido, o preceptor, por estar capilarizado no dia a dia com o residente, deve atentar para a motivação do residente e os fatores predisponentes, que incluem as necessidades básicas. Por isso, propiciar um ambiente de apoio é a chave para estabelecer suporte no ambiente de trabalho, onde as pessoas querem ficar (MILLS, 2005).

Outra questão ressaltada por Neighbour (2004) é a importância da comunicação do preceptor com o aluno, quando este se depara com seu próprio desconhecimento, questiona e esclarece suas deficiências e, ao invés de permanecer estático perante este acontecimento, é impelido a buscar o saber. Para isto, o preceptor deve respeitar os valores dos alunos, evitar julgamentos, estar apto a adaptar-se a situações diversas e averiguar o estado do aceitação do discente. Nota-se, pois, a valorização do aprendizado centrado no residente, e não no preceptor.

A agenda do preceptor ocupa cotidianamente dois papéis no ambulatório: gerir o cuidado dos pacientes e facilitar o processo de aprendizagem dos residentes (IZECKSOHN, 2017). Para isso, é necessário haver uma relação de confiança (ROGERS, 1983).

É claro que isto não é uma tarefa fácil, nem um objetivo final. O preceptor está num campo fértil entre teoria e prática, e precisa estar sempre em transformação, já que assim é o campo de trabalho. Esse processo interior do preceptor não é inacabado, faz parte de um *continuum* de si mesmo e dos programas de RMFC.

Um aspecto inerente da função da preceptoria na RMFC, além dos mencionados acima, é a importância de avaliar continuamente o residente e acompanhar este processo ombro a ombro nos cenários e situações propiciadas pela residência. Por isso, os próximos parágrafos serão dedicados a este tema.

2.3 OS DESAFIOS NA AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

O ato de avaliar é um processo histórico, e possui diversos significados e interpretações, como examinar, julgar, testar, distinguir, comparar, ameaçar, punir, entre outros. Por isso, se torna tão difícil avaliar, porque depende do julgamento de quem o pratica (BORGES, 2010).

Da multiplicidade de definições, foi escolhida a de Vasconcellos:

Avaliação é um processo abrangente da existência humana, que implica uma reflexão crítica sobre a prática, no sentido de captar seus avanços, suas resistências, suas dificuldades e possibilitar a tomada de decisão sobre o que fazer para superar os obstáculos. (VASCONCELLOS, 1992, p. 53).

Existe um campo de disputa claro, com duas lógicas da avaliação: a prática pedagógica tradicional e uma emergente. A primeira se fundamenta numa perspectiva quantitativa, cujo objetivo é medir o conhecimento do aluno, e com isso classificá-lo, distinguindo o aluno que obtinha sucesso daquele que havia fracassado.

Fundamentava-se, pois, na classificação e na seleção; por isso é denominada de normativa e comparativa (PERRENOUD, 1998). Seu papel é medir e ocorre tipicamente no final do curso, sendo utilizada para verificar se os objetivos foram alcançados para fins de certificação (STELET, 2017).

Esse modo de operar absorve frequentemente a maior parte da energia dos alunos; favorece uma relação utilitarista com saber; cria um ambiente de disputa entre alunos e professores, favorecendo os conhecimentos isolados, em vez de competências de alto nível. A aparente exatidão do sistema abriga em si uma dicotomia: diante de um processo enrijecido, arbitrário e que desrespeita os modos de aprendizados individuais de cada aluno, pode realmente justificar o que se avalia? (PERRENOUD, 1998).

A avaliação aqui mencionada como emergente é a formativa, proposta por Perrenoud (1998) como toda prática de avaliação contínua que pretenda colaborar para melhorar as aprendizagens. Está pautada de maneira central e intencional sobre a gestão das aprendizagens dos alunos – portanto, ela regula as aprendizagens.

A avaliação formativa é definida como aquela que é especificamente planejada para promover *feedback* — cujo conceito será explorado a seguir — no desempenho do aluno que reconhece o ponto alcançado no desenvolvimento e os próximos passos a tomar, no intuito de melhorar e acelerar o aprendizado (SADDLER, 1998; WYNNE; JAMES, 1997). Compromete-se com o aprendizado significativo (STELET, 2017), contínuo, e considera a individualização no processo de aprendizagem (BORGES, 2014), estando centrada nos processos cognitivos dos alunos, sem ignorar os produtos (FERNANDES, 2006). Ancora-se nas bases de uma formação inspirada em concepções cognitivistas, construtivistas – propostas por Jean Piaget (1987, 1990) como processos em que sujeito e objeto interagem, resultando na construção e reconstrução de estruturas cognitivas cada vez mais complexas – e sociocultural da aprendizagem (VYGOTSKI, 1991).

Para avançar nesta discussão, propõe-se aqui um confronto teórico sobre o significado de aprendizagem pela ótica de Galloway e Bordenave, que irá nos conduzir a uma reflexão. O primeiro defende aprendizagem como evento puramente observável, ao

afirmar: “*Quando existem mudanças observáveis no desempenho (comportamento) de um organismo, delas inferimos a ocorrência da aprendizagem.*” (GALLOWAY, 1976, p. 71). Contrasta com o debate feito por Bordenave, quando se refere à aprendizagem enquanto processo:

A aprendizagem é um processo integrado no qual toda a pessoa se mobiliza de maneira orgânica. Em outras palavras, a aprendizagem é um processo qualitativo, pelo qual a pessoa fica melhor preparada para novas aprendizagens. Não se trata, pois, de um aumento quantitativo de conhecimentos, mas de uma transformação estrutural da inteligência da pessoa. (BORDENAVE, 1977, p. 26).

Desta maneira, pelo fato de o processo de aprendizagem conter o próprio conhecimento do ser humano, esse processo é inesgotável (ALMEIDA, 1997).

Existe um modelo de avaliação ideal?

Uma avaliação autêntica deve admitir a produção de um impacto educacional, resultando não somente em bons índices de validade, reprodutibilidade e confiabilidade, mas também frutificar reflexões sobre a própria prática. E ainda, deve propiciar ao educador e educando um campo fecundo para considerar as fragilidades e potencialidades no caminho pedagógico na relação ensino-aprendizagem (STELET, 2017).

Portanto, as duas formas de avaliação são complementares e têm suas importâncias dentro do cenário da RMFC. Deve-se pois, garantir que elas ocorram — tanto a formativa quanto a somativa (TIBÉRIO, 2012).

Os programas de residência médica realizam avaliação para certificar a competência dos futuros médicos, dando motivação e direção para o aprendizado, e também analisando sua adequação ao aprendizado do aluno. Competência profissional pode ser entendida como o uso cuidadoso e habitual da comunicação, conhecimento, emoções, valores, habilidades técnicas e raciocínio clínico, refletindo na prática diária os benefícios em âmbito individual e comunitário para qual está sendo utilizada. Ela é construída com base nos conhecimentos e habilidades clínicos prévios, permeada por

desenvolvimento moral. Está fortemente fundamentada na resolução de problemas da vida real, amparada pela lógica do bom relacionamento com os demais (EPSTEIN, 2002).

A competência não é estática; é desenvolvida ao longo do tempo e nutrida por reflexão sobre a experiência; é um hábito (LEACH, 2002). No entanto, não é somente a competência que vem sendo exigida, mas também a capacidade de adaptação a mudanças e contextos, engendrando novos conhecimentos e continuando a melhorar sua performance (FRASER, 2001).

A avaliação tem papel essencial em ajudar os médicos de família a responder a suas próprias necessidades de aprendizado (EPSTEIN, 2007), já que pode oferecer um panorama de sua performance atual e melhorá-la.

2.4 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ACERCA DA AVALIAÇÃO E O CONTEXTO DA RMFC DA UFRJ/ENSP

Os referenciais político-pedagógicos da RMFC da UFRJ/ENSP consideram a educação como um processo emancipatório, capaz de estimular os residentes a desenvolverem habilidades, valores, atitudes e conhecimentos centrados na aprendizagem e no cuidado da população atendida. O processo reflexivo está ligado a sua prática profissional e realidade social. O preceptor é uma peça-chave nesse processo, porque facilita o aprendizado e acompanha o residente em sua trajetória, como dito anteriormente.

Apoiam-se em Paulo Freire (2001), na luta ideológica da educação e na teoria da aprendizagem significativa – na qual o ponto de partida é o próprio conhecimento prévio do aluno, conceitualizado como estrutura cognitiva, que faz ancoragem com conhecimentos novos (AUSUBEL, 2012). Para tal, propõem como estratégias pedagógicas a aprendizagem baseada em problemas; desenvolvimento de projetos individuais e ou de grupos; atividades que promovem a interação com território; os estudos de casos; seminários e debates (CADERNO DO RESIDENTE, 2018).

As metodologias avaliativas buscam valorizar o aperfeiçoamento contínuo das habilidades e atitudes, na mesma proporção que a aquisição de conhecimentos; identificando fragilidades e potencialidades num plano *continuum* de desenvolvimento personalizado para cada residente. Baseiam-se na avaliação formativa, que atua como reguladora do processo ensino-aprendizagem, detectando lacunas e obstáculos, buscando soluções para os desafios pedagógicos enfrentados pelos estudantes (WOOD, 2010). Para tanto, utilizam tais ferramentas avaliativas: *Feedbacks* Construtivos, Portfólio Reflexivo, Prova Escrita/Prática, Mini-CEX, *Feedback* Avaliativo Trimestral (FAT), autoavaliação, avaliação dos pares, avaliação dos preceptores e avaliação dos estágios, os quais serão analisados a seguir.

O Portfólio Reflexivo

A definição de portfólio por Alves (2004, p. 2) é tida como “*uma modalidade de avaliação retirada do campo das artes e que aparece com o objetivo de criar novas formas de avaliação para o desenvolvimento das inteligências artísticas*”. Não se trata apenas de um relatório de campo, mas uma compilação de trabalhos em que o aluno compreenda que seja relevante para seu próprio processo de análise crítica e fundamentação, segundo o mesmo autor.

Portfólios, para serem eficientes, precisam estar imbuídos de um profundo processo de reflexão, por isso são chamados de “portfólios reflexivos”, já que segundo Schön (2000), os sujeitos extraem o sentido de situações vivenciadas, evocando um diálogo reflexivo consigo mesmo.

Maia (2013), em revisão sistemática, categoriza os seguintes objetivos do portfólio reflexivo: estimular a reflexão; avaliar e/ou acompanhar a aprendizagem; avaliar habilidades clínicas; avaliar e/ou documentar competências; e por último, possibilitar o desenvolvimento profissional continuado. A autora afirma que o portfólio pode ser um instrumento para atender ao desafio de encorajar o pensamento crítico e reflexivo do

educando, facilitando o processo de aprendizagem significativa e fornecendo ocorrências dessa aprendizagem.

O portfólio também pode ser usado para avaliar áreas que são difíceis de apreciar de outra maneira, como: atitudes, atributos pessoais e profissionalismo (DAVIS, 2006).

Para a formação médica, especificamente, Stelet (2017) aponta a potencialidade ético-política, que constitui o uso do portfólio reflexivo, já que permite o encontro com o outro e uma abertura para produção de conhecimento.

Na RMFC UFRJ/ENSP, o portfólio reflexivo é estimulado por todo o corpo docente e integra o *Feedback* Avaliativo Trimestral. Os residentes possuem liberdade para se apropriar deste recurso pedagógico em suas vivências cotidianas, podendo fazer uso das artes e da criatividade. Geralmente, os residentes manifestam seus sentimentos vividos nos últimos três meses, evocando situações que foram marcantes tanto na vida profissional – desde situações clínicas ou com a própria equipe – quanto pessoal. Torna-se um espaço para projetar as subjetividades que podem não ser percebidas de outra maneira, um verdadeiro termômetro dele e da sua relação com seu caminho pedagógico dentro da residência e, finalmente, um espaço de escuta em situações diversas – até mesmo para reivindicar questões referentes à residência. O maior desafio no uso deste recurso é como entusiasmar os residentes para que se mobilizem para realizar o portfólio.

Prova Escrita/Prática

As provas escritas são realizadas trimestralmente, com perguntas discursivas e enfoque em situações relevantes e do cotidiano dos residentes. São temas pertinentes para a APS: desde enfoque clínico até sua relação com âmbitos familiar e comunitário, além das ferramentas imprescindíveis para os médicos de família, que foram exploradas anteriormente nos canais teóricos – como habilidades de comunicação –, pretendendo alcançar o currículo de competência, conforme proposto no projeto político-pedagógico da residência.

Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-Cex)

O Mini-Cex é uma ferramenta desenvolvida pela American Board of Internal Medicine nos anos 1990, com o propósito de facilitar a avaliação formativa das principais competências clínicas de forma contínua (NORCINI, 2003). As competências clínicas avaliadas dos residentes são: entrevista, exame físico, comunicação e aconselhamento, julgamento e raciocínio clínico, qualidades humanísticas e profissionalismo, organização e eficiência, além de uma avaliação global. Ao final, o residente e o preceptor avaliam o Mini-Cex de acordo com sua satisfação com o método. Para ser mais útil, deve fornecer *feedback* oportuno e específico para o aluno após cada avaliação.

O Mini-Cex concentra-se na habilidade do residente em resolver os problemas dos pacientes, independentemente da natureza do encontro; pode ser usado em diversos cenários e seu formato encoraja tanto a educação como a avaliação, já que pressupõe o *feedback* (NORCINI, 1995).

No cenário da RMFC da UFRJ/ENSP, o Mini-Cex é um instrumento bastante utilizado e permite que todos os preceptores possam avaliar diretamente cada residente e oferecer seus respectivos *feedbacks*, constituindo uma oportunidade já rotineira na prática da residência. Por vezes, os residentes podem escolher aquelas consultas que lhes são mais convenientes e podem preparar-se melhor para a avaliação. É importante os preceptores estarem atentos para que o cenário de avaliação seja o mais natural possível.

Autoavaliação, avaliação dos pares, avaliação dos preceptores e dos estágios

A RMFC da UFRJ/ENSP desenvolveu um questionário específico para avaliação dos preceptores, estágios, autoavaliação e avaliação dos pares.

A avaliação dos preceptores é realizada a cada trimestre, considerando aspectos específicos; a devolutiva para os preceptores ocorre após a entrega dos resultados. A avaliação dos estágios se dá ao término de cada campo de estágio – como consultório de rua, ambulatório de hanseníase, saúde mental, pediatria, urgência – com perguntas estruturadas e semiestruturadas. A avaliação dos pares acontece informalmente com os

coordenadores da residência e os próprios residentes, no acompanhamento das atividades cotidianas.

Feedback Avaliativo Trimestral e Autoavaliação

O *Feedback* Avaliativo Trimestral ocorre, como o nome mesmo sugere, a cada três meses, e constitui um espaço em que os preceptores e coordenadores da residência encontram-se junto do residente e conversam sobre seu processo educativo. O residente tem a oportunidade de falar abertamente sobre seu *continuum* dentro da residência –fazendo assim sua auto avaliação –, destacando avanços e desafios do processo. Neste espaço é feito em conjunto um plano pedagógico trimestral, que é acompanhado pelo preceptor de referência. O portfólio reflexivo é mencionado e considerações pertinentes a ele são realizadas.

Feedbacks Formativos

Definição

De todos os instrumentos avaliativos, este é o mais usado no cenário da RMFC. O *feedback* foi inicialmente definido por engenheiros, como sendo informações usadas pelo sistema para seu ajuste (ENDE, 1983).

Na área da Educação, seu conceito refere-se a informação apresentada ao aluno sobre o seu desempenho real e o pretendido, identificando lacunas com o intuito de superá-las (RAMAPRASAD, 1983; HATTIE, 2007; NICOL, 2004; HOUNSELL, 2003; SADLER, 1989), ajudando-o a se tornar mais atento a suas forças e debilidades e capacitando-o a tomar medidas para abordar suas deficiências em seu próprio aprendizado (PINTRICH, 1995; BENNETT, 2009). O *feedback* pode ser um potente facilitador do aprendizado e performance do estudante (SHUTE, 2008) e até mesmo parte do ciclo de aprendizagem do programa de ensino (KERRIDGE, 2013).

Este conceito vem evoluindo para uma definição que considera o *feedback* como um processo contínuo, de natureza essencialmente formativa e imprescindível no

progresso pessoal e educacional do estudante (KATZ, 1995). Não pode ser visto como a linha final da aprendizagem, mas sim como um trampolim para facilitar a aprendizagem e melhorar futuras avaliações(CRAIG, 2009).

