



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA



GABRIELA AMORIM BARRETO

**PERCEÇÃO DO PROCESSO AVALIATIVO E SEUS INSTRUMENTOS NA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO INTEGRAL EM ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA.**

BELÉM

2017

GABRIELA AMORIM BARRETO

**PERCEPÇÃO DO PROCESSO AVALIATIVO E SEUS INSTRUMENTOS NA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO INTEGRAL EM ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA.**

Dissertação de Mestrado apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Saúde na Amazônia.

Orientadora: Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão
Co-orientadora: Dra. Silvânia Yukiko Lins Takanashi

BELÉM

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B277p Barreto, Gabriela Amorim

Percepção do processo avaliativo e seus instrumentos na Residência Multiprofissional na atenção integral em ortopedia e traumatologia / Gabriela Amorim Barroso. Belém, 2017.

112fls; il; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2017.

Orientadora: Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão

Co-orientadora: Dr. Silvânia Yukiko Lins Takanashi

1. Educação médica. 2. Especialização. 3. Ortopedia e Traumatologia. I. Galvão, Edna Ferreira Coelho. (orient.). II. Título

CDD. 21º ed 610.7

GABRIELA AMORIM BARRETO**PERCEPÇÃO DO PROCESSO AVALIATIVO E SEUS INSTRUMENTOS RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO INTEGRAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.**

Dissertação apresentada à Universidade do
Estado do Pará para a obtenção do grau de Mestre
em Ensino em Saúde na Amazônia.

Data de Apresentação: 01/12/2017

Banca Examinadora:

Orientador: Edna Ferreira Coelho Galvão

Titulação: Doutor

Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Membro: Ilma Pastana Ferreira

Titulação: Doutor

Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Membro: Robson José de Sousa Dominguez

Titulação: Doutor

Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Membro: Juarez Bezerra Galvão

Titulação: Doutor

Instituição: Universidade Federal do Oeste do Pará

Homenagem Especial

EZIL JOSÉ DOS ANJOS BARRETO (IN MEMORIAM)

De todos os ensinamentos de meu pai, sem dúvida o que eu tenho maior prazer em pôr em prática é vencer através dos estudos. E é com estes mesmos ensinamentos que pretendo criar minha filha. Pai, teu exemplo de coragem, perseverança e humildade me motivam e me impulsionam até hoje. Não existe palavra mais adequada neste momento que não seja, OBRIGADA!

Essa vitória também é sua. Amo você eternamente.

**“Combati o bom combate
Completei a carreira
Guardei a fé”.
2 Timotéo 4:7**

AGRADECIMENTOS

Sempre disse que a aprovação neste programa de mestrado foi um presente de Deus, e é óbvio que ele sabia muito bem o que estava fazendo, portanto, OBRIGADA SENHOR! Hoje eu entendo seus planos na minha vida docente.

Meu seio doía e latejava, e o leite tinha que ser despejado nos primeiros passos dessa jornada. Deixar um pedaço de mim toda vez que vinha a Belém só não era mais doloroso porque tinham anjos que zelavam por ela na minha ausência: Meus sogros Vanja e Paulo, minha mãe Zélia e meu esposo Samuel...obrigada por amarem Maria, cuidarem dela e me tranquilizarem enquanto construía mais uma página do nosso futuro. Sem vocês, não seria possível.

Minhas orientadoras Profa. Edna e Profa. Silvânia, acima de tudo mulheres vencedoras, que mais que orientações, me deram exemplos. Obrigada pela paciência e ensinamentos.

Professores ESA, por muitas vezes, vocês depositaram mais confiança em mim do que eu mesma. Obrigada pela persistência e oportunidade em poder mostrar minha capacidade.

Aos meus alunos: iniciei esta jornada na companhia de vocês. Obrigada por entenderem a minha ausência, estresse, pressa e angústias.

Tantos amigos me apoiaram com palavras de coragem, incentivo, orações, sinal de wi-fi...mas cabe aqui citar alguns que representarão a todos. Milene, lembro das suas orientações por telefone minutos antes da entrevista e por tantas vezes me incentivar e proferir palavras de incentivo e apoio. Lorena e Marcos, o que seria do meu bolso sem o cartão de crédito de vocês?! OBRIGADA!!

Belém... Ah cidade pra me trazer lembranças boas... Me acolhe tão bem quanto seus moradores: Olga e Celso, Tia Alessandra e Tia Cleude, obrigada por abrirem a porta de seus lares pra mim independente do horário de chegada do vôo.

Colegas ESA, obrigada por cada auxílio, orientação, risadas, lanches. Àtila, Jorge e Vivaldo, vocês dividiram comigo o peso da saudade de nossa terra e de nossa família, as angústias, as dores, mas também boas risadas...Foi um prazer estudar com vocês.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A avaliação deve ser um processo reflexivo sobre a aprendizagem e impulsionadora de sua continuidade, sendo um processo dinâmico e construtivista permitindo ao avaliador agir da forma mais adequada possível, objetivando a aprendizagem efetiva por parte do educando. As Residências Multiprofissionais em Saúde são programas de pós-graduação de formação prática e teórica, onde o residente é inserido em serviços de saúde por um período de dois anos, com o auxílio e orientação dos preceptores que também possuem a função de avaliadores destes residentes. Em 2013, foi instalado pela Universidade do Estado do Pará a Residência Multiprofissional de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia. O instrumento avaliativo em uso atualmente é o REGISTRO DE ATITUDES, uma tabela que lista as competências e habilidades à serem avaliadas no residente, atribuindo o preceptor notas de 0 a 10 para cada quesito. **OBJETIVOS:** Pretendeu-se com este estudo identificar a percepção dos preceptores e residentes da Residência Multiprofissional sobre o processo avaliativo vigente, seus métodos e instrumentos. **MÉTODO:** A amostragem foi composta por preceptores e residentes em atuação no HRBA. Os participantes foram ouvidos em uma entrevista estruturada com quatro questões que detectou a visão, opiniões e experiências sobre o processo avaliativo na residência. A análise dos dados seguiu os princípios da Análise de Conteúdo, onde as informações estão sendo tratadas por Categorização e Subcategorização com auxílio o Iramuteq e seguindo os princípios da Repetição e Relevância. **RESULTADOS:** O estudo demonstrou multiplicidade de saberes de residentes e preceptores sobre processo avaliativo e seus instrumentos, acusando dúvidas e insegurança no ato de Avaliar e ser avaliado, resultando em falhas durante o processo e insatisfação dos envolvidos.

Palavras-chave: Avaliação. Ensino. Residência Multiprofissional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Evaluation should be a reflexive process on learning and impelling its continuity, being a dynamic and constructivist process allowing the evaluator to act in the most appropriate way possible, aiming at effective learning by the learner. Multiprofessional Residences in Health are postgraduate programs of practical and theoretical training, where the resident is inserted in health services for a period of two years, with the help and guidance of the preceptors who also have the function of evaluators of these residents. In 2013, the Multiprofessional Residency of Integral Care in Orthopedics and Traumatology was installed by the State University of Pará. The evaluation instrument currently in use is the REGISTRY OF ATTITUDES, a table that lists the skills and abilities to be evaluated in the resident, assigning the preceptor grades from 0 to 10 for each item. **AIM:** The purpose of this study was to identify the perception of the preceptors and residents of the Multiprofessional Residence about the current evaluative process, its methods and instruments. **METHOD:** Sampling was performed by preceptors and residents of the HRBA. Participants were heard in a structured interview with four questions that detected the vision, opinions and experiences about the evaluative process in the residence. Data analysis followed the principles of Content Analysis, where information is being treated by Categorization and Subcategorization with the help of Iramuteq and following the principles of Repetition and Relevance. **RESULTS:** The study demonstrated a multiplicity of residents 'and preceptors' knowledge about the evaluation process and its instruments, which accused doubts and insecurity in evaluating and evaluating, resulting in failures during the process and dissatisfaction of those involved.

Keywords: Evaluation. Teaching. Internship, Nonmedical.