Existem fatores do *feedback* que podem impedir o aprendizado, quando ele é construído com uma base crítica ou controladora, comparações normativas com outros estudantes, pouca especificidade do conteúdo do *feedback* ou quando o estudante é interrompido por *feedback* quando está engajado em resolver um problema(SHUTE, 2008).

O *feedback* deve ser frequente, face a face, realizado em doses pequenas (JENSEN, 2012; ENDE, 1983), contextualizado, compreensível, oportuno e factível para os alunos (GIBBS, 2004), oferecido preferencialmente até 24 horas(RACE, 2009). Ele pode ser dado de diferentes formas, como oral e escrito; individualmente ou em grupo (TEKIAN, 2017). Um cuidado é necessário, pois seu efeito pode ser positivo ou negativo na motivação e autoestima do estudante, influenciando a maneira como ele aprende (BLACK, 1998).

Um aspecto muito relevante do *feedback* é sua especificidade, definida como o nível de clareza da informação contida no conteúdo do *feedback*. Em geral quanto mais detalhes de como melhorar a performance, provendo informações necessárias para melhorar a questão.

Segundo Black and Wiliam(1998), existem duas funções principais do *feedback*: uma diretiva e outra facilitadora. Enquanto a primeira informa ao estudante o que precisa ser consertado ou revisado, a segunda ocupa-se em prover comentários ou sugestões que possam guiar os estudantes em suas próprias revisões ou conceituações.

Estratégias de um bom *feedback*

Nicol (2004) elaborou sete princípios do *feedback*, a saber: a) Ajuda a clarear o que é uma boa performance (objetivos, critérios, padrões esperados; b) Facilita o desenvolvimento de reflexão e autoavaliação no aprendizado; c) Transmite alta qualidade

de informação para os estudantes sobre seu aprendizado; d) Encoraja o professor e pares a dialogarem sobre o aprendizado; e) Incentiva crenças motivacionais positivas e autoestima; f) Oferece oportunidades para diminuir o espaço entre o desempenho atual e o desejado; e g) Proporciona informações aos professores que podem ser usadas para moldar o ensino.

Ramani e Krackov(2012) estabeleceram 12 pontos práticos para ajudar os professores a melhorar seu *feedback* dado aos alunos, a saber: estabelecer um ambiente de aprendizado respeitoso; comunicar os objetivos e metas do *feedback*; basear o *feedback* em observação direta; fazer um *feedback* oportuno e regular; começar o *feedback* com uma auto-avaliação do aluno; reforçar e corrigir comportamentos observados; usar linguagem específica, neutra e focada na performance do aluno; confirmar o entendimento do aluno e facilitar sua aceitação; concluir com um plano de ação; refletir sobre suas habilidades de ofertar *feedback*; criar ambientes de aprendizagem com outros professores; fazer do *feedback* como parte integrante da cultura institucional. SHUTE(2008) ainda remete que o *feedback* deve ser factível, claro, simples mas não simplório, *feedback* objetivo preferencialmente escrito ou enviado via computador, propiciar *feedback* somente depois que o aluno tiver se esforçado por uma solução e promover uma orientação de meta de “aprendizagem” por meio de *feedback*; van de RIDDER(2008) ainda adiciona a questão de retorno ao planejamento e observação das metas.

Feedback no contexto da educação médica

Existem algumas definições sobre *feedback* no contexto da educação médica, em geral referindo-se a uma informação ou reação específica dada ao aluno em comparação com a performance deste com uma padrão, dada com a intenção de melhorar a performance do aluno(van der LEEUW, 2013).

Nesta dissertação usarei o conceito de Shute(2008) para definir o *feedback* formativo, como um conceito de informação comunicada ao estudante que tem o objetivo de modificar seu pensamento ou comportamento com o propósito de melhorar seu

aprendizado, no intuito de aumentar o conhecimento do estudante, suas habilidades e entendimento em um conteúdo específico ou uma habilidade geral.

Alguns aspectos são essenciais para que isto ocorra: educação clínica, performance e tarefas, a presença do aluno e do professor, comparação entre o observado e o padrão, observação direta ou indireta, existência de um padrão explícito, informação específica, intenção de melhoramento e o melhoramento em si (van der LEEUW, 2013).

Com o atual movimento em direção a um currículo baseado em competência, providenciar um *feedback* de qualidade aos residentes é uma questão central (TEKIAN, 2017; RAMSDEN, 2003). Na educação médica, o *feedback* tem ganhado importância e melhorado o desempenho. Prover *feedback* eficientemente é uma função vital do preceptor (WILKINSON, 2013).

Em um revisão integrativa, BING-YOU et al (2018) analisaram o conteúdo dado aos alunos sobre *feedback*, notando-se sua baixa especificidade, baixa qualidade, desafios nas ferramentas de *feedback*, viés de leniência e impacto de gênero. Os autores utilizaram-se da dança de tango como metáfora em que os professores e alunos precisam envolver-se nas complexidades desta interação dinâmica e desafiante do *feedback* para melhorá-lo.

Apesar de haver poucos estudos relacionando o *feedback* recebido por alunos com as características de cuidados aos pacientes- geralmente os tópicos de tais estudos são manejo, procedimentos e documentação (HAYES et al, 2017), os *feedbacks* dirigidos aos residentes podem melhorar a segurança do paciente (PATEY, 2008), já que podem endereçar uma reflexão da performance do residente sobre a saúde da população sob seu cuidado (STENBERG et al, 2018). Podem promover também a própria segurança profissional e psicológica do residente e uma oportunidade de autoavaliação sobre seu processo ensino-aprendizagem.

Feedback na RMFC UFRJ

O *feedback* no contexto da RMFC da UFRJ/ENSP é uma ferramenta pedagógica frequentemente usada por todos os preceptores de forma rotineira nas unidades de saúde. Eles são endereçados aos residentes de forma estruturada (como nos Mini-Cex) ou de forma mais flexível – após consultas, visitas domiciliares, reunião de equipe, atividades teóricas ou práticas da residência. O desenvolvimento de habilidades de ofertar *feedback* pelos preceptores pode ser uma boa escolha para melhorar a qualidade dos programas de residência médica (WILKINSON, 2013).

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais. (DUARTE, 2002, p. 140).

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que pretende “*compreender a realidade ao invés de explicá-la, valorizando a singularidade dos fenômenos estudados, considerando seu contexto histórico e social*” (FLICK, 2002, p.18). A dialética- definida como modo de pensar as contradições existentes na nossa realidade (KONDER, 2004) atua nos significados e estruturas e ao mesmo tempo tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível (MINAYO, 1993). Essa opção metodológica foi escolhida já que as metodologias dedutivas tradicionais se afastam frequentemente das questões e dos problemas da vida cotidiana (FLICK, 2009).

Por isso, a metodologia qualitativa ocupa-se de conhecer, analisar e interpretar os microprocessos que em conjunto formam a ação social individual. Não surgiu como alternativa àquelas metodologias quantitativas, mas sim como uma necessidade dentro da Sociologia, na expectativa de conhecer a ação humana e a interação social, que são os motores da história da humanidade (HAGUETTE, 1987).

Em outras palavras, do ponto de vista qualitativo, a abordagem dialética atua no nível dos significados e estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível.

Bond e Hartmman afirmam:

Na condição de desencantamento dos ideais do objetivismo, não podemos mais partir irrefletidamente da noção de enunciados objetivamente verdadeiros. O que resta é a possibilidade de enunciados relativos a sujeitos e situações, que devem ser determinados por um conceito de conhecimento sociologicamente articulado. (BOND; HARTMMAM, 1985, p. 21).

Assim, a metodologia qualitativa se adequa ao objeto de estudo desta dissertação, já que se busca compreender os significados simbólicos do *feedback* no contexto da educação emancipatória para os preceptores, coordenadores e residentes da RMFC.

3.2 TIPO DE ESTUDO: PESQUISA EXPLORATÓRIA

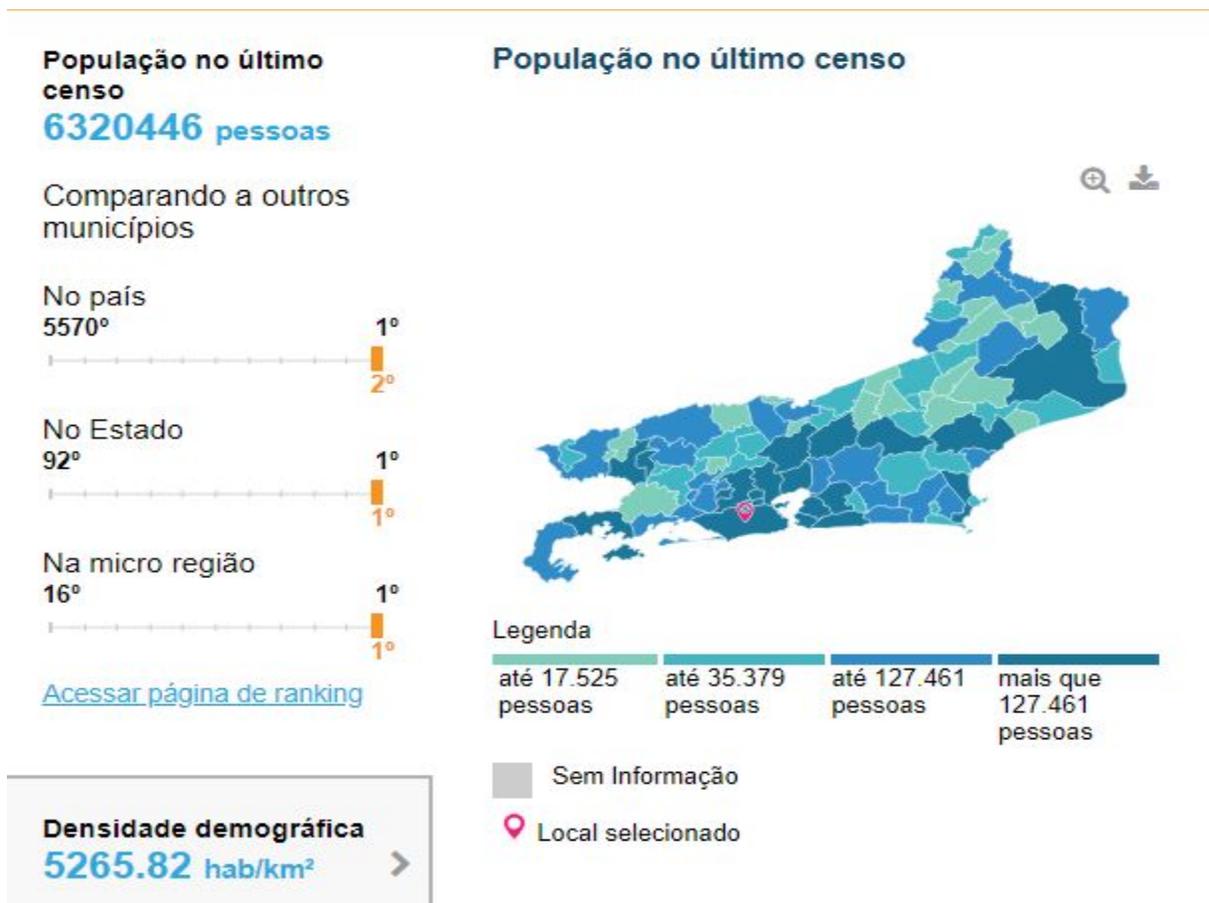
Trata-se de estudo do tipo exploratório, que é um estudo preliminar cujo principal objetivo é familiarizar-se com um fenômeno que é investigar, a partir do qual poderão seguir-se outros estudos com maior precisão e compreensão (THEODORSON; THEODORSON, 1970). Pode-se desenvolver ou refinar hipóteses, ou testar e definir métodos de coleta de dados (POLIT, 1987), particularmente quando o pesquisador está examinando uma área de interesse novo ou quando o objeto de estudo é relativamente novo e pouco estudados (BABBIE, 1986).

O *feedback*, enquanto ferramenta avaliativa, possui pouco estudo na área da RMFC, por isso, ao adentrar neste tema, a intenção é produzir um material pioneiro e que possa inspirar os futuros colegas à maior imersão no tema.

3.3 CENÁRIO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, possui 6.320.446 habitantes, densidade demográfica de 5.265,82 hab/km², área da unidade territorial de 1.200,177 km² (IBGE, 2018).

Figura 1: Dados Demográficos do Município do Rio de Janeiro



Fonte: IBGE (2018).

A saúde do município passou por uma reforma, iniciada em 2008, que reorganizou o modelo de atenção à saúde, pela ampliação da APS de 3,5% para 40%. O marco desta expansão foi a criação das Clínicas da Família (CF), centros integrados de saúde geralmente com mais de uma equipe de saúde.

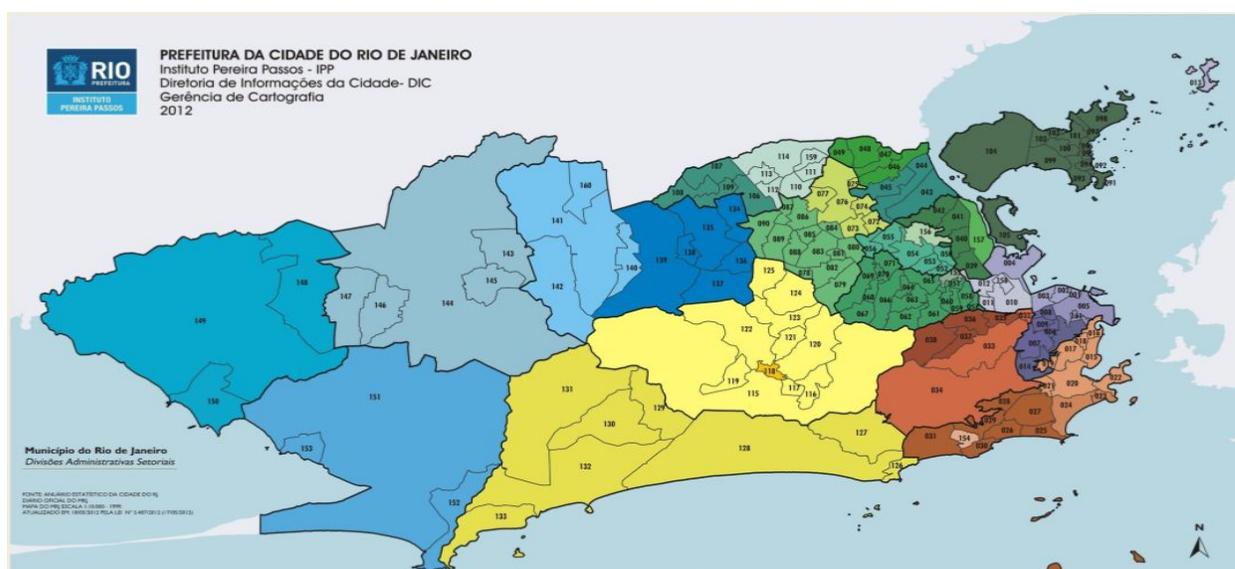
Esse avanço notório na expansão da APS pode ser visto como resgate de uma dívida histórica com a população (SORANZ, 2016), já que ampliou o acesso da população aos serviços de saúde e reduziu as desigualdades regionais, consolidando a Estratégia de Saúde da Família e as redes de atenção à saúde. Diminuiu, ainda, as iniquidades, ao

augmentar a qualidade de vida da população por meio de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2009).

Apesar do avanço da expansão da estratégia da saúde da família no município ter tido todo esse incentivo, foi no ano de 2019 que houve expressivo corte orçamentário da ESF. Os resultados comparativos de janeiro de 2018 e novembro de 2019 confirmam esta afirmação: houve redução de 17,19% da cobertura da ESF e 14% no número total de equipes. (SMS-RJ, 2019) Além da diminuição do acesso à saúde através da atenção primária, este corte fragiliza também os programas de residência médica da especialidade porque tem como campo essas equipes do município.

O município está organizado em 33 regiões administrativas e possui 160 bairros. A Secretaria Municipal de Saúde dividiu a cidade em dez áreas de planejamento (SMSRJ, 2013), a saber: 1.0 (Centro e adjacências); 2.1 (Zona Sul); 2.2 (Grande Tijuca); 3.1 (Região da Leopoldina); 3.2 (Grande Meier); 3.3 (Região de Madureira e adjacências); 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências); 5.1 (Região de Bangu e adjacências); 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências); 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências).

Figura 2: Mapa da divisão das Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, Instituto Pereira Passos (2009).

A área de pesquisa ocorrerá na AP 3.1, a terceira mais populosa, com 986.350 habitantes e cobertura de 83% da APS (SMSRJ, 2016).

Figura 4: Mapa da divisão de Unidades de Atenção Primária da Área Programática 3.1

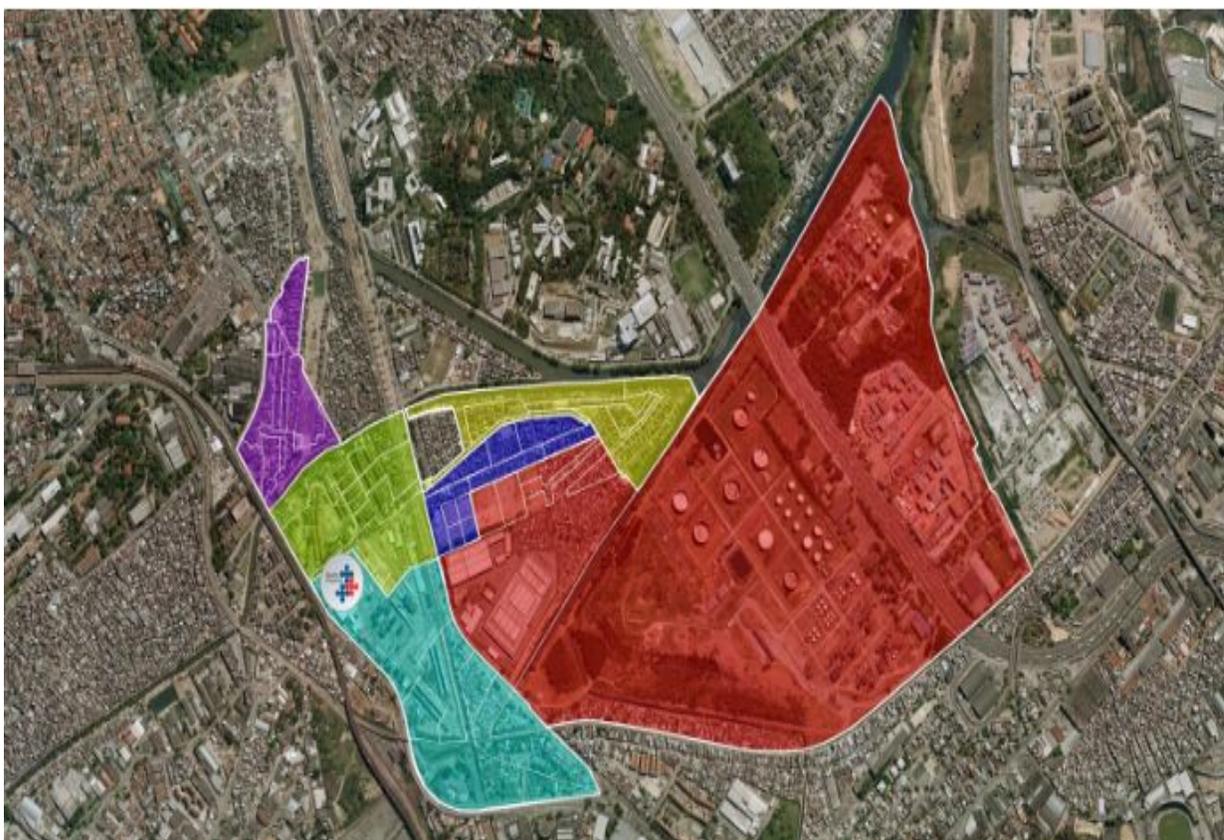


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2016).

As três Clínicas da Família (CF) que serão cenários da pesquisa são: CF Victor Valla, CF Wilma Costa e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSV), todas inseridas na mesma AP 3.1.

A primeira clínica da RMFC UFRJ/ENSP foi a CF Victor Valla. Ela está localizada em Manguinhos, zona oeste da cidade, e foi inaugurada em 2010. Possui cinco equipes de Saúde da Família e um Consultório na Rua, beneficiando cerca de 20.000 pessoas.

Figura 5: Território da Clínica da Família Victor Valla



Fonte: SUBPAV.

A segunda CF foi a Wilma Costa, localizada na Ilha do Governador, inaugurada em 2017. Dispõe de oito equipes de Saúde da Família, estando cinco inseridas no contexto da RMFC. Abrange uma área que contempla 22.615 usuários.

Figura 6: Clínica da Família Wilma Costa



Fonte: Google Earth (2018).

Por último, o CSEGSF, localizado em Manguinhos, foi inaugurado em 1967 e incluído no programa de RMFC em 2017. Possui sete equipes, das quais três estão com RMFC e sua área adscrita contempla 24.000 usuários.

Figura 7: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria



Fonte: OTICS (2018).

3.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

O universo de estudo foram todos os preceptores, coordenadores e residentes da Residência de Medicina de Família da Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola Nacional de Saúde Pública que estão ou já fizeram parte do corpo institucional, conforme Quadro 2. Serão excluídos aqueles que estiverem ausentes no período da coleta de dados ou recusa na participação. O convite será feito por email ou telefone.

Os procedimentos da pesquisa não poderão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde e nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço seguindo a Resolução 580/18(BRASIL, 2018).

Quadro 2. Distribuição da População de Estudo

Residentes	Preceptores	Coordenadores
24	19	3
Total: 46		

Fonte: A autora (2018).

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA

A coleta dos dados à qual os residentes, preceptores e coordenadores foram convidados a participar contemplou a entrevista semiestruturada, que ocorreu nas três unidades de saúde, após aprovação no Comitê de Ética. O convite para os residentes, coordenadores e preceptores foi feito individualmente. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previamente aprovado pelo Comitê de Ética.

Entrevista semiestruturada

A entrevista é considerada uma modalidade de interação social entre o entrevistado e o entrevistador, na qual este busca obter informações com propósito definido, utilizando roteiro de entrevista – com tópicos ou pontos importantes, de acordo com a problemática central (HAGUETTE, 2013). Ela valoriza o uso da palavra e do discurso, símbolo e signo privilegiados das relações humanas, por meio dos quais os atores sociais constroem e procuram dar sentido à realidade que os cerca (FLICK, 2002; JOVECHLOVITCH; BAUER, 2002; FRASER; GONDIM, 2004), em um processo de influência mútua entre o pesquisador e o participante. Através da fala, o pesquisador pode exercitar empatia e intuição, à medida que, para cada novo entrevistado, é necessário atingir uma abstração de si mesmo e das entrevistas antecedentes (BARDIN, 2011).

A entrevista semiestruturada foi escolhida para esta pesquisa, pois combina perguntas abertas e fechadas, e o entrevistado tem maior liberdade e flexibilização para se expressar sobre o tema em questão. Ele pode inclusive trazer à tona questões que ainda não tenham sido levantadas pelo pesquisador, mas que sejam relevantes para o tema (MINAYO, 2014).

A quantidade de entrevistas foi definida pelo critério de saturação, ou seja, quando as informações coletadas apresentarem repetição ou quando nenhum elemento novo for encontrado para a compreensão do fenômeno estudado, então a observação deixa de ser necessária (RHIRY-CHERQUES, 2009).

3.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a realização das entrevistas, foi realizada transcrição do material. A análise dos resultados foi feita através da análise de conteúdo, que é uma técnica de tratamento sistematizado de dados qualitativos na busca de interpretá-los (BERELSON, 1952).

Esta técnica foi realizada em três etapas (BARDIN, 2011): a) Pré- análise: essa fase é onde organiza-se as idéias iniciais de forma a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, através de um plano de análise. Foi realizada a escolha dos documentos à serem submetidos a análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos, além de elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final; a segunda fase trata-se da b) Exploração do material, que consiste essencialmente em uma operação classificatória que almeja alcançar o núcleo de compreensão do texto, por meio de categorização; e por último, c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, propondo inferências e realizando interpretações.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi apresentado e aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de UFRJ, e somente após a aprovação destes, os dados foram coletados. O número do protocolo do CEP foi CAAE 11742619.7.0000.5238

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Síntese geral

Os resultados e discussão foram organizados em categorias, definidas com base nos objetivos do trabalho e nos resultados encontrados e analisados, das quais foram sistematizadas em eixos, a seguir:

- I. Considerações gerais sobre os participantes da pesquisa: nesta sessão foram incluídos dados sintetizados sobre os participantes da pesquisa
- II. Identificação dos participantes da pesquisa: com categorias por idade, cor, sexo, instituição de graduação médica, tempo de atuação e tipo de formação na especialidade
- III. Considerações sobre *feedback* formativo: foram encontradas 5 categorias de análise, que seguem:
 - A. O conceito de *feedback* formativo
 - B. *Feedback* na graduação médica
 - C. A diferença do *feedback* da graduação e da RMFC UFRJ/ ENSP
 - D. Influência do *feedback* da RMFC UFRJ/ ENSP sobre o internato de medicina de família e comunidade e sua relação com o currículo oculto
 - E. A importância do *feedback* no cenário da RMFC UFRJ/ENSP
 1. Individualidade do *feedback*
 2. *Feedback* explora as subjetividades dos alunos
 3. *Feedback* exige comprometimento institucional com dialogicidade
- IV. Conceito de educação emancipatória
 - A. A educação emancipatória sob o olhar dos residentes
 - B. A educação emancipatória sob o olhar dos preceptores
 - C. A educação emancipatória sob o olhar dos coordenadores
- V. A dialética entre *feedback* formativo e educação emancipatória

A. O *feedback* e a autorregulação das aprendizagens

Os apontamentos sobre os resultados foram discutidos em sequência dos resultados encontrados.

4.2 Considerações gerais sobre os participantes da pesquisa

O número total da população deste estudo foi de 46 pessoas e o número de pessoas entrevistadas foi de 23. Desse número total de entrevistados, 47,8% foram residentes(n=11), 39,1% preceptores(n=9) e 13% coordenadores(n=3). Aproximadamente metade dos residentes e preceptores participaram da pesquisa, enquanto os coordenadores foram integralmente participativos. Os residentes do primeiro ano foram a maioria a ser entrevistados, por questão de disponibilidade de horário nos dias da pesquisa.

Foram excluídos os participantes que estavam de férias, licença maternidade ou ausentes na data da coleta de dados que ocorreu no mês de junho de 2019. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a metodologia descrita acima.

4.3 Identificação dos participantes da pesquisa

A identificação dos participantes da pesquisa foram categorizadas em: idade, cor, sexo, instituição de graduação. Para os preceptores e coordenadores, especificamente, foram adicionados dados referentes ao tipo de formação na especialidade e tempo de atuação como preceptor ou coordenador.

A referência teórica para classificação de cor escolhida para esta pesquisa foi a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística(2016) que considera cinco categorias de cor: branca, preta, amarela, parda e indígena. A cor mais predominante dos participantes foi branca(47,8%), seguida da preta.

Entre todos os entrevistados, o gênero mais prevalente foi o feminino (60,8%), e a instituição de formação foi predominantemente a pública.

4.3.1 Dados de identificação dos residentes

Participaram desta pesquisa 11 residentes, que encontravam-se no primeiro e no segundo ano da residência de medicina de família e comunidade. Os residentes do primeiro ano, por uma questão de maior disponibilidade com os dias da pesquisa, foram a maioria na realização da entrevista.

Com relação a idade, a média total foi de 26 anos e não teve variação significativa entre o primeiro e segundo ano da residência. O gênero predominante foi feminino(66,3%), e instituição de graduação foi dividida entre pública e privada, com predomínio da primeira(63,6%). Com relação a cor, a principal foi a branca(45,4%), seguida da preta(27,2%), parda(18,1%) e finalmente amarela(9%)

4.3.2 Identificação dos Preceptores e Coordenadores

Estiveram presentes nesta pesquisa 9 preceptores e 3 coordenadores. Com relação a estratificação dos dados de identificação dessas duas categorias, foi destacado: média idade, cor, gênero, instituição de formação na graduação, tipo de formação na especialidade médica e tempo de atuação na função de preceptor/coordenador.

O resultados apontaram para média de idade dos preceptores de 32,6 anos e coordenadores de 53,3 anos; nos dois grupos houve semelhança com relação a predominância do sexo feminino, formação de graduação médica em instituição pública. Com relação a cor, no grupo dos preceptores foi predominante as cores pardas e brancas, enquanto que no grupo dos coordenadores foi a branca. A formação em medicina de família e comunidade no grupo de preceptores foi unânime do tipo residência médica, enquanto que os coordenadores a maioria foi prova de título. O tempo de atuação na função foi categorizado em menor que 1 ano; entre 1 a 5 anos e maior ou igual a 5 anos nos dois grupos. No grupo dos preceptores, a maioria(44,4%) estava no grupo de maior ou igual a 5 anos, porém, quase um quarto com tempo na função de preceptoria menor que um ano. Esse dado revela que existe um percentual significativo de preceptores com pouco tempo de experiência, o que pode ao final, impactar a qualidade do ensino dos

residentes em formação.(AUTONOMO et al, 2015) Já a maioria dos coordenadores da residência tiveram tempo de atuação entre 1 a 5 anos, revelando maior experiência acumulada por tempo, o que é importante para o desempenho desta função.

4.4 Considerações sobre *feedback* formativo

4.4.1 O conceito de *feedback* e *feedback* formativo por todos participantes

O conceito de *feedback*

Com relação ao conceito de *feedback*, todos os participantes da pesquisa definiram-o em quatro categorias, a seguir: 1) devolutiva a partir de uma observação; 2) ferramenta de avaliação/reflexão; 3) tornar válido, por meio de outrem, algo que foi constatado no cenário educacional e, por último, 4) equipagem necessária para desenvolver uma prática médica contextualizada. A primeira categoria identificada, o *feedback* como uma devolutiva após uma observação, foi a mais citada pela maioria dos participantes(78%) e com unanimidade nos grupos de residentes e coordenadores.

Houve maior variação no tangente à esta definição pelo grupo dos preceptores, que também considerou o *feedback* como uma ferramenta essencial para o processo de avaliação e de reflexão no âmbito da RMFC(33%); outros estipularam o significado deste como sendo uma validação externa de algo que foi constatado no cenário educacional(11%) e por último, definiram-o como uma equipagem para desenvolver uma prática médica contextualizada(11%).

A apreciação desses resultados, permite afirmar que o conceito de *feedback* utilizado por todos os participantes está concordante com o conceito utilizado na pesquisa, segundo van der Leeuw(2013). A perspectiva dos preceptores foi mais abrangente e contemplou-o também como instrumental que legitimiza a prática médica- através de validação de comportamentos observados ou contextualização do residente na especialidade em formação - e possui simbolismo de reflexão e avaliação do processo formativo. Isso pode ser explicado pela maior vivência dos preceptores na prática do *feedback*, já que é sua função vital promovê-lo de forma eficiente.(WILKINSON, 2013)

O conceito de *feedback* formativo

Nesta análise os participantes definiram o *feedback* formativo em cinco grupos que serão apresentados em ordem decrescente: 1) *feedback* com o objetivo de aprimoramento da prática médica(56%); 2) devolutiva a partir de uma observação realizada(13%); 3) *feedback* oferecido continuamente no ensino médico(13%); 4) instrumental avaliativo e reflexivo que promove integração da formação(4%); 5) ferramenta de contextualização na formação da especialidade, oferecido de forma seguida(4%) e, por fim, 6) validação externa de um comportamento constatado(4%).

Perspectiva dos residentes sobre *feedback* formativo

O conceito mais citado pelos residentes foi o de *feedback* com o objetivo de aprimoramento da prática médica(55%), demonstrado nas falas a seguir:

"São as devolutivas que recebemos com o objetivo de nos formar, especificamente pra mim enquanto médica de família, e alcançar competências e habilidades." (Residente 8)

"Ele tem o propósito que eu melhore naquilo que eu estou me propondo a fazer."(Residente 1)

"É um retorno do seu trabalho com críticas construtivas para você melhorar seu desempenho." (Residente 3)

"Feedback formativo tem um sentido de agregar coisas para que contribuam na formação da pessoa."(Residente 6)

O segundo item mais evidenciado por este grupo foi o de devolutiva a partir de uma observação(27%), exemplificado pela frase:

"É um retorno. Para mim é uma palavra que significa retorno de alguma coisa que eu fiz. Então pra mim está incluído que foi observado alguma coisa e está sendo feito um retorno em cima dessa observação." (Residente 4).

Uma particularidade do *feedback* é sua especificidade(NICOL, 2004; RAMANI e KRACKOV, 2012), na prática isso é expressado por apontamentos que devem ser realizados após observação direta do que se almeja melhorar.

O terceiro item reconhecido pelos residentes foi o *feedback* oferecido continuamente no ensino médico(11%), expresso na fala a seguir:

"Feedback formativo é essa incorporação do feedback no ensino."(Residente 7)

Um residente não soube definir *feedback* formativo.