LISTA DE IUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – PIRÂMIDE DE MILLER	25
FIGURA 2 – GRÁFICO DE CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD).....	34
FIGURA 3 – DENDOGRAMA DA CHD DE UM CORPUS ANALISADO.....	36
FIGURA 4 – CORPUS COLORIDO.....	36
FIGURA 5 – DENDOGRAMA COM NUVEM DE PALAVRAS.....	37
FIGURA 6 – DENDOGRAMA ACRESCIDO DE NUVEM DE PALAVRAS.....	38
FIGURA 7 – CHD <i>CORPUS</i> “MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS – RESIDENTES.....	40
GRÁFICO 1 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “MÉTODOS E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES-RESIDENTES.....	40
FIGURA 8 – CHD DO <i>CORPUS</i> “MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS – PRECEPTORES.....	43
GRÁFICO 2 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “MÉTODOS E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES PRECEPTORES.....	43

FIGURA 9 –CHD <i>CORPUS</i> “SENTIDO E SIGNIFADO DO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS - RESIDENTES.....	47
GRÁFICO 3 - GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “SENTIDO E SIGNIFICADO DE UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – RESIDENTES.....	48
FIGURA 10 - CHD DO <i>CORPUS</i> “SENTIDO E SIGNIFADO DO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS - PRECEPTORES.....	50
GRÁFICO 4 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “SENTIDO E SIGNIFICADO DE UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – PRECEPTORES.....	51
FIGURA11 – CHD DO <i>CORPUS</i> “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS – RESIDENTES	55
GRÁFICO 5 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – RESIDENTES.....	55
FIGURA 12 - CHD DO <i>CORPUS</i> “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”	

ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS - PRECEPTORES.....	58
GRÁFICO 6 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – PRECEPTORES.....	58
FIGURA 13 – CHD DO <i>CORPUS</i> “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS – RESIDENTES.....	62
GRÁFICO 7 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – RESIDENTES.....	62
FIGURA 14 – CHD DO <i>CORPUS</i> “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS – PRECEPTORES.....	67
GRÁFICO 8 – GRÁFICO DO <i>CORPUS</i> “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES – PRECEPTORES.....	67
FIGURA 15 – TELA DE LOGIN PORTFÓLIO.....	78
FIGURA 16 – TELA DE PERFIL DE ACESSO.....	79
FIGURA 17 – TELA INICIAL ADMINISTRADOR.....	80
FIGURA 18 – TELA ADMINISTRADOR – CADASTRO DE CATEGORIA.....	80

FIGURA 19 – TELA ADMINISTRADOR – ADMINISTRAR CATEGORIA.....	81
FIGURA 20 – TELA INICIAL/TÉCNICO.....	82
FIGURA 21 – TELA TÉCNICO – CADASTRAR USUÁRIO.....	82
FIGURA 22 – TELA GERENCIAMENTO DE GRUPOS DE AVALIAÇÃO.....	83
FIGURA 23 – TELA DETALHE GRUPO DE AVALIAÇÃO.....	84
FIGURA 24 – TELA DETALHE GRUPO DE AVALIAÇÃO – VINCULAR.....	84
FIGURA 25 – TELA RESIDENTE.....	85
FIGURA 26 – TELA RESIDENTE – AUTOAVALIAÇÃO.....	86
FIGURA 27 – TELA RESIDENTE – CADASTRO DE CASO CLÍNICO	87
FIGURA 28 – TELA RESIDENTE – DIÁRIO RESIDENTE.....	88
FIGURA 29 – TELA INICIAL PRECEPTOR COM ERRO DE GRUPO.....	89
FIGURA 30 – TELA INICIAL PRECEPTOR – MEUS GRUPOS DE AVALIAÇÃO.....	89
FIGURA 31 – TELA PRECEPTOR – DETALHE GRUPO DE AVALIAÇÃO.....	90
FIGURA 32 – PRODUÇÃO DOS RESIDENTES.....	91
FIGURA 33 – TELAPRECEPTOR – REGISTRO DE ATITUDES.....	92
FIGURA 34 – TELA PRECEPTOR – DETALHE GRUPO DE AVALIAÇÃO.....	93
FIGURA 35 – TELA PRECEPTOR – DETALHE AVALIAÇÃO.....	94
FIGURA 36 – TELA COORDENADOR – DETALHE GRUPO AVALIAÇÃO.....	95
FIGURA 37 – TELA COORDENADOR – ESTATÍSTICAS.....	96

LISTA DE SIGLAS

AVA – Ambiente Virtual de Aprendizagem

CNRMS – Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional e Área Profissional em Saúde

DCN'S – Diretrizes Curriculares Nacionais

DEGES – Departamento de Gestão da Educação em Saúde

DEP – Departamento de Ensino e Pesquisa

HRBA – Hospital Regional do Baixo Amazonas

NTCI'S – Novas Tecnologias de Informação e Comunicação

PBL – Problem Based Learning

RIMS – Residência Integral Multiprofissional em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIC'S – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCE – Unidades de Contextos Elementares

UEPA – Universidade do Estado do Pará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1.	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	19
1.2	OBJETIVOS	20
1.2.1	OBJETIVO GERAL	20
1.2.2.	OBJETIVO ESPECÍFICO	21
2	AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM	22
2.1	AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	24
2.2	AVALIAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	27
3	CAMINHOS METODOLÓGICOS	30
3.1	PESQUISA QUALITATIVA	30
3.2	ESPAÇO DA PESQUISA E SEUS PARTICIPANTES	31
3.3	PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	31
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.5	O SOFTWARE IRAMUTEQ NA PESQUISA QUALITATIVA.....	33
3.5.1	O Iramuteq nesta pesquisa	35
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5	PORTFÓLIO COMO INSTRUMENTO AVALIATIVO	72
6	PLATAFORMAS EDUCACIONAIS – PORTFÓLIO ELETRÔNICO	75
7	PRODUTO	77
7.1	ADMINISTRADOR.....	79
7.2	TÉCNICO.....	81

7.3	RESIDENTE.....	85
7.4	PRECEPTOR	88
7.5	COORDENADOR DA RESIDÊNCIA.....	94
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	99
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E	
	ESCALRECIDO.....	107
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	109
	ANEXO I – REGISTRO DE ATITUDES.....	110
	ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	112

1 INTRODUÇÃO

A avaliação deve constituir-se em um processo reflexivo sobre a aprendizagem, impulsionando sua continuidade e favorecendo a construção do conhecimento. Neste contexto, o aluno precisa estar consciente de seu próprio processo de construção e de reconstrução, ganhos e perdas, sucesso e fracasso, realizando as adaptações e reorientações necessárias (ALONSO *et al*, 1992).

Na modalidade Residência Multiprofissional, o residente é inserido em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) por um período de dois anos, com o auxílio e orientação de trabalhadores que atuam nesses espaços, os chamados Preceptores (ABIB, 2012). Preceptor é um profissional da saúde que possui duplo papel: assistência nos serviços de saúde acrescido do compromisso de ensinar, orientar, supervisionar e ser modelo para o residente (DIAS e FREITAS, 2014)

A principal função do preceptor é ensinar a clinicar, instruindo formalmente, buscando a competência clínica através do favorecimento da aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, dentro do ambiente de trabalho em situações clínicas reais. As avaliações formais também fazem parte da atividade da preceptoria (RICER, 1998). E esta é uma atribuição que apresenta grandes desafios, tendo em vista a falta de experiência e critérios do preceptor para estabelecer um acompanhamento mais profundo das atividades que o residente desenvolve.

Além do preceptor, outros profissionais da saúde participam da formação de outros profissionais, recebendo as denominações de supervisor e tutor. O supervisor no dicionário seria aquele que dirige, vigia, se responsabilizando para que tudo ocorra de maneira correta e segura. Na saúde tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais recém-graduados atuando em ambientes de prática estimulando aplicação de teoria na prática. Além disso, alguns autores atribuem ao supervisor a ação de desenvolvimento pessoal, ético e moral (BOTTI e REGO, 2008).

O tutor, na prática do PBL (Problem Based Learning), tem o papel de guia, um facilitador no processo de aprendizagem centrado no aluno. Além da competência clínica, o tutor, profissional mais experiente, deve ter a compreensão da prática profissional e estimular o desenvolvimento pessoal do recém-graduado, bem como, o importante papel de avaliar (BOTTI e REGO, 2008)

Se considerar a avaliação como um processo de tomada da consciência da aprendizagem não só pelo preceptor, mas, também pelo residente como indica Wachowicz (2006), há que se pensar os sentidos e significados da avaliação, com vista afastar a perspectiva de medir desempenho e buscar formas de estabelecer uma relação de coparticipação e responsabilidade com o processo de ensino-aprendizagem nas residências.

Atribuída a devida importância ao processo avaliativo na residência, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), ao reconhecer e avaliar Programas de Residência no Brasil, observa, além de outras dimensões, a metodologia de avaliação dos discentes, investigando se o processo é contínuo, focado em uma avaliação formativa e se inclui processos de auto avaliação e recuperação para o residente (MEC, 2014).

Apesar dos princípios em comum, os programas de residência multiprofissional apresentam diferenças, sejam na metodologia adotada ou no espaço de atuação oferecido. Esse fato pode ser atribuído a diversidade que caracteriza cada um dos programas existentes como na aplicação dos módulos teóricos, que são específicos para cada programa, assim como em relação as práticas realizadas que são condizentes a cada área de concentração (MARTINS et. al, 2010).

O SUS (Sistema Único de Saúde) é uma conquista popular principalmente advinda de lutas como a Reforma Sanitária e VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo seus princípios e diretrizes promulgados na lei 8.080/1990. Seu conjunto de princípios e diretrizes são baseados no atendimento às necessidades de saúde da população, mantendo o compromisso com o bem-estar social e direito à cidadania, fundamentado nos princípios doutrinários da equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 1990; AGUIAR, 2011).

Diante do novo sistema, surge uma nova perspectiva na atenção à saúde, pensado como uma ação de integralidade de ações e práticas no atendimento ao usuário. Em consonância com tais mudanças e com os princípios filosóficos, organizacionais e operacionais preconizados pelo SUS, surge a necessidade de reformulação na formação dos profissionais de saúde, tendo como referência as necessidades populacionais desde a atenção básica à alta complexidade, surgindo assim novos perfis de profissionais (HOLANDA, 2015)

Para o fortalecimento do SUS como uma rede de ensino-aprendizagem prática, foram implementadas algumas estratégias: a política Nacional de Educação

Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que passou a priorizar mudanças nos processos de formação, reorientando o conteúdo teórico, nos cenários de prática e reorientação pedagógica (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de ordenar a formação de pessoal, foi criado pelo Ministério da Saúde o Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES). A principal característica deste setor é a educação em serviço, constituída por encontros de práticas formativas com práticas de atenção e gestão no setor, respeitando o controle social (BRASIL, 2003). Dentre os processos formativos em serviço, colocados em prática para mudança do perfil dos profissionais de saúde, está a Residência Multiprofissional em Saúde.

As Residências Integrais Multiprofissionais em Saúde (RIMS) são programas de pós-graduação em modalidade lato-sensu e possuem uma carga horária de 5.760 horas de formação prática e teórica. A interdisciplinaridade presentes nestes cursos por meio de quatorze categorias profissionais da saúde, objetiva uma formação coletiva no mesmo ambiente de trabalho, sem deixar de respeitar a especificidade de saberes inerentes a cada profissão (BRASIL, 2006).

Vislumbramos assim, a possibilidade de investigar mais um programa de residência multiprofissional no que tange ao processo avaliativo seus métodos e instrumentos em uso na formação dos residentes, apresentando um diagnóstico das aprendizagens construídas, das relações estabelecidas entre os envolvidos e da organização do processo de ensino.

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

A Residência Multiprofissional de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia foi instalada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) em Março de 2013, após aprovação da Resolução Nº 269, de 17 de setembro de 2012, através de uma parceria entre UEPA e Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) Dr. Waldemar Penna, unidade executora, no município de Santarém (PARÁ, 2012).

A Avaliação dos residentes se dá através de um “Registro de Atitudes” (ANEXO I) que consiste em uma tabela com a listagem de 06 (seis) atitudes a serem

avaliadas pelos preceptores, devendo estes atribuir notas que variam de 0-10 para cada item elencado.

Em experiência como preceptora do programa de residência por dois anos, foi possível identificar dificuldades na condução desta forma de avaliação. Um dos entraves é que, devido o preceptor estar em atividade assistencial enquanto membro do serviço, não consegue acompanhar na íntegra todas as atividades realizadas pelo residente, portanto, a coleta de dados para realização de uma avaliação fidedigna fica prejudicada.

Outro problema é a falta de um momento para discussão e socialização em grupo das atividades realizadas durante a rotina do residente decorrente, por exemplo, do excesso de trabalho do preceptor enquanto trabalhador da saúde no SUS. Esse cenário, segundo Tanji e Silva (2008) dificulta a formação de profissionais crítico-reflexivos capazes de problematizar sua rotina e realizar mudanças, tornando-se sujeitos ativos no processo ensino-aprendizagem, de forma mais confiante e segura.

Estudos prévios como o de Santos (2010) e Silva (2015), revelaram entraves no processo avaliativo de residentes como a escassez de instrumentos formais de avaliação ou falha no processo envolvendo quesitos como construção do Projeto Político Pedagógico da Residência, habilidade individual em avaliar o residente e a não participação coletiva na construção do instrumento avaliativo.

Sendo assim, observamos a existência da problemática acerca da avaliação em programas de residências, foco desta pesquisa, demonstrando a necessidade de investigações deste fenômeno. Por outro lado, a realidade experimentada pela autora enquanto preceptora e o aprofundamento teórico sobre o tema, despertou para uma intervenção científica que pudesse descrever as dificuldades enfrentadas por preceptores e residentes durante o processo avaliativo.

Diante do exposto, o presente estudo vem investigar: Qual a percepção de preceptores e residentes acerca da avaliação de aprendizagem e seus instrumentos utilizados na Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Verificar e analisar a percepção de residentes e preceptores acerca da avaliação de aprendizagem e seus instrumentos utilizados na Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

1.2.2. Objetivos Específicos

1. Interpretar a percepção de preceptores e residentes sobre os métodos avaliativos aplicados a Residência Multiprofissional
2. Levantar os aspectos considerados importantes no processo avaliativo para residentes e preceptores
3. Relatar as dificuldades encontradas por preceptores e residentes no processo avaliativo
4. Verificar a necessidade e viabilidade da criação de um novo instrumento de avaliação a partir da realidade detectada

2 AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

O processo de aprendizagem agrega, em sua definição, a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e mudanças comportamentais por parte do sujeito. Para explorar seu potencial de aprendizado, o ser humano necessita de estímulos externos e internos, além da habilidade em colocar em prática seu conhecimento, sendo capaz de aplicá-lo à realidade da sua profissão. Tal habilidade não se restringe somente à execução, mas, exige que ele a faça de modo criativo, associando evidências científicas e ética caracterizando o “aprender a aprender” e o “aprender fazendo” (ZEFERINO; PASSERI, 2007).

A metodologia tradicional, historicamente vem sendo utilizada na formação dos profissionais de saúde, sendo caracterizado pela compartimentalização dos conhecimentos, gerando campos altamente especializados (MITRE et al, 2008). A Pedagogia Tradicional não considera a aprendizagem um processo construtivo, que possui em seu ato pedagógico, incluindo a avaliação, critérios políticos pedagógicos, influenciados por hábitos e crenças adquiridos pelo educador em sua trajetória particular, oriundas, muitas das vezes dos seus próprios pais, familiares, mestres e educadores (LUCKESI, 2011).

Ainda no modo tradicional de avaliação ocorre, cedo ou tarde, uma criação de hierarquias de excelências e certificação através, por exemplo, de um diploma, representando para a sociedade a conclusão de um processo de aquisição de conhecimentos importantes. Contudo, o certificado, não gera detalhes do aluno com relação a saberes e competências adquiridas. Portanto, acaba selecionando e privilegiando alguns de acordo com as perspectivas de cada avaliador (PERRENOUD, 1999).

Em contrapartida ao modo tradicional de avaliação, Bloom (1972,1976.1979, 1988), defendeu a pedagogia do domínio com a seguinte afirmação: “todo mundo pode aprender”. Nesta abordagem, a avaliação se torna um instrumento de regulação contínua das intervenções e das situações didáticas. Seu papel seria delimitar as aquisições e os modos de raciocínio de cada aluno o suficiente para ajudá-lo a progredir no sentido dos objetivos. Assim nasce a ideia de *Avaliação Formativa*, desenvolvida originalmente por Scriven (1967).

Nesta óptica, a avaliação em si possui características dinâmicas e construtivistas permitindo ao avaliador agir da forma mais adequada possível,

objetivando a aprendizagem efetiva por parte do educando. Nesta premissa, educador e educando se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos, assumindo o mesmo nível de responsabilidade (FREIRE, 2011; ABREU, 2009)

Na avaliação formativa, está presente o ato de investigar, no sentido de explorar o desempenho dos educandos com base nos conhecimentos produzidos e, se necessário, intervir no processo, caso seja detectado que alguma aprendizagem não foi realizada. Neste sentido, é possível identificar dois processos articulados e indissociáveis ligado ao ato de avaliar: 1. Diagnosticar; 2. Intervir, se necessário (LUCKESI, 2011).