Perspectiva dos Preceptores sobre o *feedback* formativo

Com relação ao olhar dos preceptores sobre o tema, pôde-se perceber que a concepção mais frequente foi a de *feedback* com o objetivo de aprimoramento da prática médica(44%), conforme discursos abaixo:

"Feedback no contexto da formação ajuda ao profissional se situar, se o que ele está se propondo e fazendo está de acordo com a realidade. É como um fio guia."(Preceptor 8).

"Eu acho que o feedback formativo tem por objetivo construir um plano de desenvolvimento de aprendizagem para o aluno."(Preceptor 4)

"O feedback formativo seria uma apropriação dessa devolutiva do desenvolvimento do residente."(Preceptor 4)

Para alguns preceptores, o *feedback* formativo é instrumental avaliativo e reflexivo que promove integração da formação(33%), de acordo com as sentenças abaixo:

"Bom, acho o feedback a principal ferramenta para orientar algum elemento na prática, seja ele positivo ou negativo, e construir com a pessoa uma avaliação crítica sobre isso."(Preceptor 9)

"Eu entendo como uma ferramenta de reflexão das ações que são feitas o dia-a-dia."(Preceptor 6)

"É uma maneira de integrar tanto formação como aprendizado ao mesmo tempo."(Preceptor 2)

"O feedback formativo é um processo participativo e ativo entre o preceptor e o residente, que é pensando nesse processo de formação em que o residente se encontra. Sempre estimulando a participação dele numa visão crítica e reflexiva."(Preceptor 7)

Para finalizar, outros preceptores afirmaram que o *feedback* formativo trata-se de validação externa de um comportamento constatado, como ilustrado na frase seguinte:

" (...) é uma validação externa daquilo que a gente faz." (Preceptor 6).

Perspectiva dos coordenadores sobre *feedback* formativo

Os coordenadores em sua totalidade conceberam *feedback* formativo com o objetivo de aprimoramento da prática médica, conforme elucidado abaixo:

"Então quando eu estou assistindo uma consulta com algum residente e vejo como ele está fazendo as coisas e dou um retorno para ele naquilo que ele está fazendo eu estou preocupada é com esta formação. Não com a coisa pontual dele...É olhar para ele assim: olha a potencialidade, olha onde você pode chegar, você pode mais do que isso."(Coordenadora 1)

Percepções que residentes, preceptores e coordenadores possuem sobre *feedback* formativo foram, em sua maioria, referentes à uma devolutiva com objetivo de aprimoramento da prática médica.

Os residentes não tiveram dificuldades em definir *feedback*, e ao fazê-lo, obtiveram certa concordância. Para eles, o *feedback* formativo caracteriza-se por um retorno de uma observação direta de suas práticas, com enfoque no melhoramento do desempenho deles e que é ofertado de maneira contínua no processo de aprendizagem.

Na literatura, existem poucos estudos sobre a percepção dos estudantes de medicina sobre o conceito de *feedback* (POULOS, 2008). De maneira geral, os estudantes compreendem o que é *feedback*, mas possuem certa dificuldade em defini-lo de forma homogênea (PRICINOTEL, 2016; POULOS, 2008), resultado diferente encontrado nesta pesquisa. Residentes deste programa estão expostos constantemente a *feedbacks*, por isso, não tenham dificuldade em defini-lo.

Para os preceptores, três conceitos de *feedback* formativo foram descritos: *feedback* como uma devolutiva que objetiva melhorar a formação do médico residente, uma ferramenta de avaliação e de reflexão da própria prática intrínseca ao processo de aprendizagem e atuante como um validador externo de um comportamento observado.

O *feedback* segundo Branch(2002) pode ser uma ferramenta para colaborar com a reflexão, permitindo assimilação e reordenação de conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos. O autor propõe realizar a seguinte pergunta para facilitar esse processo: "*O que aprendemos com este encontro?*" e ainda afirma que os professores devem estar aptos a reconhecer as oportunidades ensináveis. Então, se preceptores do programa de RMFC UFRJ/ENSP já possuem este conceito de *feedback* formativo enquanto ferramenta reflexiva, tem-se então posto o desafio de reconhecer essas oportunidades de ensino na prática cotidiana, que são férteis nas dimensões humanas do cuidado(BRANCH, 2002). Os obstáculos atuais de conciliação das diferentes tarefas do preceptor enquanto formador da residência e do internato de medicina de família e comunidade, médico assistente da equipe de saúde da família, às vezes responsável técnico da unidade de saúde são exemplos de que é necessário pensar em ambientes protegidos para assegurar práticas pedagógicas coerentes.

Os coordenadores tiveram opinião unânime: o *feedback* formativo é aquele que se propõe a melhorar a formação.

Um estudo feito por Van De Ridder (2008) propôs três formulações gerais do conceito de *feedback*: a primeira como um processo em que a informação é o foco do processo; a segunda como uma reação onde a informação é incluída e, por último, quando o *feedback* é considerado como um ciclo de informação e reação. Esta terceira

formulação foi a mais citada na presente pesquisa por todos os participantes e revela um processo de mão dupla: docentes e discentes são, mutuamente afetados quando realizam ou recebem *feedback*.

Segundo Gil (1984), existe um desencontro na percepção de alunos e professores de medicina: os professores acham que dão muito mais de *feedback* do que os alunos reconhecem. O resultado encontrado nesta pesquisa diverge dessa literatura por evidenciarem certa similitude na compreensão do conceito de *feedback* entre os participantes. Isso pode ser explicado por conta de uma prática pedagógica que institucionaliza o *feedback* como ferramenta do cotidiano e menciona este termo ao fazê-lo.

Apesar do *feedback* na RMFC da UFRJ/ENSP ter sido descrito com certa assertividade e com concordância nos três protagonistas, deve-se ter clareza de que o *feedback* não é um fenômeno simples, mas sim complexo e multidimensional (POULOS, 2008).

4.4.2 Feedback na Graduação Médica

Com relação ao recebimento de *feedback* durante a graduação médica, 14 participantes (60%) afirmaram ter recebido *feedback* e 9 (39%) não obtiveram *feedback*. Dentre os que tiveram *feedback*, 12 (85%) descreveram qualitativamente esse *feedback* com a intensidade baixa. Portanto, a maior parte dos entrevistados recebeu *feedback* durante a graduação médica, mas quando o recebeu, a intensidade foi baixa.

Como exemplo disto, temos os relatos dos residentes e preceptores sobre o tipo de *feedback* recebido na graduação de medicina:

“...o que normalmente ocorria era um feedback muito frio: aquela prova escrita e você recebia uma nota e aquilo era tua avaliação sobre seu desempenho...e muitas vezes não correspondia à quase nada da realidade do que havia sido construída.”
(Residente 9)

“O feedback era a prova teórica, né? Quando eu atendia no internato eu ia lá levava o caso para o staff, discutia a conduta e pronto. Fazia o que eu tinha combinado com ele. Eu não acredito que isso seja um feedback. Aqui eu tenho.” (Residente 11)

“Não tive nenhum contato. Era uma coisa verticalizada, uma educação bancária.”(Preceptor 4)

“Recebi mas eu acho que não é como o feedback que eu acredito hoje. Não existia um cuidado, então dentro do hospital os professores eram muito indelicados.” (Preceptor 6)

As possíveis razões que expliquem o motivo dos preceptores oferecem *feedbacks* mínimos ou inespecíficos pode estar fundamentada na falta de treinamento específico em dar *feedback*, o desejo de não ofender tanto o aluno como sua auto-estima (DOBBIE, 2005).

O *feedback* é um componente essencial da educação médica (BIENSTOCK, 2007). Possui efeito motivador no estudante, ao mesmo tempo que os estudantes apreciam recebê-lo (BIENSTOCK, 2007; DOBBIE, 2005), como ilustrado na fala da residente:

“Eu sempre gostei de feedback, eu sempre perguntava o que eu podia melhorar, sempre corria atrás disso. Vinha de mim. Nunca uma coisa formal da instituição tipo o FAT(feedback avaliativo trimestral).”(Residente 4)

Apesar de seu potente efeito na educação médica, o *feedback* é pouco reconhecido pelos alunos e utilizado pelos professores (AL-MOUSLY, 2014) A seguinte fala de um dos preceptores entrevistados descreve a realização do *feedback* de forma mais intuitiva e pouco sistematizada:

“Eu acho que eu recebi feedback muito intuitivo da minha professora que era uma pessoa muito disposta e implicada. Nomear o feedback foi um movimento após a minha experiência como residente e fiz o feedback eventualmente de forma intuitiva.” (Preceptor 9)

“(na graduação) tive feedback de médicos de forma mais empírica, menos estruturada. Recebia feedback em situações ou posturas que eu podia melhorar”(Preceptor 2)

“A gente recebia o feedback num processo avaliativo durante o internato, mas não era uma prática formalizada ou corriqueira dos nossos professores ou preceptores, mas sim variava de profissional para profissional. Não era uma rotina.” (Preceptora 7)

O tipo de *feedback* recebido de forma negativa durante a graduação médica pode ser o impulso para fazer o diferente na educação médica, conforme relato de uma das preceptoras:

“...uma das coisas que eu quis estudar educação médica foi para não viver e impedir que as pessoas vivessem o que eu vivi na faculdade, que era a pedagogia do medo, da distância...para uma pedagogia do afeto.” (Preceptora 6)

Os cenários que esses *feedbacks* ocorreram foram, em sua maioria, na medicina de família e na saúde coletiva, e por último na pediatria, conforme relato de uma das preceptoras

“Acho que não recebi esta nome de feedback até o internato em medicina de família e comunidade, foi neste momento que identifiquei que o que eu estava recebendo era, de fato, um feedback.” (Preceptora 5)

Foi observado um acúmulo geracional positivo com relação ao *feedback* recebido na graduação: os residentes receberam mais *feedbacks* do que seus preceptores que, por sua vez, receberam mais do que seus coordenadores. Isso pode ser explicado pelo avanço das diretrizes curriculares nacionais(DCN) em busca de um profissional competente que depende do desenvolvimento crescente de sua autonomia e o *feedback* pode ser um instrumento que pode fermentar este processo.

Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de sua autonomia e domínio em relação às áreas de competência.

Os responsáveis pelo ensino, desenho curricular e desenvolvimento do docente devem estar motivados para continuar a melhorar o *feedback* oferecido aos estudantes (ROGERS et al., 2012). Infelizmente, poucas docentes recebem capacitação formal sobre dar ou receber *feedback* (BIENSTOCK, 2007), fazendo crer que a profissionalização docente é ainda um desafio para a universidade.

4.4.3 A diferença do *Feedback* da graduação e da RMFC UFRJ/ENSP

Já está claro a importância do *feedback* na graduação médica, apesar de ainda alguns cursos de medicina ainda não institucionalizarem esta prática num continuum curricular.

Algumas diferenças do *feedback* da graduação de medicina e o da RMFC da UFRJ/ENSP, segundo os entrevistados, é que este último norteia o aprendizado, aprimora o crescimento e a relação que é estabelecida é mais confortável. Esses pontos de vista, foram expressos na fala dos seguintes entrevistados:

“O tipo de feedback que eu recebi ao longo da faculdade toda, exceto no internato de medicina de família, me deixava mais perdida do que me melhorava minha prática.” (Residente 3)

“Diferente do que a gente faz aqui na residência, porque tentamos avaliar os dois lados da moeda. Nem tudo está errado, nem tudo está certo. Partimos desde o ponto de crescer eventualmente.” (Preceptor 8)

“(o feedback da residência de MFC UFRJ/ENSP)..é muito mais confortável, não é uma relação de bronca.” (Residente 2)

“...geralmente o feedback(da graduação)...não apontava exatamente qual era a minha falha, entendeu? Qual era o meu ponto fraco. Então não era um olhar tão atento para minha prática.”(Residente 10)

Todos os preceptores entrevistados nesta pesquisa já haviam realizado cursos de aprimoramento com a temática do *feedback*- até mesmo os preceptores com pouco tempo de atuação com cursos focais oferecidos pelo ministério da saúde- e esse pode ser um fator essencial para alta frequência de oferta de *feedback* na residência de MFC em comparação com a graduação médica. Portanto, qualificar os preceptores e professores em âmbito de graduação e pós graduação é uma estratégia para aumentar a quantidade e qualidade do *feedback* ofertado(BORGES, 2014) nesses cenários e facilitar um currículo baseado em competência(TEKIAN, 2017; RAMSDEN, 2003).

4.4.4 Influência do *feedback* da RMFC UFRJ/ENSP sobre o internato de medicina de família e comunidade e o currículo oculto

O *feedback* proporcionado pela residência de MFC da UFRJ/ ENSP não influencia somente os residentes, mas também os internos que estão naquele cenário. E, conseqüentemente, esses alunos- tanto da graduação como da pós-graduação- testemunham essa prática e incorporam-na em suas vivências diárias, inclusive como futuros educadores, conforme explicitado abaixo na fala de dois preceptores:

“Hoje temos os internos que ficam com a gente e esses alunos acabam pegando um pouco de carona deste mesmo processo com os residentes.” (Preceptor 8)

“Como internato que eu fiz foi na unidade que eu estou trabalhando como preceptora, muito do que herdei tendo sido aluna neste contexto, foi de alguma maneira o que eu consegui me apropriar para poder fazer com os residentes agora neste lugar de preceptoria.” (Preceptora 5)

Esta última fala da preceptora traz à tona a questão do currículo oculto e a influência na formação médica. O currículo oculto está claramente aninhado na área médica (MICHALEC, 2011) e representa, em essência, o que uma instituição ensina sem pretender ou ter a consciência do que é ensinado e pode ser observado em culturas, processos e estruturas inerentes à prática de medicina (STANEK et al, 2015). Ele pode ser transmitido de estudantes para estudantes nos serviços médicos (HAFFERTY, 1994) e pode impactá-los mais do que o currículo formal (HAFFERTY, 1998). O entendimento do currículo oculto postula uma reflexão profunda sobre as estruturas e organizações das instituições de ensino médico e coloca em evidência a importância do "role model" no aprendizado médico em todos níveis.

Na RMFC UFRJ/ENSP os internos acompanham os residentes e preceptores em suas atividades nas clínicas, seja em consulta, visita domiciliar, acolhimento, canal teórico e etc,

e têm sua prática influenciada pelo currículo oculto. Os residentes também têm a oportunidade de também ofertar *feedbacks* para os internos em espaços mais informais e por estarem muito mais próximos dos internos, tornam-se seus "role models"- que caracterizam-se como profissionais que atuam com excelência na demonstração de assistência clínica, habilidades de ensino e um conjunto de habilidades distintas pessoais- e podem moldar o desenvolvimento profissional e escolha da especialidade médica. O contrário também é verdadeiro: os efeitos negativos de modelos médicos que não atendem aos padrões profissionais aceitáveis podem ser igualmente fortes (PASSI, 2013).

Será que o residente- um recém egresso da faculdade médica- em sua maioria em seu primeiro emprego e experiência como médico consegue se olhar a partir desse lugar? O residente é consciente da potência desse encontro com o interno? Pode haver desconforto neste encontro de inseguranças pessoais próprias do residente com as incertezas e busca de respostas firmes dos internos?

Apesar do relato positivo da entrevistada sobre o *feedback* inserido dentro do currículo oculto daquele ambiente pedagógico da RMFC UFRJ/ENSP, a reflexão sobre as mensagens que estão sendo criadas pelo currículo oculto é um aspecto de extrema relevância a ser pautado pela coordenação da residência.

4.4.5 A importância do *feedback* no cenário da residência de MFC UFRJ/ ENSP

O *feedback* no contexto da residência de MFC UFRJ/ ENSP demonstra sua importância em três aspectos, segundo os entrevistados: o primeiro está relacionado com o desenvolvimento global do residente; o segundo com o aprimoramento em áreas mais específicas da formação do residentes e por último, o *feedback* necessita de comprometimento institucional e com diálogo.

O primeiro aspecto, e o mais citado por todos participantes da pesquisa, foi a importância do *feedback* para o desenvolvimento global do residente, já que para eles o *feedback* garante clareza nos objetivos que precisam ser melhorados e promove um continuum de desenvolvimento do residente.