Para o diagnóstico, há que se descrever a realidade do processo de ensino-aprendizagem, observando fatos cognitivos, propriedades físicas e habilidades. Diagnosticar é qualificar a realidade. Para esta etapa, servimo-nos de instrumentos (provas, testes, entre outros) para registrar dados da realidade o mais fidedigno possível. A partir do desempenho do estudante, ao responder o instrumento, ou em suas ações, saberemos se houve ou não a aprendizagem.

Os dados necessitam ser coletados em consonância com as exigências do objeto de estudo, ou seja, com o que estamos investigando, tendo claro as configurações do projeto pedagógico, planos de ensino e das aulas. Nestas instâncias, devem estar bem definidos os resultados almejados, e, portanto, a avaliação existe para informar se eles foram atingidos ou não e, com que qualidade.

Um bom avaliador, segundo Luckesi (2011), necessita estar comprometido com a visão pedagógica que considere que o ser humano sempre pode aprender e desenvolver-se. Além disso, deve ter a clara noção de que a prática avaliativa, no caso da aprendizagem, só faz sentido sendo, ao mesmo tempo de acompanhamento (processo) e de certificação (testemunho final da aprendizagem satisfatória do educando).

Ainda segundo este autor, existem situações de impasse na aprendizagem, caracterizadas pela constatação de que o educando não aprendeu ou seu aprendizado foi insuficiente, que podem não ser totalmente sanadas pelo educador que interage diretamente com o educando, havendo aí a necessidade de uma resolução com múltiplas intervenções, envolvendo gestores, coordenação pedagógica ou outros profissionais, buscando uma solução para a dificuldade apresentada. Portanto, os atos avaliativos são efetivos aliados na obtenção do sucesso nos resultados e na democratização do ensino.

A avaliação da aprendizagem baseia-se em uma proposta e em uma ação pedagógica cujo foco de atenção é a formação do educando, portanto, uma concepção construtivista da aprendizagem, e, conseqüentemente do desenvolvimento e individualização do educando. A individualização no ato de avaliar foi citada por Hoffman (2012), que descreve a relevância na interação do educando com o meio em que vive, permitindo-o, a partir desta interação, construir seus saberes. Portanto, não seria necessário a homogeneidade do grupo, já que, estes são oriundos dos mais diversos ambientes e realidades.

Conclui-se que a avaliação, para subsidiar o sucesso da ação educativa, deve ter caráter diagnóstico (LUCKESI, 2011), mediador (HOFFMANN, 2012) e formativo (BLOMM, 1988).

2.1 AVALIAÇÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A formação dos profissionais da área da saúde implica na interjeição entre conhecimentos, habilidades e atitudes, materializados nos ambientes de ensino-aprendizagem (SONZOGNO, SEIFFERT, 2015).

Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) dos cursos da área da saúde, veem desde 2001, reorientando a formação dos futuros profissionais, tanto de maneira geral, quanto específica, implementando mudanças de acordo com as necessidades indicadas pelo Ministério da Saúde incentivando a formação de profissionais com ênfase na integralidade da atenção e em consonância com o SUS (BRASIL, 2002; MATTOS, 2006).

O modelo proposto pelo SUS, requer um profissional não apenas generalista, mas que além disso, seja dotado de compromisso ético e responsabilidade social, garantindo a efetivação dos princípios do SUS. Profissionais que saibam trabalhar na dinamicidade que exige o sistema de saúde, intervindo de maneira interdisciplinar (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

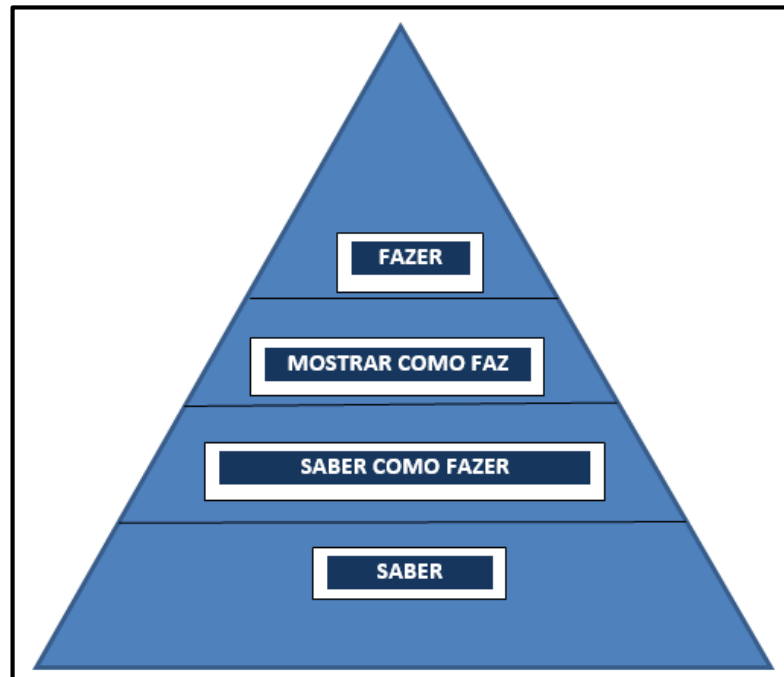
Desta forma, em associação as mudanças propostas pelas DCN's e sistema de saúde, ocorre uma transição no processo de formação dos profissionais de saúde na graduação e pós-graduação. Um novo modelo de ensino vem sendo adotado, um modelo que estimula a autonomia do estudante, para que este seja o centro do processo ensino-aprendizagem, resultando em um profissional crítico e reflexivo (FREIRE, 1996; CUNHA 1998; SOUZA, CARCERERI, 2011).

Considerando a avaliação um aspecto relevante na formação, os atos avaliativos estão sempre presentes em razão da natureza da assistência ao paciente. Devem ser avaliadas as práticas de planejamentos terapêuticos e suas reavaliações, práticas do diagnóstico, acompanhamento e evolução do processo saúde-doença dos pacientes, e sobretudo, das relações entre os profissionais de saúde e entre estes com pacientes e familiares (LOPES, 2014).

Com relação à avaliação no processo-ensino aprendizagem especificamente, as DCN's, sugerem que seja periódica, se valendo de instrumentos diversificados capazes de avaliar habilidades, competências e conteúdo, com a finalidade de informar às instituições, docentes e discentes sobre o desenvolvimentos das atividades no processo (BRASIL, 2001).

A seleção dos métodos a serem empregados na avaliação do estudante deve estar sincronizada às competências e habilidades cujo domínio se deseja conhecer. Um exemplo de modelo conceitual facilitador desta prática é a Pirâmide Miller (FIGURA 1), proposta pelo norte-americano George Miller, estudioso da educação médica no início dos anos 90, uma ferramenta particularmente interessante para escolha de métodos de avaliação aplicado ao ensino nas profissões da Saúde.

FIGURA 1 - PIRÂMIDE DE MILLER



FONTE: Caetano (2016)

Pelo modelo, os dois primeiros campos na base da pirâmide, estão relacionados ao domínio cognitivo, o saber e o saber como fazer, associado ao conhecimento teórico que lhes darão as competências básicas para atingir os demais patamares na pirâmide. Para essa base que pertence ao domínio cognitivo, são utilizados métodos de aferição voltados ao diagnóstico de conhecimentos como provas e testes de múltiplas escolhas, questões abertas com respostas diretas, dissertações e provas orais.

Para a região superior “mostrar como faz”, as competências e habilidades clínicas geralmente são avaliadas através de exames práticos, envolvendo tarefas clínicas reais onde o avaliado é observado no atendimento à pacientes reais ou em situações simuladas em ambiente escolar. A avaliação do “fazer”, é própria do ambiente de trabalho, onde o estudante irá exercer a sua prática profissional, equivalente ao estágio final do curso (CAETANO, 2016).

Diversos instrumentos são citados na literatura e suas variedades e possibilidades se transformaram com o tempo. Cada instrumento deve ser compatível com o currículo e com o plano de ensino adotado pelo curso, onde a sistematização da avaliação deve estar integralizada. Os itens e/ou quesitos de um instrumento de avaliação devem ser conscientemente assumidos e realizar a completa cobertura de todas as informações, habilidades e condutas existentes no processo ensino-aprendizagem, pois o que importa ao avaliador é saber se o educando aprendeu e se já está apto a usar o seu conhecimento de maneira condizente aos objetivos do curso e de maneira criativa (LUCKESI, 2011).

No entanto, estudo de Lopes (2014), identificou que os processos de avaliação vivenciados por preceptores, residentes, coordenadores e docentes de um programa de residência multiprofissional, não se afastaram da concepção tradicional da avaliação, permanecendo a finalidade de tão somente medir o que foi transmitido ou decorado pelo estudante. Ficou claro que o processo avaliativo não assumiu o caráter dialógico preconizado pelas Diretrizes, bem como não cumpriu com compromisso ético-pedagógico de investigação do desenvolvimento da aprendizagem do educando, de seus ritmos, limites e possibilidades, não permitindo ao educador uma revisão de sua prática educativa.