Continuum de desenvolvimento do residente

"Aqui na residência o objetivo é diferente, né? É muito desta evolução gradual, dessas competências. De uma forma que não existia um fim, né? É contínuo. Um aprendizado contínuo e longo também." (Preceptor 2)

"Aqui na residência você realmente reconhece elas(as deficiências no aprendizado) e tenta trabalhar com elas de uma forma totalmente mais tranquila e segura." (Residente 10)

"Acho que não se tiver feedback, não faz sentido nenhum, porque como eu vou saber se eu estou melhorando, o que estou melhorando, o que eu não estou melhorando? É pensar em como eu estou construindo o meu trabalho, senão vira o que se chama tocação de serviço, e eu acho que a proposta não é essa."(Residente 9)

"Eu acho que eu olhar para aqueles objetivos(do feedback avaliativo trimestral) e eu perceber o que consegui melhorar e a partir daí traçar novos pontos."(Residente 1)

Clareza dos objetivos de aprimoramento

"O feedback formativo realmente alterou a minha prática e meu desempenho e me deu mais clareza sobre as coisas que eu preciso melhorar. Percebi uma melhora sensível depois que eu recebi esses feedbacks." (Residente 3)

"...a gente consegue identificar os pontos que temos lacuna de conhecimento ou de habilidade mesmo para aplicar alguma ferramenta ou alguma coisa e a partir do momento que você identifica você consegue direcionar seus esforços para isso depois." (Residente 1)

"O feedback formativo eu acho que ele te dá um caminho, te orienta um pouco para o que você precisa melhorar e como fazer isso." (Residente 3)

Em seu livro *"The inner consultation"* Roger Neighbour (2005) descreve a consulta na atenção primária como uma jornada e não como um destino, e ressalta a importância de se manter um senso de movimento e mudança enquanto se está consultando um paciente. O autor destaca também que pode haver frustração se não houver esse sentimento de que as coisas estão se movimentando. O mesmo paralelo pode ser feito com o *feedback*: ele fornece um sentimento de metamorfose contínua no processo de aprendizado de cada residente, seja no contexto de aprimoramento de suas habilidades e

conhecimentos; continuum de desenvolvimento e mostrar clareza no que precisa ser melhorado. Este último tópico é de suma importância e relaciona-se diretamente com os dois primeiros: a avaliação feita através de *feedback* pelos professores ajuda a transformar o objetivo final da aprendizagem em pequenas tarefas realizáveis, tornando claro a lacuna entre a aprendizagem atual e a pretendida, motivando a maior parte dos alunos que percebem a necessidade de reduzi-la (AGGARWAL, 2016).

O segundo aspecto destacado sobre a importância do *feedback* foi o aprimoramento em áreas mais específicas da formação dos residentes, como promoção de habilidades e conhecimentos, exploração da subjetividade dos alunos e por último a necessidade do *feedback* ser singular para cada residente.

O Aprimoramento de conhecimentos e habilidades de comunicação foi expresso na seguinte colocação de um residente:

“Acho que é importantíssimo justamente para aprimorar as técnicas de comunicação e as questões teóricas. A gente está aqui para melhorar nossa consulta.” (Residente 4)

Ficou evidente nesta pesquisa como o *feedback* individualiza e torna singular o processo de aprendizagem de cada residente, porque reconhece as desigualdades de cada pessoa. Aggarwal(2016) afirma que os alunos diferem de suas percepções sobre autocompetência, capacidade de análise e possuem um sistema de *feedback* interno único. Por isso, o *feedback* deve ser individualizado. A apreciação dos residentes é relatada abaixo:

“Eu me sinto bem individualizada, eu não sou qualquer uma. Eles prestam bastante atenção em cada aluno, se preocupam com eles.” (Residente 3)

“Acho que agora eu sou mais observado e vigiado, mas não em um sentido ruim...Sei que tem pessoas que estão acompanhando o meu desenvolvimento aqui. Coisa que na faculdade não existia dessa forma tão clara.” (Residente 9)

“Primeiro por eles serem individuais em pontos pessoais, em uma consulta sua. Isso faz você refletir sobre os seu posicionamentos, no nosso dia a dia. Então acho que isso é bom e eu notei que agora eu começo a fazer isso com minhas próprias consultas.”(Residente 6)

Apesar de várias referências citadas nesta pesquisa de boas práticas de *feedback*, ele é particular de cada relação. É individualizado para aquela pessoa, naquele encontro pedagógico.

“Acho que vai ter um feedback próprio para aquela pessoa, naquele contexto, naquela relação que a gente tem.” (Preceptora 5)

Para que o *feedback* encontre a singularidade que é necessária, precisa de acompanhamento. O verbo acompanhar, de acordo com o dicionário Aurélio, significa *“ir junto com; seguir, reconduzir; fazer companhia”* e pode ser muito oportuno neste sentido porquê para que o preceptor ou coordenador ofereça um *feedback* singular, ele precisa estar ao lado do residente e acompanhar um comportamento que foi observável (van der LEEUW, 2013; RAMANI e KRACKOV,2012). Por isso, necessita de disponibilidade do corpo docente de estar ao lado, e isto pode ser um grande desafio dado o contexto dos cenários de prática: agendas superlotadas onde preceptores assumem agenda da equipe, canais teóricos que exigem disponibilidade do corpo docente, descompasso dos horários dos preceptores- que são contratados 20 ou 40 horas semanais; clínicas com funcionamento de até 64 horas semanais- distância entre as próprias clínicas que pode ser um fator negativo para o acompanhamento dos coordenadores.

A subjetividade é uma questão difícil de ser abordada e analisada na educação médica, mas nem por isso tem sua importância negligenciada. Segundo um residente, a exploração da subjetividade é potente:

“Aqui na residência ele avaliam algumas coisas totalmente subjetiva no contexto da consulta.”(Residente 2)

A fala de uma das preceptoras evidenciou também o valor da reflexão que o *feedback* gera:

“Eu acho que é uma coisa muito mais individualizada, centrada no residente e reflexiva. Não existem respostas prontas. Acho que essa é a principal diferença. E a gente tenta fazer isso rotineiramente.” (Preceptor 3)

A subjetividade segundo Rios (2010) pode ser definida como um espaço íntimo do indivíduo, que é criada dentro de um universo simbólico compartilhado desde sua constituição, essencialmente ocorre na presença do outro e é um *"espaço habitado pelo eu e seus objetos internos, em constante processo de ressignificação nas suas histórias de relação durante toda a vida"* (RIOS, 2010, pág 70) Por isso, a autora defende cultivar a identidade médica no *"teatro das subjetividades em formação"*(RIOS, 2010, pág 287) para que se elabore de forma interiorizada a identidade médica e o fazer médico de forma que respeite a alteridade do outro em práticas pedagógicas vitalizadas. Portanto, quando o *feedback* explora as subjetividades dos alunos, ele pode também estar ressignificando a própria identidade do médico residente de forma enérgica.

A terceira e última perspectiva que revelou a importância do *feedback* no cenário da residência de medicina de família e comunidade apontado pelos entrevistados foi a necessidade que o *feedback* de se ter comprometimento institucional com dialogicidade, que irá consagrá-lo e legitimá-lo enquanto ferramenta pedagógica emancipatória. Isto fica perceptível na fala dos seguintes entrevistados:

"A residência de medicina de família já tem um eixo pedagógico bem claro para os preceptores, principalmente. Então faz parte, acho que é o cerne.. o feedback diário, o FAT(feedback avaliativo trimestral) e é muito diferente daquele feedback da minha graduação de tempos atrás que naquele momento não tinha uma idéia muito de longitudinalidade, estava mais descontextualizado. A residência é uma imersão ali." (Preceptor 8)

"Acho que aqui tem um compromisso maior com esse feedback e aqui todo mundo está interessado em dar um feedback e em receber um feedback também, em ter esse diálogo entre instituição e residente." (Residente 4)

"As questões estão mais casadas entre elas: da assistência, do ensino, dos momentos teóricos, dos feedbacks, das necessidades de cada residente." (Preceptor 8)

4.5 O conceito de Educação Emancipatória

Com relação ao conceito de educação emancipatória, 16 participantes (69%) afirmaram que esta idéia conecta-se à autonomia e para alguns destes (18%) também além da idéia de autonomia o conceito de gerar segurança no residente, responsabilidade por construir um sistema de saúde e criar ambiguidades no próprio aluno para ele superar o modelo biomédico. O restante dos participantes, os resultados foram o seguinte: 2(8%) responderam que a educação emancipatória trata-se de um processo de libertação, 1(4%) responsabilização, 1(4%) superação de padrões antigos, 1(4%) suporte na busca da identidade médica, 1(4%) educação crítica, contextualizada e com objetivo de transformar o ambiente.

O conceito de educação emancipatória da maioria dos participantes da pesquisa foi parcialmente congruente com o conceito defendido nesta dissertação, no sentido da autonomia e autorregulação das aprendizagens. Porém, poucos fizeram apontamentos no sentido da relação reflexiva, crítica e dialógica do aprendizado. Uma dúvida que a pesquisa não conseguiu observar: será que os pontos que não foram congruentes estão pouco presentes no campo de prática que não foram mencionados? Ou ainda, será que os entrevistados já consideram na prática da autonomia e autorregulação a inerência desses três aspectos?

4.5.1 A educação emancipatória sob o olhar dos residentes

Na perspectiva dos residentes, a educação emancipatória gera segurança e autonomia, segundo as falas abaixo:

“É aquela educação que promove a independência daquela pessoa depois de formado. Você aprende para seguir com os seus próprios passos.” (Residente 7)

“Eu acho que é para treinar para sermos médico de uma equipe sozinhos, como na vida real. Então é para gente treinar também nossas seguranças e autonomias.” (Residente 4)

“Acho que é difícil sair da residência sabendo tudo, mas eu acho que eu vou sair da residência sabendo encontrar os meus caminhos para lidar com as situações.” (Residente 11)

A educação emancipatória também foi considerada como um processo educacional de interação entre pares, como destacado por um dos residentes:

"Acho que a educação emancipatória deve ser uma coisa voltada mais para o ensino de adultos e que inclui uma certa responsabilidade compartilhada das duas pessoas participando do processo de aprendizado." (Residente 3)

Mas também foi apontada como responsável por facilitar a reflexão crítica sobre o mundo e o papel político do médico de família e comunidade neste contexto, representado nas seguintes falas:

"Talvez possa ser até além disso, não só ser autônoma no sentido das habilidades mas também no sentido crítico de pensamento, da construção da sua identidade médica, de como você vai se relacionar com o mundo, como você vai usar esse papel. Porque o médico de família ele tem um papel político muito grande também, uma figura importante na construção do sistema de saúde." (Residente 9)

"Agora tivemos o FAT(feedback avaliativo trimestral), e quando eu tive esse retorno foi uma forma muito interessante de gerar reflexão sobre o processo de trabalho e de aprendizagem."(Residente 6)

"Eu enquanto preceptor vejo o feedback como um momento de encontro do diálogo que a gente consegue perceber o que o residente está mostrando, ele traz uma questão muito direta questão maior, eu deixo o residente se mostrar, pergunto o que ele já pensou sobre aquilo, estímulo um pouco a reflexão, né?".(Preceptor 1)

"Eu entendo(o feedback) como uma ferramenta de reflexão das ações que são feitas o dia-a-dia."(Preceptor 6)

E também como facilitador do aprendizado e da humildade, de acordo com a fala do residente abaixo:

"Eu não sei tal coisa, mas eu já sei aprender a aprender."(Residente 10)

4.5. 2 A educação emancipatória sob o olhar dos preceptores

Na visão dos preceptores educação emancipatória se relaciona com libertação e autonomia, formação do papel do médico de família residente e ela ocorre de maneira a formar uma visão crítica do mundo.

A libertação está conectada com a ruptura do modelo de educação médica que vem sendo praticado ao redor do mundo e que tem se mostrado ineficaz porque não corresponde às necessidades em saúde da população; com uma verdadeira proposta de ruptura com os paradigmas antigos, de acordo com as seguinte falas:

“Pensando imagetivamente me vem uma coisa que é expansiva, que é para fora, algo que não aprisiona, que não retém, que não limita. Não sei conceituar. Mas acho que é uma coisa para além do que está dado, doutrinado, protocolado, dogmático. Entendo que seja uma coisa para libertação.” (Preceptor 5)

“Eu reconheço como um processo em que a própria pessoa assume o seu processo e o seu caminho de aprendizagem.” (Preceptor 4)

Outro preceptor acredita que a educação emancipatória está contextualizada em razão do médico de família residente descobrir-se neste papel tão decisivo de sua carreira médica:

“Então acho que é muito um momento deles entenderem qual médico eles querem ser e a educação emancipatória seria dar um suporte para que eles busquem e entendam que é possível buscar essa identidade profissional.” (Preceptor 9)

Um outro preceptor afirmou que educação emancipatória é esta que se propõe a transformar a realidade em que o médico residente se depara:

“A educação emancipatória é isso: uma educação crítica, contextualizada e que tem o objetivo de transformar. Ela é centrado no aluno, mas também nas necessidades de quem está formando-o.” (Preceptor 9)

4.5.3 A educação emancipatória sob o olhar dos coordenadores

A visão dos coordenadores é que a educação emancipatória seja um processo que leve em conta o papel político do médico de família em seu compromisso com a comunidade e também de autonomia do médico residente, conforme as falas abaixo:

“E acho que a educação emancipatória traz um compromisso com a comunidade, do ponto de vista do médico de família e comunidade. Não dá para você ficar normatizando e normalizando. O médico de família pra mim que tá passando por uma educação emancipatória é um cara que vá superar aquele olhar biologicista, aquele olhar normativo que a medicina traz na nossa formação. E que vai conseguir negociar isso dentro dele.”(Coordenadora 1)

“Uma educação emancipatória é quando uma pessoa deixa de ser tutelada para ser parte de sua formação, do processo formativo.”(Coordenador 3)

“Pra mim é tirar a pessoa do lugar que ela chegou assim. Acho que se o residente entrou e saiu do mesmo jeito eu não fiz educação emancipatória. É você poder transformar o outro no sentido Paulo Freireano mesmo, né? Libertatório...de você tentar sair um pouco daquelas amarras que te prendem, que te impossibilitam de olhar para o outro e dizer: “ai, eu posso ampliar”. Eu gosto de criar o desconforto, sabe?”(Coordenadora 1)

Está evidente que cada protagonista entrevistado possui pontos a destacar no tangente à educação emancipatória com pontos de vistas de elevada pertinência e significado dentro de seu escopo, do qual destacarei pontos que foram majoritariamente mencionados. Para os residentes, a educação emancipatória foi considerada como geradora de seguranças e autonomia deles em seu próprio processo de aprendizagem. Já os preceptores, a educação emancipatória foi relatada como processo de formação do residentes assumindo o papel do médico de família com autonomia e com visão crítica do mundo. Os coordenadores enfatizaram a importância da autonomia e do papel político do médico de família. Uma analogia pode ser feita aqui: os residentes possuem uma visão mais voltada a si; enquanto os preceptores para os próprios residentes e os coordenadores um olhar mais abrangente sobre o processo. Os três pontos de vistas se complementam e estão em coerência com a fundamentação teórica utilizada nesta dissertação. Apesar disto, resta saber se residentes, preceptores e coordenadores

possuem essa visão porque estão implicados em sua própria vivência, ou se faltam espaços para compartilhar visões que podem ser mais abrangentes.

4.6 A dialética entre *feedback* e educação emancipatória

Na visão dos entrevistados, o *feedback* facilita a educação emancipatória já que ele promove autonomia, autorregulação das aprendizagens, estimula a descoberta da motivação do aprendiz, faz planos de ensino realistas e extrapola o currículo de competência da especialidade. Existem armadilhas neste caminho: a dependência do *feedback* para o crescimento do residente, a capacitação do corpo docente em ofertá-lo, a própria realização dele em uma agenda cheia de compromissos, críticas destrutivas, a dificuldade de ser honesto quando se faz um *feedback*. Apesar de todos os *feedbacks* ofertados pela RMFC UFRJ/ENSP serem importantes no caminho para educação emancipatória, o *feedback* avaliativo trimestral mostrou-se promissor por propiciar um espaço de troca entre mais docentes, possuir metas compartilhadas, ser permeado por reflexão um marco temporal no crescimento do residente.