O que ainda se vê na atualidade, são práticas educativas, processos metodológicos e avaliativos direcionados ao processo de formação de profissionais para o SUS que não se afastaram da pedagogia transmissiva, de repetição,

impedindo, desta forma, a aprendizagem criativa, emancipadora e problematizadora. Apesar de afastadas dos currículos em seus textos, a tradição mecanicista e positivista ainda é dominante na prática dos mesmos (ROMÃO, 2008).

2.2 AVALIAÇÃO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram idealizados com a proposta de formar um novo perfil de profissionais da saúde, aptos a suprir as reais necessidades populacionais, havendo assim uma demanda por profissionais mais capacitados quanto à atuação multiprofissional. A Multiprofissionalidade é a principal diretriz para a formação do residente e nos remete a múltiplas articulações de diferentes especialistas que buscam soluções para problemas complexos da prática (SILVA, 2015).

No que tange ao processo de ensino-aprendizagem nos programas de Residência, o Conselho Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), ao tratar dos Princípios e Diretrizes para os Programas de Residência em Saúde, afirma que o processo de avaliação e monitoramento dos Programas de Residência façam parte de um processo de Educação Permanente em serviço, incluindo avaliação da preceptoria e a punição sobre o residente.

A CNRMS através de suas resoluções e portarias interministeriais do Ministério da Saúde e Ministério da Educação revela que sua operacionalização está mais relacionada à regulamentação e financiamento dos programas, estagnada no que concerne à processos avaliativos. Portanto, diante da importância atribuída à avaliação, necessitamos de instrumentos para a avaliação da efetividade desta modalidade de educação no trabalho (HOLANDA, 2015).

Inicialmente, o programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia em Santarém, contou com a seleção para 07 profissões: Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social e Farmácia. De acordo com o Projeto Político-Pedagógico (PPP), o objetivo do curso é a formação de profissionais especialistas em Ortopedia e Traumatologia com visão holística do paciente e capaz de promover ações integradas no ambiente ambulatorial, domiciliar, hospitalar, como também no âmbito da saúde do paciente politraumatizado em potencial.

A interação Academia-Serviço é primordial para o alcance dos objetivos do programa e se apoia na interação entre residentes, preceptores, tutores e docentes. Essa interação propicia o planejamento e desenvolvimentos das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de ensino e de pesquisa, possibilitando assim o desenvolvimento e fortalecimento das políticas do Ministério da Saúde e Educação (PARÁ, 2012).

O PPP prevê que, em paralelo à formação dos residentes, a equipe de docentes e tutores promoverá um processo de educação permanente dos preceptores, visando a qualificação profissional e aprendizagem em equipe, inserida diretamente na realidade concreta dos serviços. A avaliação é parte integrante do processo de ensino e está flexibilizada de acordo com as particularidades de cada curso. Segundo o PPP da Residência, a avaliação dos residentes deve se dar de forma processual, através da interação entre educadores e educando, buscando identificar problemas surgidos durante o processo ensino-aprendizagem e solucioná-los no decorrer deste processo.

De acordo com o art.44, § 1º do Regimento do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará e Hospitais Associados, a avaliação prática do residente deve ser realizada pelo tutor em conjunto com os preceptores e com a participação dos residentes, sendo utilizada para este fim, uma ficha de avaliação padrão da Comissão de Residência Multiprofissional e Área Profissional em Saúde (COREMU), denominada Registro de Atitudes, constituindo o instrumento de coleta de dados para subsidiar a avaliação em campo de prática dos residentes.

Em estudos de Santos (2010), foi relatado a escassez de meios formais de avaliação, gerando assim dificuldades reais para um adequado processo avaliativo nos programas de Residência. Mesmo os programas que já dispõem de instrumento avaliativo consistente, encontram dificuldades em utilizá-los por diversos fatores.

Silva (2015), ao ouvir preceptores da residência multiprofissional, detectou falhas no processo atribuídas a diversos fatores como: desconhecimento do Projeto Político Pedagógico, a não participação da construção do instrumento avaliativo, a não utilização de tal instrumento e a falta de habilidade em avaliar os residentes pelos critérios estabelecidos no instrumento.

Em geral, o que se percebe, é que os programas de Residência Multiprofissional carecem de processos avaliativos, revelando a quase inexistência de

avaliação de aprendizagem, ou relatos que esclareçam como estão dispostos os seus processos, demonstrando uma lacuna teórica significativa no quesito de avaliação desses programas (SOUSA, 2012).

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

3.1 PESQUISA QUALITATIVA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa utilizando-se de entrevistas semiestruturadas para coletar opiniões dos entrevistados, residentes e preceptores, suas percepções e experiências, seus pontos de vistas, expectativas e significados atribuídos as vivências (VIEIRA e HOSSNE, 2015).

O estudo é caracterizado como uma pesquisa do campo descritivo, que segundo Goldim (2000), retrata a pesquisa qualitativa. A pesquisa descritiva nos permite detalhar as impressões a partir da observação da realidade (SEVERINO, 2007). Martins (2015), reforça a possibilidade que a pesquisa descritiva tem sobre a observação dos fatos ocorridos em um determinado período de tempo sem manipulação de variáveis.

A pesquisa qualitativa permite, de acordo com Bogdan e Biklen (1998), o entendimento sobre o processo pelo qual as pessoas constroem significados e os descrevem. Sendo assim, busca-se compreender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta dentro do ambiente natural do sujeito (TURATO, 2005).

Nesta mesma perspectiva, Goldim (2000) destaca que a principal característica da pesquisa qualitativa é sua tradição interpretativa ou compreensiva, sendo possível a observação de fenômenos acrescidos de diversos significados.

A abordagem qualitativa visa aprofundar a intencionalidade e o significado, trazendo consigo uma análise do subjetivo, do objetivo, dos atores sociais, dos fatos e seus significados. Através dela é possível compreender valores culturais, as representações de determinado grupo com relação à um tema específico e para a formulação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2000).

O presente estudo se utiliza de um conceito atual estabelecido por Turato (2013), associando os métodos qualitativos sócio-antropológicos e clínico-psicológicos na construção de um método mais íntimo e direcionado a indivíduos e ambientes de saúde, definido como Metodologia Clínico-qualitativa. Trata-se de um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para dar significado aos fenômenos humanos a partir de settings de saúde, nesta pesquisa um programa de pós-

graduação em saúde, estabelecendo um método particularizado baseado no estudo e construção de limites epistemológicos direcionados à área da saúde.

3.2 ESPAÇO DA PESQUISA E SEUS PARTICIPANTES

A pesquisa segue as normas da Resolução CNS 466/12 e foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus XII, CAAE: 67572317.0.0000.5168 (ANEXO II) e contou com a participação de preceptores e residentes de todas as áreas da Residência Multiprofissional atuantes no HRBA no período de Agosto/2016 à Julho de 2017, totalizando 12 residentes e 10 preceptores devidamente cadastrados no Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional do Baixo Amazonas.

Participaram da pesquisa preceptores cadastrados junto ao Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do HRBA há no mínimo 1 ano, sendo excluídos da pesquisa aqueles que constavam no cadastro, porém, não estavam exercendo a preceptoria, totalizando 22 preceptores, assim como aqueles que por problemas pessoais não puderam participar. Também compuseram sujeitos da pesquisa, os residentes regularmente matriculados no Programa. Após aceitação, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A).

Após serem informados sobre o teor da pesquisa e aceitarem a participação do estudo, o pesquisador foi ao encontro de cada um dos participantes em local e horário definido pelo entrevistado. A condicionante para definir o local era que este fosse um local tranquilo, com o mínimo de ruídos possíveis e sem intervenções externas.

No local da entrevista, o pesquisador oferecia ao entrevistado a o TCLE, para que este fosse lido e explicado se assim fosse solicitado. Após a assinatura do TCLE, novamente o pesquisador detalhava o teor da pesquisa, objetivando sanar quaisquer dúvidas, bem como, se mostrou solícito a esclarecer qualquer ponto confuso.

3.3 PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para a produção dos dados foi utilizado um roteiro (Apêndice B) de entrevista semi-estruturada contendo 04 perguntas direcionada a todos os participantes. As entrevistas semi-estruturadas permitem uma ampla comunicação verbal, combinando

as perguntas, permitindo ao entrevistado uma liberdade maior em falar sobre o tema proposto (MINAYO, 2007). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, garantindo anonimato ao entrevistado.