***Feedback* como campo fértil para autonomia e motivação**

Esse aspecto foi observado na seguinte fala:

"O feedback faz a pessoa se responsabilizar mais pelo seu próprio aprendizado, do próprio cuidado das pessoas e isso deixa o indivíduo mais autônomo para crescer da forma em que ele acha melhor e perceber suas próprias dificuldades. Coloca a pessoa como protagonista de seu próprio aprendizado." (Preceptor 2)

"Ele é um instrumento fundamental por buscar uma participação ativa do residente e do interno, uma proposta reflexiva que seja centrada em cada residente e em cada interno, ele é fundamental no dia-a-dia nesse processo de aprendizagem." (Preceptor 7)

O *feedback* propicia um ambiente de reconhecimento de si próprio na jornada de aluno, mas também enquanto médico de família e comunidade na medida em que provê liberdade para este crescer, reconhecendo suas próprias potencialidades e fragilidades e escolhendo aquelas que deseja trabalhar. Este último tópico ficou evidente na seguinte afirmativa:

"O grupo(docente) está disposto a ouvir sobre a organização da semana do residente para além do espaço da clínica e ver qual satisfação de estar ali. Perguntar para a pessoa: "Onde você deseja chegar? Como é que você se projeta no tempo? O que você deseja? O que você sonha? Que caminho você quer percorrer?" É o que nos move na vida, né? O prazer e o desejo de fazer as coisas." (Preceptor 3)

Feitura de planos realistas

O *feedback* emancipa quando realiza planos de aprendizagem que sejam realistas para cada pessoa, porque contextualiza o aprendizado e constrói metas atingíveis, como declarado por um dos preceptores:

"O feedback contribui para educação emancipatória na medida que considera os pares de uma forma mais horizontal e faz uma construção muito realista dos objetivos, dos planos que se pretende alcançar, muito focado no aprendizado, não no conteúdo em si." (Preceptor 4)

"Esse processo do feedback ajuda na educação emancipatória a partir do momento em que são traçados planos juntos. No feedback trimestral quem vai definir o que vai ser planejado ou não é o próprio residente. Nos feedbacks pontuais, acontece um processo de reflexão do interno ou do residente para que ele possa entender se aquilo é realmente necessário para poder se aprofundar." (Preceptor 6)

"Eu acho que a gente acaba desenvolvendo relações muito próximas com os residentes, muito além de uma relação mais fechada de trabalho e do que se espera de residente e acho que a partir daí a gente entende o perfil de cada um e consegue ajudar nesta construção, nesta autopercepção, acho que é isso. Acho que o próprio vínculo e essa visão ampliada que a gente tem do residente para além do processo puramente." (Preceptor 8)

"Tudo depende das metas estabelecidas no encontro do feedback, quando elas objetivam o "aprender a aprender" baseado em situações reais, como tentamos fazer, o feedback leva a educação emancipatória."(Coordenador 2)

Extrapolando currículo de competências

Um apontamento surgido por um preceptor é que o *feedback* permite que o aprendizado não seja limitado somente ao currículo de competências da especialidade, ele pode ser além do conhecimento normalizado já que advém de situações contextos diversos que ampliam o escopo do aprendizado, destacado a seguir:

"Garantir que a gente tenha uma formação para além do que é protocolado, do que é o saber específico e técnico que precisa ser aprendido. Na verdade o feedback quer contribuir para esse acúmulo também, mas eu acho que é para além disso." (Preceptor 5)

O *feedback* e a autorregulação das aprendizagens

Um dos pontos de interseção do *feedback* com a educação emancipatória, como já mencionado anteriormente, é a autorregulação das aprendizagens. Duas categorias foram encontradas para explicar como a autorregulação das aprendizagens é facilitada pelo *feedback*: a primeira a) o *feedback* identifica lacunas e ou direciona o aprendizado e b) o *feedback* promove reflexão. Dos 23 entrevistados, 7 não responderam a esta pergunta. Dos 16 entrevistados, 10(62,5%) dos entrevistados afirmaram que o *feedback* identifica lacunas e ou direciona o aprendizado e 6(37,5%) alegaram que o *feedback* promove reflexão. Esse resultado foi parecido no grupo dos residentes, 80% deles concordou com a primeira definição. Não houve diferença no grupo dos preceptores e coordenadores.

A identificação de lacunas e ou direcionamento dos aprendizados foi expressa nas seguintes falas:

"Acho que ajuda porque a gente consegue identificar os pontos que a gente ainda vê alguma lacuna de conhecimento ou de habilidade mesmo para aplicar alguma ferramenta ou alguma coisa e a partir do momento que você identifica você consegue direcionar seus esforços para isso depois." (Residente 1)

"A presença de uma pessoa que te dá um feedback para te orientar e falar: "olha estou te olhando e estou vendo que você tem um interesse muito grande e uma facilidade para aprender tal coisa, mas você precisa também abordar tal tema e tal e tudo o mais. Então acho que a autorregulação ela é interessante, mas não exclui a presença forte de um preceptor, a importância disso. Ela pode ser reforçada por ele." (Residente 4)

"Porque justamente no feedback aparecem as fragilidades que precisam ser melhoradas." (Preceptor 7)

A reflexão que o feedback promova, incentiva a autorregulação como demonstrado nas próximas frases:

"Então acho que o feedback é importante nisso, para poder despertar as necessidades dos residentes e assim, eles possam ter um insight da auto regulação. Ele(o feedback) aponta."(Preceptor 6)

"...com os feedbacks eu consigo pensar no que eu estou fazendo na hora. Porque se eu não recebo, talvez eu comece a ficar muito no automático e não faça uma auto-percepção né?"(Residente 5)

"Acho que esses feedbacks facilitam a autocrítica."(Residente 6)

Segundo Aggarwal(2016), o *feedback* verbal bem direcionado pode melhorar a confiança na tarefa e autoanálise dos alunos, corroborando para o achado encontrado nesta pesquisa.

A reflexão sobre seu próprio desempenho associado a identificação de lacunas para direcionamento do aprendizado, além de metas realizáveis, faz com que o *feedback* seja uma essencialidade da educação emancipatória.

Apesar disto, o *feedback* nem sempre é aceito por todos e feito de uma maneira que todos se sintam iguais, nas suas desigualdades, como Ranciere(2018) afirmou. Isto pode ser exemplificado a seguir:

"(o Mini-cex)Era um lugar de desencontro de poder: quando você está com uma folha para avaliar, existe uma hierarquia de poderes. É muito diferente do FAT(feedback avaliativo trimestral), que todos podem ouvir e falar da mesma forma e não existe uma nota." (Preceptor 3)

"Uma questão que estamos trabalhando é ter esses espaços da opinião dos residentes sobre o nosso trabalho. Ali no FAT(feedback avaliativo trimestral) a gente tem esse momento, mas existe a dificuldade de dar esse feedback para o programa, preceptores e coordenação. Precisamos ouvir os residentes, às vezes pode ser duro, às vezes verdadeiro, mas ainda falta bastante. Só o próprio formato do FAT ser 1 residentes com vários preceptores e coordenação, já não é horizontal. " (Preceptor 1)

"(O feedback avaliativo trimestral) É uma exposição muito grande. Tem pessoas que não se adaptam a essa exposição. Teve gente que não conseguiu criticar o que queria."(Residente 4)

Feedback: muleta ou trampolim para educação emancipatória?

Está notório como o *feedback* move-se em direção à educação emancipatória, mas seria possível ele se afastar dela? Se sim, como isso seria possível? Foi reconhecido pelos participantes desta pesquisa que o *feedback* pode criar a expectativa de se ter sempre um terceiro a dar esse retorno do desempenho e isso pode, criar dependência deste processo.

"Eu acho que às vezes tem gente que fica muito dependente de ter alguém aí dando uma evolutiva, e se não tiver alguém, ai pronto, ai descansa bastante." (Residente 8)

"Ao mesmo tempo eu acho que isso pode gerar como se fosse uma muleta. As pessoas tem muito essa muleta de que eu vou ter esse feedback sempre." (Residente 3)

É de suma importância reconhecer que apesar dos discentes e docentes construírem um caminho pedagógico com interseções, cada um faz seu próprio caminhar, defendido nas falas seguintes:

"A gente dá ali o apoio, um pouco do caminho, quais pedras pular, mas quem vai ter que seguir o caminho mesmo é o residente ou o interno."(Preceptor 6)

"Mas o feedback pode ser esse momento do preceptor te acompanhar mas você também tem seu próprio caminho."(Residente 8)

"A pessoa tem que entender a importância e tomar aquele processo para si. Para a partir de então, ela entender que o processo é dela mesmo." (Preceptor 6)

Impedimentos de aproximação do *feedback* formativo com a educação emancipatória

Os fatores de afastamento do *feedback* com a educação emancipatória encontrados pelos participantes foram: a pressão assistencial, críticas destrutivas, sinceridade no processo, ausência do *feedback*, qualificação do corpo docente ao ofertar *feedback*. Esses obstáculos foram demonstrados nas elocuições a seguir:

"A pressão assistencial é um fator de afastamento dessa educação emancipatória."(Residente 9)

"Tudo aquilo que acaba sendo destrutivo, que te leva a um sofrimento. Acho que críticas sem sentido. Aqui isso nunca aconteceu, mas eu sei que não é o padrão de todas as residências." (Residente 11)

"O feedback é muito bom, mas um limite dele é que ele depende do quanto você vai ser honesto." (Residente 7)

A apropriação do *feedback* pelo corpo docente é imprescindível para um bom *feedback*, e para isso existem dois desafios: formação de preceptores com experiência em *feedback* e tempo hábil para fazê-lo:

"Quando o feedback não acontece, ele se afasta da educação emancipatória, e esse é o nosso desafio principal. A gente tem uma disposição para, mas às vezes é atropelado pela rotina."(Preceptor 5)

"Em outros cenários onde ocorra esse feedback mas o preceptor não está apropriado, talvez não construa essa educação nesse sentido e sim caminhe para um feedback mais verticalizado, transferencial e não dialógico, não colaborativo e formativo."(Preceptor 5)

"A principal questão é como este feedback é dado, se os preceptores estão capacitados para fazê-lo de forma positiva construtiva. A frequência que mudam e a dificuldade de formação dos preceptores, e mesmo nossa, e o tempo disponível para isso são os principais obstáculos."(Coordenador 2)

"Olha, eu acho que tem uma relação positiva sim, o feedback ajuda nesse objetivo de formação, mas os preceptores precisam estar formados para fazer isso..., (o feedback) é uma técnica, uma habilidade que o preceptor precisa ter para poder ajudar o residente a chegar nesse lugar." (Residente 8)

Cursos sobre *feedback* são importantes para a execução com confiança, mas é a própria prática que irá consagrar o *feedback*, como foi observado pelos preceptores:

"Acho que me instrumentalizou. A gente treinou bastante prática lá, não foi só teoria. Então não só forneceu os instrumentos como conseguiu aplicá-los na prática para perder um pouco o medo do "pôr em prática" na vida real."(Preceptor 4)

"Acho que esses cursos foram importantes mas não foram eles que definiram como a gente faz. Eu acho que é mais algo vivencial." (Preceptor 3)

Espaços de troca sobre *feedback* são escassos e importantes na percepção dos preceptores:

"Não temos espaços protegidos para refletir sobre o feedback. Isso acontece informalmente quando a gente se encontra durante os nossos turnos de preceptoria." (Preceptor 6)

Existe um *feedback* que caminha mais para educação emancipatória?

Dos *feedbacks* ofertados pela RMFC UFRJ/ENSP: o *feedback* ombro a ombro com preceptor, realização de Mini-Cex, *Feedback* Avaliativo Trimestral qual pode ir mais de encontro a uma educação emancipatória?

Para alguns, não se trata de ter um melhor.

"Eu não veria um mais importante que o outro não, eu gosto de todos." (Residente 11)

"É difícil de responder o que tem mais impacto, acho que a gente tem funções diversas."(Preceptor 4)

Já outros participantes reconheceram os *feedbacks* diários com preceptor/Mini-Cex:

"Eu acho que é quando acompanham uma consulta minha. Eu acho que é o que mais eu levo em consideração porque viu como que eu tô ali na hora."(Residente 5)

Porém, a maioria apontou para o *feedback* avaliativo trimestral(FAT) como maior promotor da educação emancipatória, por ser longitudinal, protegido institucionalmente, possuir perspectivas de outros preceptores e coordenadores e ser um marco na reflexão dos últimos três meses da residência:

"Tem uma reflexão maior sobre o processo de aprendizado e não tem só a opinião do preceptor direto. Tem a visão de outros preceptores que dão uma visão diferente."(Residente 10)

"Acho que tem um espaço de fala, porque antes de iniciar feedbacks e devolutivas a própria pessoa é levada a refletir sobre os últimos três meses. Acho que é bom construir essa linha do tempo ao longo da residência. Acho legal ter esse espaço de fala mais aberto que estimula a reflexão, que estimula a traçar essa linha do tempo."(Preceptor 8)

"O FAT é um espaço construído para gente pensar junto, e o dia-a-dia não é tão protegido assim."(Preceptor 3)

"É o espaço de reflexão formal que junto com a avaliação dos portfólios permite a construção do processo formativo dos Residentes."(Coordenador 2)

"É uma forma de gerar mais independência, porque mesmo que você não fique checando tudo, você começa a refletir sobre a prática."(Residente 6)

5.0 CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, ficou claro que a saúde coletiva e a medicina de família são palcos do protagonismo do *feedback* durante a graduação médica e são as disciplinas de primeiro contato com *feedback* formativo. Isso é de suma importância, porque os internos e residentes poderão utilizar essa ferramenta tão importante e sem muito estranhamento, quando estes forem preceptores, professores ou médicos. E eles realmente almejam receber *feedbacks* durante seu processo de formação.

Verificou-se um acúmulo geracional da frequência de *feedback* na graduação médica, ou seja, os residentes tiveram mais *feedback* que seus preceptores, que tiveram mais *feedbacks* que os seus coordenadores. Isso pode ser explicado pela importância das diretrizes curriculares nacionais(DCN) no contexto de uma educação emancipatória e que ombréia o *feedback* nas suas práticas pedagógicas; mas também pela qualificação dos preceptores com relação à prática de *feedback*.

O conceito de *feedback* formativo que os residentes, preceptores e coordenadores possuem, está em consonância com a literatura utilizada nesta dissertação e presente nos autores de referência. O *feedback* formativo foi reconhecido como gerador de confiança nos residentes que acabaram de se formar e estão construindo sua identidade médica; consegue explorar subjetividades que são observadas do dia-a-dia; consolida aprendizados; iluminam as lacunas do processo de aprendizado que precisam ser melhoradas e propõe um plano real para tal; ele vem de uma observação da prática do residente e por isso é contextualizado e endereçado para cada residente em seu próprio processo de aprendizagem; serve como um fio guia para alcançar as competências necessárias para formação em medicina de família e comunidade; é dialógico; e permeado por um auto reflexão e autoconhecimento. Por isso, o *feedback* pode ser um caminho para educação emancipatória: ele é uma ferramenta poderosa de imersão na própria identidade médica de uma forma não neutra, reflexiva e empoderadora.

O *feedback* no contexto da residência de MFC UFRJ/ ENSP demonstra sua importância já que aprimora o desenvolvimento global e específico de cada residente, mas

necessita diálogo e de comprometimento institucional que garanta qualidade na formação dos preceptores e tempo protegido para que ele seja realizado na agenda atarefada do corpo docente. Ele é uma ferramenta que confere movimento e dinamicidade ao processo de avaliação, porque gera reflexão, mudança gradual de comportamento e estabelece planos de aprendizagem. Ele não é o destino final, mas sim a jornada de aprendizado que pode manter a dinamicidade do processo de aprendizado.

Apesar do exposto, existe ainda uma desigualdade neste caminho. Os residentes recebem muito mais *feedbacks* do que os próprios preceptores e coordenadores. Se o *feedback* é tão importante para os residentes, e foi inclusive reconhecido como uma ferramenta dialógica, não se deveria garantir ter mais oportunidades- subjetivas ou institucionalizados- para ofertar esses *feedbacks* para os preceptores e coordenadores?

Com relação à educação emancipatória, os três protagonistas tiveram semelhanças com relação ao conceito de autonomia. Os residentes focaram mais nos aspectos relativos ao seu próprio caminhar médico, enquanto os preceptores e coordenadores tiveram um olhar mais amplo sobre o processo de formação do médico residente e seu papel político em transformar a realidade, abrangendo as necessidades de saúde da população em que está se trabalhando.

O uso de *feedback* pode facilitar um continuum para uma educação emancipatória- seu reforço positivo aumenta a autonomia dos residentes e aprendizagens, estimula a descoberta da motivação do aprendizado, faz planos de ensino realistas e extrapola o currículo de competência da especialidade, enquanto as críticas servem para clarear as lacunas das competências que precisam ser desenvolvidas pelos residentes- provendo então reflexão, autonomia, liberdade e implicação no papel do médico de família enquanto transformador social. E isso pode estender-se às outras especialidades, não deve somente ser do domínio da medicina de família e comunidade.

Um cuidado às arapucas: o *feedback* pode ser como uma muleta no processo de aprendizagem, se o aluno criar uma dependência dele para refletir sobre suas próprias práticas; necessita de formação constante e práticas de qualidade pelo corpo docente;

precisa ter cuidado para não ser destrutivo e carece de honestidade. O principal desafio apontado é de se concretizá-lo em uma agenda cheia de compromissos.

O *feedback* avaliativo trimestral foi apontado como maior propulsor da educação emancipatória por ser dialógico, compartilhar plano de aprendizagem, ser um espaço de troca com outros docentes e por permitir uma reflexão sobre os últimos três meses do residente e ser, realmente, um marco temporal de crescimento. Mas será que as residências de medicina de família e comunidade estão se empenhando para realizá-lo de forma regular? Será que reconhecem a potência desse instrumento, em prover uma educação emancipada, para o seu programa de residência médica? Surge a necessidade de ponderar sobre essa ferramenta, porque podemos estar perdendo uma grande oportunidade de influenciar de maneira decisiva a formação de médicos que sejam mais reflexivos e emancipados.

Apesar da RMFC UFRJ/ENSP ter em seus pressupostos pedagógicos uma prática de educação emancipatória e o *feedback* ser essencial para torná-la realizável, a realidade revela desafios reais de lateralização da avaliação e do *feedback*, reafirmação das hierarquias intelectuais e uma agenda cheia de compromissos dos docentes. Espaços de trocas sobre o *feedback* são escassos, mas importantes para o florescimento da educação emancipatória por permitirem reflexão sobre o continuum de desenvolvimento do programa de residência médica.

Acredito que esta pesquisa possa aumentar o escopo de reflexão acerca da importância do *feedback* formativo ainda na graduação de medicina e posteriormente no contexto da residência médica- incluindo a especialidade estudada nesta dissertação- para promoção efetiva de uma educação emancipatória legitimada no cotidiano de um sistema de saúde que necessita de formação de médicos que lutem para melhorar as condições de saúde do país e superem o paradigma biomédico que aprisiona e descontextualiza a prática médica. E os desafios são enormes.

REFERÊNCIAS

- AGGARWAL, M., SINGH,S., SHARMA, A., SINGH, P. **Impact of structured verbal feedback module in medical education: A questionnaire- and test score-based analysis**. Int J Appl Basic Med Res. 2016 Jul-Sep;6(3):220-5.
- ALMEIDA, A. M. F. da P. M. **A avaliação da aprendizagem e seus desdobramentos**. Campinas, v. 2, p. 37-49, 1997.
- Al-Mously, N., Nabil, N. M., Al-Babtain, S. A., & Fouad Abbas, M. A. (2014). **Undergraduate medical students' perceptions on the quality of feedback received during clinical rotations**. Medical Teacher, 36(sup1), S17–S23.
- ALVES, L. P. **Portfólios como instrumentos de avaliação dos processos de ensinagem**: In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. Processos de ensinagem na Universidade. 3. ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 2004.
- ALVES, R. **A alegria de ensinar**. 14. ed. Campinas, SP: Papirus, 2012.
- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE (ABIM). **Assessment tools**. Disponível em:<<https://www.abim.org/program-directors-administrators/assessment-tools/mini-cex.aspx>>. Acesso em: 8 ago. 2018.
- ANDERSON, M. I. P.; CASTRO FILHO, E. D.; GUSSO, G. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista de APS**, v. 8, p. 61-67, 2005a. n.1.
- ANDERSON, M. I. P.; DEMARZO, M. P.; RODRIGUES, D. R. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária a Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Rev Bras Med Fam e Com**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, out/dez 2007.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; FILHO, E. D. C. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, jan./jun 2005b.
- ARMITAGE, P.; BURNARD, P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. **Nurse Educ Today**, v. 11, n. 3, p. 225-229, 1991.
- AUSUBEL, D. P. **The Acquisition and Retention of Knowledge: A Cognitive View**. Springer Science & Business Media, 2012. 212 p.
- AZEVEDO, F. et al. **Manifestos dos pioneiros da Educação Nova (1932) e dos educadores 1959**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana, 2010. 122 p.
- BABBIE, E. **The practice of social research**. 4. ed. Belmont: Wadsworth Publ., 1986.

BAIN, L. Preceptorship: a review of literature. **Journal of Advanced Nursing**, v. 24, n. 1, p. 104-107, 1996.

BARDIN, L. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARONDESS, J. The GPEP report. III: Faculty involvement. **Ann Intern Med**, v. 103, p. 454-455, 1985.

BARRETO, I. C. H. C.; OLIVEIRA, E. M.; ANDRADE, L. O. M.; MARTINS, J. T.; OSAWA, M.; VICENTE, A. et al. A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala. **Sanare: Rev Políticas Públicas**, v. 2, n. 3, p. 18-28, 2000.

BARRETO, V. H. et al. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BENNETT, T.M. The relationship between the subordinate's perception of the leadership style of IT managers and the subordinate's perceptions of IT manager's ability to inspire extra effort, to be effective, and to enhance satisfaction with management. **Allied Acad Int Conf Acad Strategic Manage Proc**, v. 8, n. 11, 2009.

BERELSON, B. **Content analysis in communication research**. New York, 1952.

BIENSTOCK, J.L., KATS, N.T., CIX, S.M., et al. **To the point: medical education reviews—providing feedback**. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:508 –13

Bing-You, R., VARAKLIS, K., HAYES, V., TROWBRIDGE, R., KEMP, H., & McKELVY, D. (2018). The Feedback Tango. **Academic Medicine**, 93(4), 657–663.

BLACK, A.; WILLIAN, D. Assessment and classroom learning. **Assessment in Education**, v. 5, n. 1, p. 7-74, 1998.

BOENDERMAKER, P.M.; SCHULING, J.; MEYBOOM-de JONG, B.; ZWIERSTRA, R.P.; METZ, J. C. M. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? **Fam Pract**, n. 17, p. 547-53, 2000.

BONB, W.; HARTMANN, H. Konstruierte Gesellschaft, rationale Deutung- Zum Wirklichkeitscharakter soziologischer Diskurse. In: BONB, W.; HARTMANN, H. (Eds.). **Entzauberte Wissenschaft: Zur Realität and Getlung soziologischer Forschung**. Gottingen: Schwartz, p. 9-48.

BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

EPSTEIN, R. M. Assessment in Medical Education. **N Engl J Med**, v. 356, p. 387-96, 2007.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.

FERNANDES, D. Para uma teoria da avaliação formativa. **Revista Portuguesa de Educação**. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/374/37419203/>>. Acesso em: 16 jun. 2018.

FEUERWERKER, L. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)

FLICK, U. **Qualitative Forschung**: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. [Pesquisa qualitativa: teoria, métodos, aplicação na psicologia e nas ciências sociais]. Reinbek: Rowohlt, 1995.

_____. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista qualitativa. **Paideia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FRASER, S. W.; GREENHALGH, T. Coping with complexity: educating for capability. **BMJ**, v. 323, p. 799-803, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 63. ed. São Paulo 2017: Paz e Terra, 2017. 253 p.

_____. **The politics of education**: culture, power, and liberation. Westport, CT: Bergin and Garvey, 1985. 209 p.

GADOTTI, M. **História das ideias pedagógicas**. 8. ed. São Paulo: Ática, 1999. 319 p.

GALLOWAY, C. **Psicologia da aprendizagem e do ensino**. São Paulo: Cultrix, 1976.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 323 p.

GERMANO, R. M.; FORMIGA, J. M. M.; BEZERRA, M. N. M.; VILAR, R. L. A.; ALMEIDA, J. J. J. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In: Castro JL. Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto. **Observatório RH-NESC/UFRN**. Natal, p. 105-32, 2007.

GIBBS, G.; SIMPSON, C. Conditions under which assessment supports student's learning. **Learning and Teaching Higher Education**, v. 1, p. 3-31, 2004.

GIL, D.H., HEINS, M., JONES, P.B. **Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback.** J Med Educ 1984;59(pt 1):856-64.

GOOGLE. Google Earth. Clínica da Família Wilma Costa. Disponível em: <<https://www.google.com/earth/>>. Acesso em: 31/07/2018

GUSSO, G., LOPES, J.M.C.(Org). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012

HAFFERTY, F.W., FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994;69(11):861-71.

HAFFERTY, F.W. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998;73(4):403-7

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

HAMID, Y. MAHMOOD,S.Understanding constructive feedback: a commitment between teachers and students for academic and professional development. **J Pak Med Assoc.** 2010 Mar;60(3):224-7.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The Power of Feedback. **Review of Educational Research.** University of Auckland, v. 77, p. 81-112. Issue 1.

HAYES, V., BING-YOU, R., VARAKLIS, K., TROWBRIDGE, R., KEMP, H., & McKELVY, D. (2017). Is feedback to medical learners associated with characteristics of improved patient care? **Perspectives on Medical Education**, 6(5), 319-324.

HEIDEGGER, M. **What is Called Thinking?** London: Harper & Row, p. 14-15, 1968.

HOUNSELL, D. Student feedback, learning and development. In: STOWEY, M.;WATSON, D. (Eds). **Higher education and the lifecourse** (Maidenhead, Open University Press), 2003. 209 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População da Cidade do Rio de Janeiro.** 2018. Disponível

em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

IZECKSOHN, M. M. V.; JUNIOR, J. E. T.; STELET, B. P.; JANTSCH, A. G. Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 737-746, 2017.

JENSEN, A. R.; WRIGHT, A. S.; KIM, S.; HORVATH, K. D.; CALHOUN, K. E. Educational feedback in the operating room: a gap between resident and faculty perceptions. **Am J Surg**, v. 204, n. 2, p. 248-2, 2012.

JOVCHELOVICH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Entrevista Narrativa: In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, p. 90-113, 2002.

KANT, I. **Immanuel Kant: textos seletos**. Petrópolis: Vozes, 2005.

KATZ, P. O. Providing feedback. **Training Endoscopy**, v. 5, n. 2, p. 347-555, 1995.

KERRIDGE, A. Feedback for Success. Wellington, New Zealand: 16th International First Year in Higher Education Conference, 2013.

KONDER, L. **O que é dialética**. 28. ed. Brasiliense, v. São Paulo, 2004.

LEACH, D. C. Competence is a habit. **JAMA**, v. 287, p. 243-4, 2002.

LEMME, P. **Memórias**. São Paulo: Cortez, v. 3, 1988.

LEÃO, A. M. C. A influência do iluminismo nas políticas educacionais atuais: em pauta a cidadania. **Diversa**, v. 2, p. 69-84, jul/dez 2008.

MAIA, M. V. **O portfólio reflexivo eletrônico na educação médica**: uma análise da experiência do internato eletivo em Anestesiologia com base na Teoria da Aprendizagem Significativa. Dissertação (Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B., ARAÚJO, J. G. C. (Org). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. 390 p.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, v. 50, n. 4, p. 370-96, 1943..

MENEZES, M.G., SANTIAGO, M.E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. **Pro-Posições**, v. 25, p. 45-62, set/dez 2014.

MICHALEC, B. The pursuit of medical knowledge and the potential consequences of the hidden curriculum. *Health*. 2011;16(3):267–81

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health** v. 5, n. 3, p. 410, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and Qualitative Methods: Opposition or Complementarity?. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul/set 1993. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, C.O.F, DIAS, M.S.A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação Curriculum guidelines for health and alterations in health and education models. **ABCS Health Sci**, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

NEIGHBOUR, R. **The Inner Apprentice**: An Awareness-Centred Approach to Vocational Training for General Practice. 2. ed. Boca Raton: CRC Press, 2004.

NICOL, D. J.; BOYLE, J. T. Rethinking formative assessment in HE: a theoretical model and seven principles of good feedback practice. **Higher Education Academy**, 2004.

NICOL, D. J.; MacCFARLANE-DICK, D. Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. **Studies in Higher Education**, v. 31, n. 2, p. 199-218, April 2006.

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

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

OTICS. 2018. Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Disponível em :<<http://sms-cse-germanosinvalfaria.blogspot.com/>>. Acesso 10/07/2018.

PAGLIOSA, L.P.; DA ROS, M.A. **O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal**. Revista Brasileira de educação médica 32 (4) : 492–499; 2008.

PALMER, A. P. (Org). **Grandes Educadores Modernos**: de Piaget a Paulo Freire. São Paulo: Contexto, 2007.

PATEY, R. E. Identifying and assessing non-technical skills. **The Clinical Teacher**, v. 5, p. 40-44, 2008.

PASSI, V. JOHNSON, S., PEILE, E., WRIGHT, S. HAFFERTY, S., JOHNSON, N. Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27, *Medical Teacher*, 35:9.2013

PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regularização das aprendizagens: entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

PIAGET, J. **Epistemologia Genética**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. **O nascimento da inteligência na criança**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

PINTRICH, P. R. **Understanding self-regulated learning**. San Francisco: Joey- Bass, 1995.

PINTO, A. V. **Sete lições sobre educação de adultos**. São Paulo: Cortez, 1992.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Nursing research: principles and methods**. 3. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1987.

POULOS, A. , MAHONY, M.J. **Effectiveness of feedback: the students' perspective**. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 2008; 33(2):143-54.

Prefeitura do Rio de Janeiro. **Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro: 2009 à 2012**. 2009. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6616925/4178940/planejamento_estrategico_site_01.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

PRICINOTEL, S.C.M.N., PEREIRA, E.R.S. **Percepção de Discentes de Medicina sobre o Feedback no Ambiente de Aprendizagem**. *Revista Brasileira de Educação Médica* 473 40 (3) : 470 – 480 ; 2016.

RACE, P. Putting feedback right: Getting better feedback to more students in less time. **Paper presented at Designs on Assessment Conference**, Leeds Metropolitan University, July 27, 2009. Retrieved June 23, 2009

RAMANI, S., KRACKOV, S.K. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. **Med Teach**. 2012;34:787–791.

RAMAPRASAD, A. On the definition of feedback. **Behavioral Science**, v. 28, p. 4-13, 1983.

RAMSDEN, P. **Learning to teach in higher education**. 2. ed. London: Routledge Falmer, 2003.

RANCIERE, J. **O mestre ignorante - cinco lições sobre a emancipação intelectual**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

REULER, J. B.; NARDONE, D. A. Role modeling in medical education. **West J Med**, v. 160, p. 335-337, 1994.

RHIRY-CHERQUES, R.H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Rev PMKT [Internet]**. 2009. Disponível em: <http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

RODRIGUES, R.D. **Hospital Universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS: 1999**(tese). Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

RODRIGUES, R.D. **A crise da medicina: prática e saber**(dissertação). Rio de Janeiro: UERJ, 1979.

ROGERS, C. **Freedom to learn for the 80's**. Columbus: Charles Merrill, 1983. 26 p.

ROGERS, D. A. et al. **Engaging medical students in the feedback process**. *American Journal of Surgery*, v. 203, n. 1, p. 21-25, 2012.

RUMMERT, S. M. A atualidade das contribuições de Paschoal Lemme e de Álvaro Vieira Pinto à educação dos adultos. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, v. 4, n. 7, 2016.

SADLER, D. R. Formative assessment and the design of instructional systems. **Instructional Science**, v. 18, June 1989.

_____. Formative assessment: revisiting the territory. **Assessment in Education; Academic Research Library**, v. 5, 1, p. 77, Mar 1998.

SANTOS, J. D. A; MELO, A. K. D.; LUCIMI, M. Uma breve reflexão retrospectiva da educação brasileira (190-2000): implicações contemporâneas. IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil". **Anais eletrônicos**. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em:<http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/7.23.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

SAVIANI, D. Breves considerações sobre fontes para a história da educação. **Revista HISTEDBR On-line**. Campinas, v. especial, p. 28-35, ago 2006. ISSN: 1676-2584.

_____. Organização da Educação Nacional: Sistema e Conselho Nacional de Educação, Plano e Fórum nacional de educação. **Educ. Soc.** Campinas, v. 31, n. 112, p. 769-787, jul.-set 2010.

_____. **Educação: do senso comum à consciência filosófica**: Coleção Educação Contemporânea. 11. ed. Editora Autores Associados, 1996.

SCHÖN, D. A. **The Reflective Practitioner**: How Professionals Think in Action. New York: Basic Books, 1983.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro PMS 2014 – 2017 Secretaria Municipal de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

_____. **Relatório de Gestão CAP 3.1**. 2016. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6594964/4177981/RGCAP3.1.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subpav. Série histórica. Disponível em: <https://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_historico_2016.php> Acesso dia 30 de novembro de 2019.

SILVA, L. F. F.; BARACAT E.C. Medical education – historic perspective and future challenges/ Educação médica - perspectiva histórica e desafio futuros. **Rev Med**. São Paulo, v. 95 (Special Issue 1), p. 28-36, July-Aug. 2016.