A análise de conteúdo categorial proposta por Bardin (2011) objetiva identificar as categorias de análise que ajudarão a imprimir maior objetividade aos dados facilitando, assim, sua interpretação. O autor também afirma que a análise de conteúdo é um procedimento de fragmentação de textos que objetiva identificar regularidades (BARDIN, 2004). Nesta pesquisa, a técnica de análise de dados proposta por Bardin é associada ao refinamento proposto por Turato (2013) aplicada a pesquisa clínico-qualitativa e será detalhada a seguir.

3.4 ANÁLISE DE DADOS

As fases do tratamento da pesquisa clínico-qualitativa proposta por Turato (2013) apresenta a seguinte ordem:

1. Preparação inicial do material: Consiste na transcrição das falas dos participantes da pesquisa, que estão no gravador em arquivos de áudio para arquivos de texto no computador. Nesta fase, foi necessária uma limpeza das falas dos entrevistados, retirando-se gírias, vícios de linguagem, sem no entanto, alterar o sentido da fala. Tal intervenção fez-se necessária devido as limitações do dicionário existente no Iramuteq com palavras em sua apresentação formal, dificultando assim a leitura e análise de termos coloquiais.
2. Pré-análise: Consiste na leitura flutuante, leitura exaustiva do material a fim de extrair o que está implícito nas falas.
3. Categorização e Subcategorização: Nessa fase é realizado agrupamento das falas por afinidade, em tópicos, e ainda em subtópicos, que possuem relevância dentro de tópicos maiores.
4. Apresentação dos resultados: Trata-se da apresentação dos resultados de forma descritiva, na qual as falas dos participantes da pesquisa são colocadas para exemplificar o significado extraído.

Na fase de Categorização e Subcategorização foram seguidos dois princípios básicos, o da repetição, onde foram agrupadas as falas que mais se repetiram no discurso dos entrevistados, além do critério da Relevância, que é a separação de segmentos de texto que não têm tanta repetição nos discursos, mas que são

importantes para reafirmar ou refutar ideias extraídas dos textos (TURATO, 2013). Esta fase obteve auxílio nesta pesquisa do software Iramuteq, ferramenta amplamente utilizada em pesquisas desta natureza metodológica.

A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa para fazer inferências válidas e reproduzíveis de textos e seus contextos. Na análise de conteúdo, faz-se necessária tanto a abordagem qualitativa quanto a abordagem quantitativa, sendo ambas indispensáveis para uma adequada análise de conteúdo, sendo portanto, uma temática equivocadamente tida como dicotômica (KRIPPENDORFF, 2013).

Ainda sobre esta polêmica, Turato (2013), em sua obra *Análise de Conteúdo na Pesquisa Clínico-qualitativa*, destaca a complementaridade entre os métodos quantitativos e qualitativos, onde as conclusões finais dos estudos utilizando-se de um dos métodos complementam-se em nossa mente afim de se obter um maior entendimento sobre o tema proposto, buscando explicações e compreensões.

3.5 O SOFTWARE IRAMUTEQ NA PESQUISA QUALITATIVA

Os dados gerados pelas pesquisas qualitativas são compostas essencialmente pela linguagem, sendo portanto, de elevada importância nos estudos de crenças, opiniões e pensamentos (CAMARGO e JUSTO, 2013). Para serem analisados, os textos produzidos a partir da linguagem, precisam ser considerados tanto em sua forma, quanto em seu conteúdo. Para isso, o método de análise de conteúdo prevê processos de quantificação dos termos e formas textuais, a partir da frequência e relevância de determinadas palavras e/ou expressões, possibilitando apreender o universo de significado do fenômeno para os indivíduos.

Neste sentido, a estatística textual, que se refere a quantificação do conteúdo dos textos, teve seu desenvolvimento na década de 80 e expressa a relação entre várias áreas do conhecimento como a Linguística, Análise do Discurso, Estatística e Tecnologia da Informação (LEBART & SALEM, 1994).

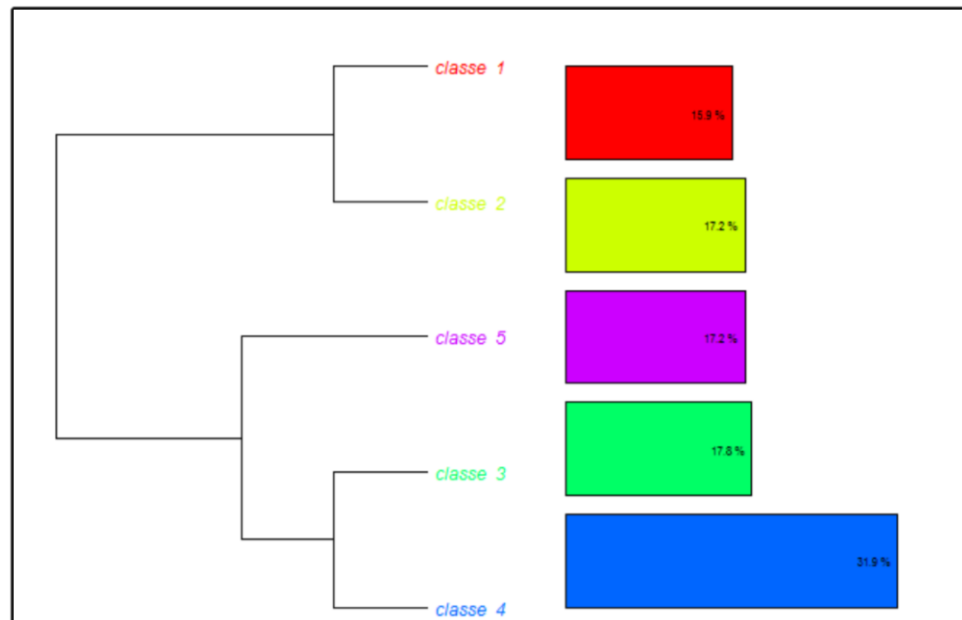
Frente aos desafios da subjetividade presente no volume textual, acrescido da busca por um rigor metodológico das investigações qualitativas, o uso de softwares específicos estão cada vez mais presentes na análise de dados textuais, especialmente nas áreas de Ciências Sociais, Humanas e Saúde (COPE, 2014; GUIMARÃES et. al, 2015; CAMARGO e JUSTO, 2013).

Um dos benefícios encontrados na utilização de software nas análises textuais ou análise lexical, seria a superação dessa dicotomia entre pesquisa quantitativa e pesquisa qualitativa, possibilitando a quantificação e empregabilidade de cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas: os textos (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Dentre os inúmeros softwares existentes, esta pesquisa utilizou-se do IRAMUTEQ (Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que possui a vantagem de ser gratuito e com fonte aberta. Foi desenvolvido pelo francês Pierre Ratinaud (2009), na língua francesa, mas atualmente, possui dicionários completos em outras línguas, incluindo o português.

O Iramuteq possibilita uma série de análises lexicais: Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude, pesquisa de especificidades de grupos e Nuvem de Palavras. Para este estudo, foram selecionados as análises CHD, que nos oferece um dendograma, uma representação gráfica das partições que foram feitas no *corpus* até que se chegasse as classes finais.

FIGURA 2: GRÁFICO DE CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCEDENTE (CHD)



FONTE: Camargo e Justo (2013)

O método da CHD foi proposto por Reinert (1990) realiza a classificação dos segmentos de textos em função do vocábulo correspondente, e o conjunto deles é dividido e agrupado conforme a frequência das formas reduzidas (conforme suas raízes, denominada lematização). Esta análise objetiva a obtenção de classes de UCE

(unidades de contextos elementares), que, ao mesmo tempo possui semelhança de vocábulos entre si, apresentam vocábulos diferentes das UCE das demais classes (CAMARGO e JUSTO, 2013).

Além do dendograma, essa interface dos resultados nos permite identificar o conteúdo lexical de cada uma das classes, como a porcentagem de ocorrência de palavra no segmento de texto na classe correspondente, em relação a sua ocorrência no *corpus* e o χ^2 de associação da palavra com a classe. Quanto maior o χ^2 maior a associação desta palavra com a classe correspondente.

Após a transcrição e leitura exaustiva do material, o *corpus* de cada pergunta foi submetido a análise do Iramuteq, que gerou sub-corpus, partições e classes ou categorias (leitura da esquerda para a direita do dendograma). As categorias foram definidas a partir da leitura interpretativa dos corpus associada aos resultados expressos pelos dendogramas, já que dispõe de uma análise mais específica, concreta e com critério léxico (MINAYO, 2010).

A análise interpretativa do *corpus* se deu pela Análise de Conteúdo, considerando o conjunto de características em um determinado fragmento do conteúdo (BARDIN, 2011), gerado pela análise do Iramuteq. Após a conclusão destas etapas, segue-se a fase final da análise, composta pela apresentação dos resultados de forma descritiva e ilustrativa das falas, acompanhada da discussão, interpretação do material (TURATO, 2013).

3.5.1 O Iramuteq nesta pesquisa

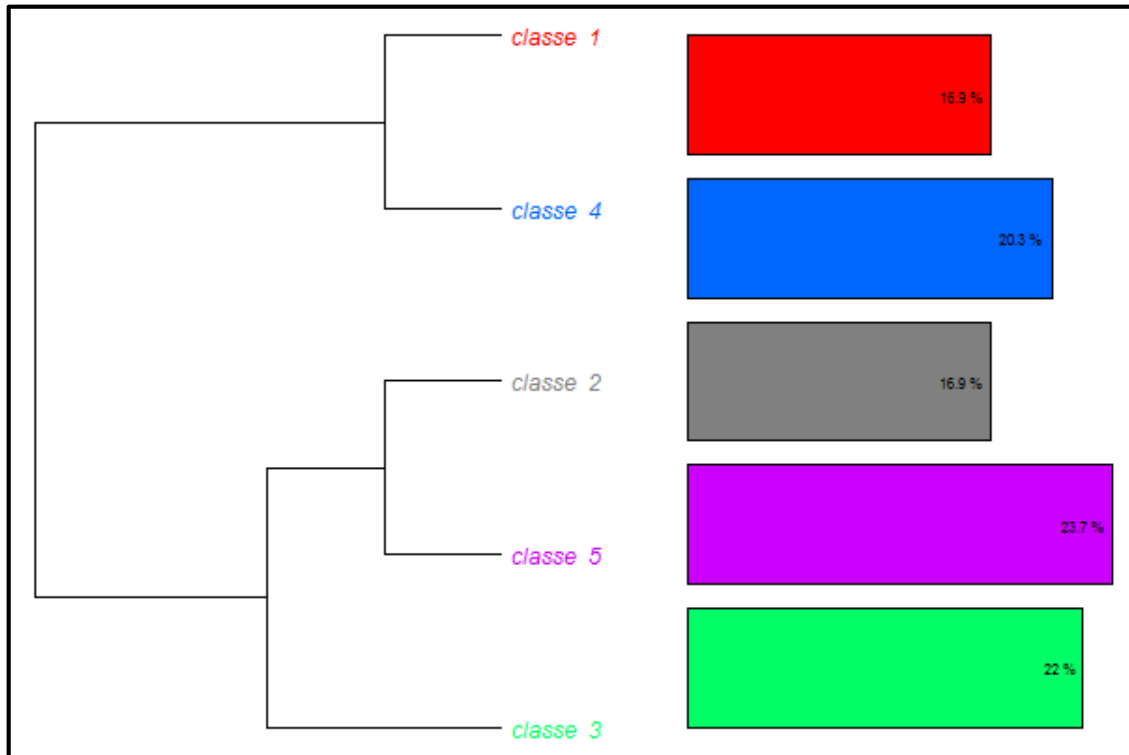
O processo de análise utilizando o Iramuteq iniciou pela transcrição dos áudios em textos, seguido da limpeza desses textos, substituindo termos coloquiais por termos formais, mediante as limitações do software para reconhecer tais termos, porém, sem alterar o sentido das falas, e agrupando as respostas dos entrevistados por pergunta.

Foram gerados 4 corpus, uma para cada pergunta realizada, contendo nestes as respostas transcritas dos participantes. Os corpus referente aos residentes tinham 12 respostas, mediante à participação de 12 entrevistados. Já os corpus dos preceptores eram compostos por 10 respostas, referente aos 10 entrevistados.

Todos os corpus foram submetidos à análise do Iramuteq, gerando um dendograma (Fig. 3) para cada corpus, uma representação gráfica do corpus textual,

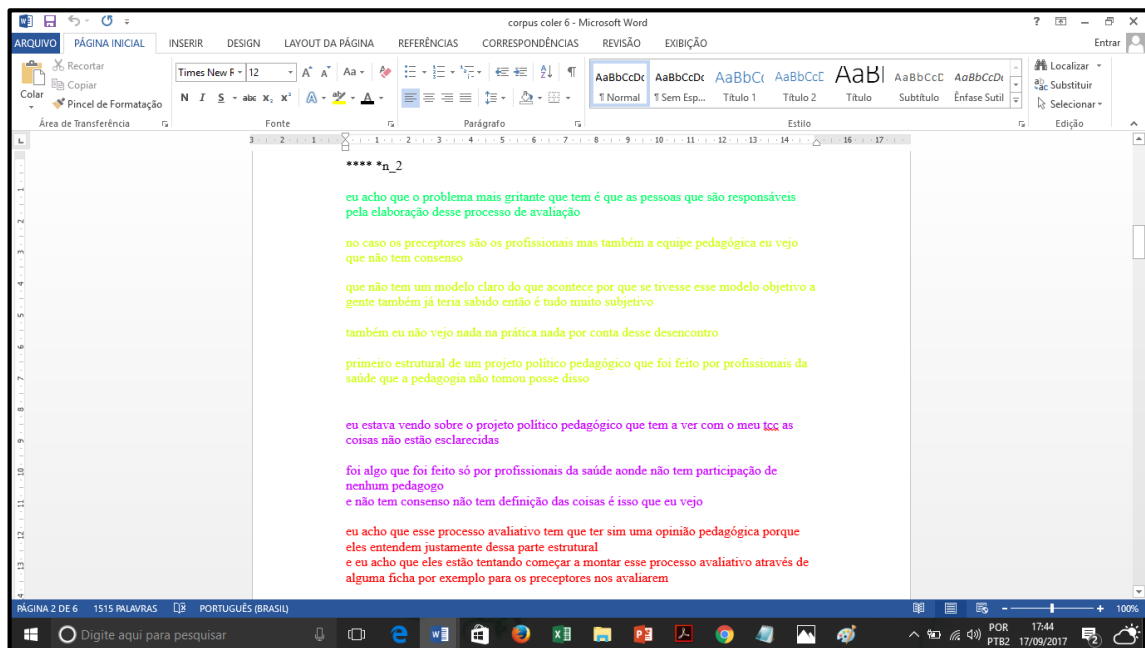
dividindo-os por classes e em cores. Tais cores relacionam-se ao corpus colorido (FIG. 4) onde os segmentos de textos com sentidos e ideias semelhantes são agrupados e diferenciados por cores.

FIGURA 3 – DENDOGRAMA DA CHD DO CORPUS ANALISADO



FONTE: Dados do pesquisador (2017)