SHUTE, V.J. Focus on Formative Feedback. **Review of Educational Research**, Vol. 78, No. 1 (Mar., 2008), pp. 153-189

SMSDC/RJ. Secretaria Municipal de Saúde. **Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde**. 2018. Disponível em: <<http://subpav.org>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / SBMFC. **Currículo Baseado Em Competências Para Medicina de Família e Comunidade**. 2014. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/media/Currículo%20Baseado%20em%20Competencias \(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Currículo%20Baseado%20em%20Competencias%20(1).pdf)>. Acesso em: 27 mai. 2018.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.5, p. 1327-1338, 2016.

STANEK, A., CLARKIN, C., BOULD, M.D., WRITER H., DOJA, A. Life imitating art: depictions of the hidden curriculum in medical television programs. *BMC Med Educ.* 2015;15:156.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

_____. **Primary Care: balancing health needs, services, and technology** New York: Oxford University Press, 1992.

STELET, B. P.; ROMANO, V. F.; CARRIJO, A. P. B.; TEIXEIRA JUNIOR, J. E. Reflective Portfolio: philosophical contributions to a narrative praxis in medical education. **Interface** . Botucatu, v. 21, n.60, p. 165-76, 2017.

STENDBERG, M., MANGRIO, E., BENGTSSON, M. *et al.* Formative peer assessment in healthcare education programmes: protocol for a scoping review. **BMJ Open** 2018;8:e025055.

STENFORS-HAYES, T.; HULT, K.; DAHLGREN, L. O. What does it mean to be a good teacher and clinical supervisor in medical education? **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, v. 16, p. 197-210, 2011.

TEIXEIRA, D. S. **Residência médica em medicina de família e comunidade no Rio de Janeiro: o lugar do cuidado na estrutura curricular**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

TEKIAN, A.; WATLING, C. J.; ROBERTS, T. E.; STEINERT, Y.; NORCINI, J. Qualitative and quantitative feedback in the context of competency- based education. **Medical Teacher**, v. 39, 2017.

THEODORSON, G. A.; THEODORSON, A. G. **A modern dictionary of sociology**. London: Methuen, 1970.

TIBERIO, I. F. L. C.; DAUD-GALLOTI, R. M.; TRONCON, L. E. A.; MARTINS, M. A.; **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

van der LEEUW, R.M., SLOOTWEG, I.A. Twelve tips for making the best use of feedback. **Med Teach**. 2013;35:348–351.

van de RIDDER, J.M., STOKKING, K.M., McGAGHIE, W.C., ten CATE, O.T. What is feedback in clinical education? **Med Educ**. 2008;42(2):189–197

VASCONCELLOS, C. **Avaliação: concepção dialética libertadora do processo de avaliação escolar**. 15. ed. São Paulo: Libertad, 2005.

VILLELA, F.; ARCHANGELO, A. **Fundamentos da escola significativa**. São Paulo: Loyola, 2013.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WILKINSON, S. T. et al. Preceptor Development: Providing Effective Feedback. **Hospital Pharmacy**, v. 48.1, p. 26-32, 2013.

WOOD, D. F. F. A. **Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice (ed T. Swanwick)**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2010.

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **A definição europeia de medicina geral e familiar**. Barcelona: Wonca Europa, OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2018.

WRIGHT, S. Examining what residents look for in their role models. **Acad Med**, v. 71, p. 290-292, 1996.

WYNNE, H.; JAMES, M. Assessment and Learning: differences and relationships between formative and summative assessment. **Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**. **Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**, v. 4, n. 3, p. 365-379, 1997.

YARRIS, LM. LINDEN, J.A., GENE HERN, H., LEFEBVRE, C., NESTLER, D.M. FU, R., CHOO, E., LaMantia J., BRUNETT, P.; Emergency Medicine Education Research Group (EMERGe). Attending and resident satisfaction with feedback in the emergency department. **Acad Emerg Med**. 2009 Dec;16 Suppl 2:S76-81.

YORKE, M. Formative assessment in higher education: Moves towards theory and the enhancement of pedagogic practice. **Higher Education**, v. 45, n. 4, p. 477-501, 2003.

ANEXO A

Roteiro para Entrevista com Residentes de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública

Pesquisa do Mestrado Multiprofissional em Atenção Primária- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital São Francisco de Assis
Pesquisadora: Júlia Düringer Jacques de Lima
Orientadora: Valéria Ferreira Romano

Sujeitos da pesquisa: Residentes de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública

Dados da Identificação:

Raça/Cor:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: Data de conclusão da graduação de Medicina:

Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde:

Tempo de permanência no local de trabalho:

Questões norteadoras:

- 1- O que é *feedback* para você, como o conceitua? E o *feedback* formativo?
- 2- O que é educação emancipatória para você, como a conceitua?
- 3- Se na sua graduação de medicina teve oportunidade de receber *feedback*, como percebe ter sido esta experiência? Que relações estabelece entre o *feedback* da graduação e o *feedback* ofertado pela sua Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ?
- 4- Considerando seu processo de ensino aprendizagem na Residência, como percebe ser a relação entre o *feedback* ofertado e a construção da sua formação em saúde?
- 5- Qual a relação entre *feedback* formativo e a educação emancipatória proposta pela RMFC?
- 6- Até o momento da sua Residência, qual o melhor e pior *feedback* recebido? E ofertado? Caracterize-os.
- 7- Qual tipo de *feedback* formativo: MiniCex, *Feedback* Avaliativo Trimestral, *Feedbacks* Construtivos, ofertados pela RMFC UFRJ/ENSP você acha que possui maior relevância no contexto de uma educação emancipatória? Por quê?
- 8- Quais mecanismos impedem e aproximam o *feedback* formativo com a educação emancipatória?
- 9- A auto-regulação das aprendizagens é um aspecto essencial para educação emancipatória. Quais competências o *feedback* formativo facilita na auto-regulação das aprendizagens?
- 10- Quais características você percebe ser imprescindíveis para um preceptor quando este oferta *feedback* formativo? E do residente quando recebe *feedback*? E do corpo coordenador?

Os autores (2018)

Roteiro para Entrevista para os Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública

Pesquisa do Mestrado Multiprofissional em Atenção Primária- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital São Francisco de Assis
 Pesquisadora: Júlia Düringer Jacques de Lima
 Orientadora: Valeria Ferreira Romano

Sujeitos da pesquisa: Preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública

Dados da Identificação: Raça/Cor: Sexo: () Feminino () Masculino Idade:
 Data de conclusão da graduação de Medicina:
 Local de conclusão da graduação de Medicina:
 Há quanto tempo é Médico de Família?
 Há quanto tempo atua como preceptor da residência de Medicina de Família e Comunidade?
 Há quanto tempo é ou foi preceptor deste programa de residência médica?

Questões norteadoras:

- 1- O que é *feedback* para você, como o conceitua? E o *feedback* formativo?
- 2- O que é educação emancipatória para você, como a conceitua?
- 3- Se na sua graduação de medicina teve oportunidade de receber *feedback*, como percebe ter sido esta experiência? Que relações estabelece entre o *feedback* da graduação e o *feedback* ofertado pela sua Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ?
- 4- Considerando o processo de ensino aprendizagem na Residência, como percebe ser a relação entre o *feedback* ofertado e a construção de formação em saúde dos residentes?
- 5- Qual a relação entre *feedback* formativo e a educação emancipatória proposta pela RMFC?
- 6- Até o momento da sua Residência, qual o melhor e pior *feedback* ofertado? E recebido? Caracterize-os.
- 7- Qual tipo de *feedback* formativo: MiniCex, *Feedback* Avaliativo Trimestral, *Feedbacks* Construtivos, ofertados pela RMFC UFRJ/ENSP você acha que possui maior relevância no contexto de uma educação emancipatória? Por quê?
- 8-Quais mecanismos impedem e aproximam o *feedback* formativo com a educação emancipatória?
- 9- A auto-regulação das aprendizagens é um aspecto essencial para educação emancipatória. Quais atributos o *feedback* formativo facilita na auto-regulação das aprendizagens?
- 10- Quais características você percebe ser imprescindíveis para um preceptor quando este oferta *feedback* formativo? E do residente quando recebe *feedback*? E do corpo coordenador?
- 11- Você já fez cursos de especialização que abordava o *Feedback*? Quais? Como isso influenciou sua prática?
- 12- Quais espaços são propícios para refletir e dividir aprendizados sobre *Feedback*?

Os autores (2018)

Roteiro para Entrevista para os Coordenadores da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola Nacional de Saúde Pública

Pesquisa do Mestrado Multiprofissional em Atenção Primária- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital São Francisco de Assis

Pesquisadora: Júlia Düringer Jacques de Lima

Orientadora: Valeria Ferreira Romano

Sujeitos da pesquisa: Coordenadores da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola Nacional de Saúde Pública

Dados da Identificação: Raça/Cor: Sexo: () Feminino () Masculino Idade:

Data de conclusão da graduação de Medicina:

Local de conclusão da graduação de Medicina:

Possui especialização em Medicina da Família? Há quanto tempo?

Há quanto tempo atua como coordenador da residência de Medicina de Família e Comunidade?

Já foi preceptor deste programa de residência médica?

Questões norteadoras:

- 1- O que é *feedback* para você, como o conceitua? E o *feedback* formativo?
- 2- O que é educação emancipatória para você, como a conceitua?
- 3- Se na sua graduação de medicina teve oportunidade de receber *feedback*, como percebe ter sido esta experiência? Que relações estabelece entre o *feedback* da graduação e o *feedback* ofertado pela sua Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) ?
- 4- Considerando o processo de ensino aprendizagem na Residência, como percebe ser a relação entre o *feedback* ofertado e a construção da sua formação em saúde dos residentes?
- 5- Qual a relação entre *feedback* formativo e a educação emancipatória proposta pela RMFC?
- 7- Qual tipo de *feedback* formativo: MiniCex, *Feedback* Avaliativo Trimestral, *Feedbacks* Construtivos, ofertados pela RMFC UFRJ/ENSP você acha que possui maior relevância no contexto de uma educação emancipatória? Por quê?
- 8-Quais mecanismos impedem e aproximam o *feedback* formativo com a educação emancipatória?
- 9- A auto-regulação das aprendizagens é um aspecto essencial para educação emancipatória. Quais atributos o *feedback* formativo propicia na auto-regulação das aprendizagens?
- 10- Quais características você percebe ser imprescindíveis para um preceptor quando este oferta *feedback* formativo? E do residente quando recebe *feedback*? E do corpo coordenador?
- 11- Você já fez cursos de especialização que abordava o *Feedback*? Quais? Como isso influenciou na sua prática?
- 12- Sob uma perspectiva histórica, quais avanços e desafios do *feedback* formativo em direção a educação emancipatória? Quais espaços para refletir os aprendizados sobre *Feedback* formativo?
- 13- Os preceptores costumam receber *feedback* do corpo coordenador ou dos residentes? Como acontece, e quais são os desafios e potencialidades?

Os autores (2018)

APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PARA OS RESIDENTES, CORPO COORDENADOR E PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO(UFRJ) E ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA(ENSP)

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO</p> <p>PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL</p> <p>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</p>	
---	--	---

UFRJ Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: “Contribuições do *Feedback* Formativo na educação emancipatória: um caminho possível? Análise das percepções de discentes e docentes da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Escola

Nacional de Saúde Pública”, que tem como objetivo central: conhecer as percepções que residentes, coordenadores e preceptores do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro /Escola Nacional de Saúde Pública possuem sobre o feedback formativo e sua relação com a educação emancipatória.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Sua participação não é obrigatória e consistirá em realização de entrevista individual e grupo focal. Todo material será gravado, caso haja consentimento, e posteriormente transcrito e analisado. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos como constrangimento em responder perguntas ou evocar memórias, desconforto ou constrangimento em gravação de áudio, ou físicas como cansaço ao participar da pesquisa. A pesquisadora responsável pela realização do estudo se compromete a prestar assistência imediata frente a qualquer dano mínimo ocorrido durante a pesquisa.

ASSINANDO ESSE CONSENTIMENTO, O(A) SENHOR(A) NÃO DESISTE DE NENHUM DE SEUS DIREITOS. ALÉM DISSO, O(A) SENHOR(A) NÃO LIBERA O PESQUISADOR DE SUAS RESPONSABILIDADES LEGAIS E PROFISSIONAIS NO CASO DE ALGUMA SITUAÇÃO QUE LHE PREJUDIQUE. A SUA PARTICIPAÇÃO É INTEIRAMENTE VOLUNTÁRIA. UMA VEZ ACEITANDO PARTICIPAR DESTA PESQUISA, O(A) SR(A) DEVERÁ SE SENTIR LIVRE PARA ABANDONAR O ESTUDO. A QUALQUER MOMENTO DO CURSO DESTA, SEM QUE ISTO AFETE O SEU CUIDADO OU RELACIONAMENTO FUTURO COM ESTA INSTITUIÇÃO. O PESQUISADOR DESTA ESTUDO TAMBÉM PODERÁ RETIRÁ-LO DO ESTUDO A QUALQUER MOMENTO, SE ELE JULGAR QUE SEJA NECESSÁRIO PARA O SEU BEM ESTAR.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a pesquisa em formação médica em Atenção Primária à Saúde. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda do pesquisador por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa. Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos dos Comitês de Ética e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento.

Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Júlia Düringer Jacques de Lima
Pesquisadora responsável

E-mail: julia.duringer@gmail.com

Cel: 21 999542236

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-39380962

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com ou cepeeahesfa@eean.ufrj.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do

Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga (Instituição Coparticipante),

16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21)

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP:20.211-110. Tel: 213938-0962.UFRJ

Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

2215-1485 - CEP: 20031-040 -

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Autorizo a gravação da entrevista e a utilização dos dados por ela gerados, conforme o previsto neste Termo de Consentimento.

Assinatura do Participante

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019 .

APÊNDICE 2 – MINI-CEX

MINI-EXERCÍCIO CLÍNICO AVALIATIVO (Mini-CEX)

Aluno:		Data:	
Examinador:		Paciente (prontuário):	
Foco da consulta:	Complexidade da consulta (1 a 3):	Sexo:	
Tipo de consulta:	Primeiro contato com o paciente (S/N):	Horário de início da observação:	

Competências	Descritores de desempenho	Pontuação								
		Insatisfatório			Satisfatório			Superior		Não se aplica
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Entrevista clínica</i>	Facilita o paciente a contar sua história.									
	Utiliza perguntas apropriadas para obter informações adequadas.									
	Responde apropriadamente aos sinais não-verbais.									
<i>Exame físico</i>	Informa o exame físico ao paciente, sensível ao conforto dele.									
	Sequência eficiente e lógica.									
	Exame adequado ao problema clínico.									
<i>Atitudes humanísticas</i>	Mostra respeito, compaixão e empatia. Atua de forma ética.									
	Busca estabelecer vínculo, confiança.									
<i>Raciocínio e julgamento clínicos</i>	Faz lista de problemas.									
	Solicita exames complementares adequadamente.									
	Formula um plano terapêutico adequada (risco X benefícios).									
<i>Habilidade de comunicação clínica</i>	Explora perspectiva do paciente, honesto e compreensivo.									
	Explica adequadamente a solicitação de exames e tratamento proposto, obtém consentimento do paciente.									
	Utiliza linguagem compatível para compreensão do paciente.									
	Discute o plano terapêutico com o paciente.									
<i>Organização da consulta e eficiência</i>	Avalia prioridades.									
	Utiliza o tempo adequadamente. É conciso.									
	Oportuniza a consulta quando apropriado.									
	Resume o atendimento.									
<i>Competência Clínica Global</i>	Aplica apropriadamente o método do clínico centrado na pessoa.									
	Demonstra-se atento.									
	Demonstra julgamento clínico satisfatório.									
	Tem capacidade de síntese.									
	Utilização adequada dos recursos disponíveis para oferecer ao paciente.									
	Tem consciência de suas limitações.									

Horário Final da observação:	Tempo total da consulta/observação:
------------------------------	-------------------------------------

FEEDBACK IMEDIATO

Pontos positivos a destacar:	Sugestões de aprimoramento
Tempo total de feedback:	
Satisfação do aluno com o Mini-CEX	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Satisfação do avaliador com o Mini-CEX	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Assinatura do aluno:	Assinatura do avaliador:
Pontuação total do aluno:	

Foco da consulta: coleta de dados, diagnóstico, tratamento ou orientações de alta. Tipo de consulta: programada ou espontânea.



Universidade Federal
do Rio de Janeiro



Ministério de Saúde
Instituto
Cooperação Brasileira
Instituto Nacional de Saúde Carlos Chagas Filho