FIGURA 4 – CORPUS COLORIDO DO TEXTO PROCESSADO

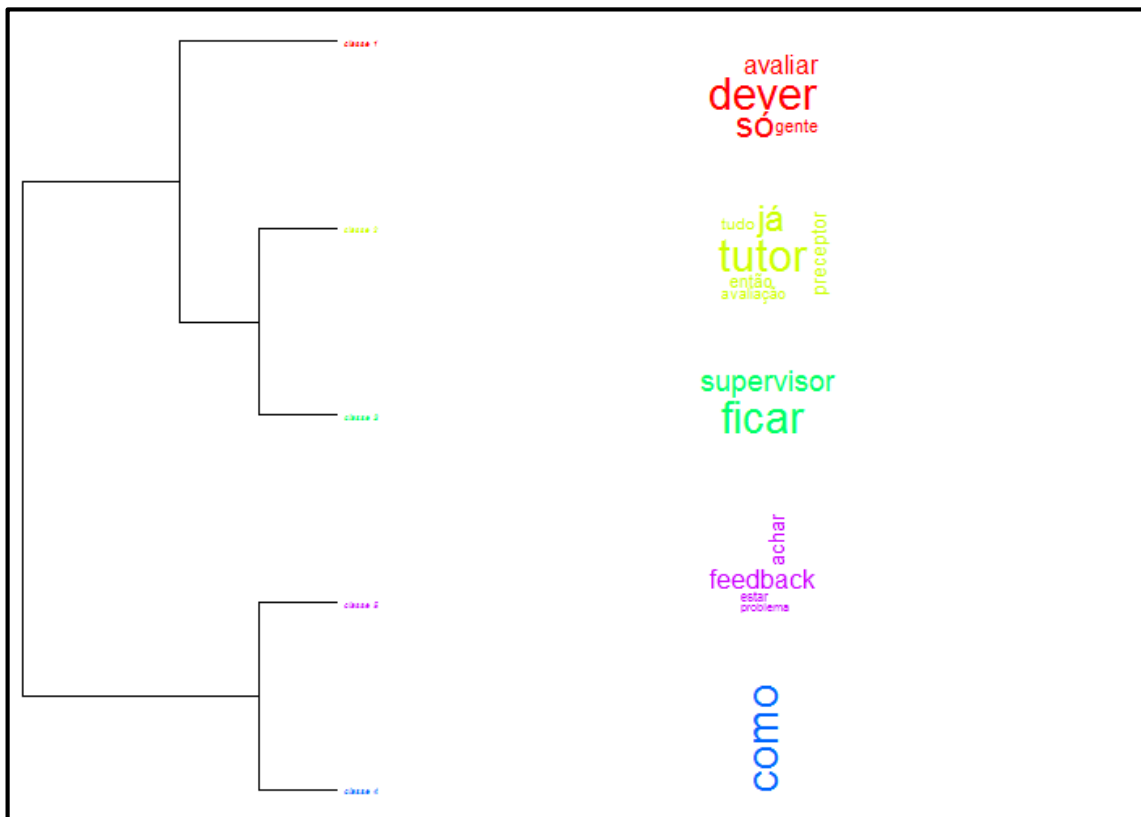


FONTE: Dados do pesquisador (2017)

De posse do corpus, e após agrupar as cores e suas respectivas classes, o pesquisador realizou a leitura extenuante de cada segmento de texto, identificando seu significado e correlacionando com a classe de mesma cor no dendograma, estabelecendo ainda a ligação entre cada classe.

Objetivando explicitar os vocábulos que mais se repetem e de maior relevância para definição das classes e melhor ilustrar o dendograma, utilizou-se a nuvem de palavras (Fig. 5), organizando-a ao lado de cada classe correspondente.

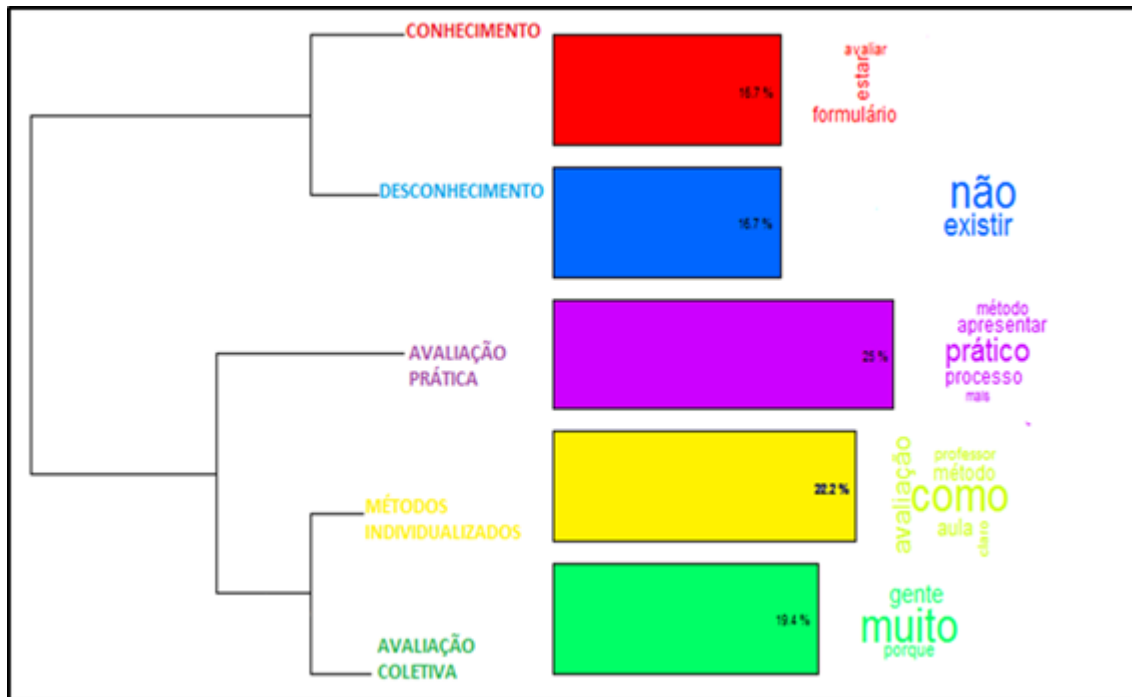
FIGURA 5 – DENDOGRAMA COM NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

Após interpretação desses dados, o gráfico final (Fig. 6) apresenta a denominação das classes determinadas pelo pesquisador e sua correlação entre partições e sub-partições geradas pela análise do Iramuteq.

FIGURA 6 – DENDOGRAMA DO CORPUS ANALISADO ACRESCIDO DA NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

Para facilitar a leitura e compreensão das definições das classes, apresentamos um gráfico com as palavras que mais se repetiram e aquelas que obtiveram maior qui-quadrado, o que demonstra a relação de aproximação com a classe.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

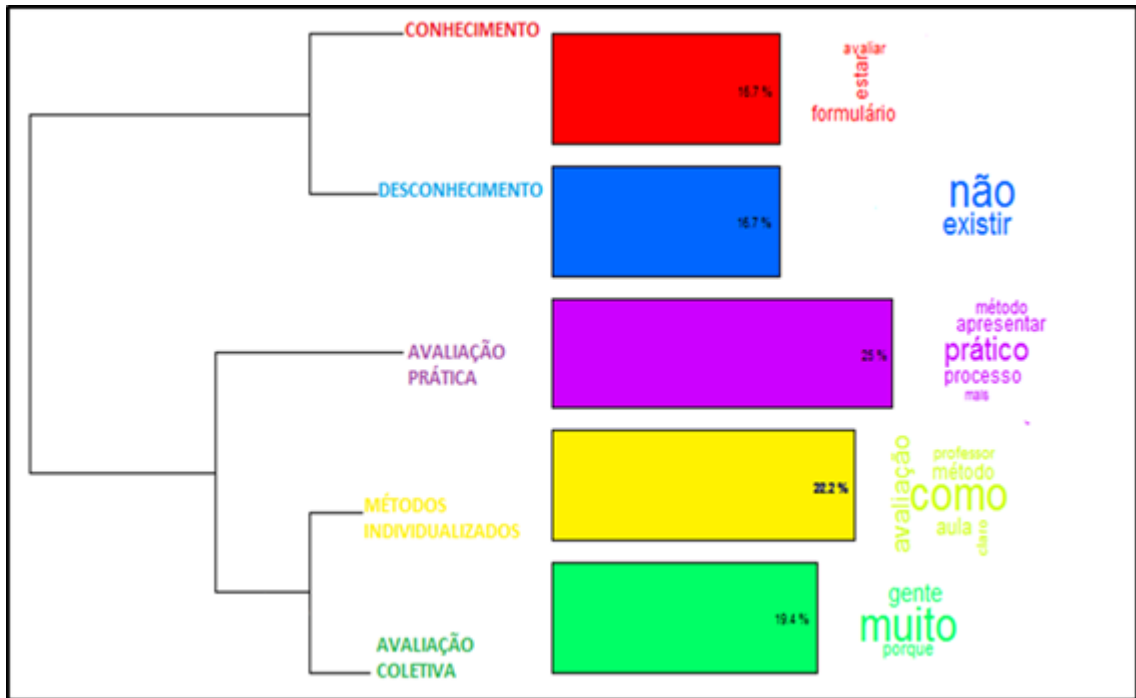
A seguir apresentaremos os resultados encontrados na pesquisa e sua discussão. Para exemplificar impressões retiradas dos conteúdos analisados, utilizaremos falas dos próprios entrevistados, identificados pelas letras “R” para residentes e “P” para preceptores, acompanhados da numeração de ordem da sua entrevista

A partir da análise do *corpus* de cada pergunta, o Iramuteq gerou uma imagem representativa, o dendograma, explicitando as classes, diferenciadas por cores. A nuvem de palavras, também gerado pelo Iramuteq destaca as palavras com maior índice de relevância confirmada pelo gráfico seguinte, de autoria do pesquisador, contendo porcentagem da frequência de palavras nos segmentos de textos analisados, bem como o χ^2 exprimindo a associação da palavra com a classe gerada. Quanto maior o χ^2 , mais forte foi esta associação. Esclarecemos também que todas as análises tiveram um índice de aproveitamento acima 70% dos segmentos de textos.

Para a análise do corpus da primeira pergunta feita aos residentes, as variáveis padrão do Iramuteq foram mantidas.

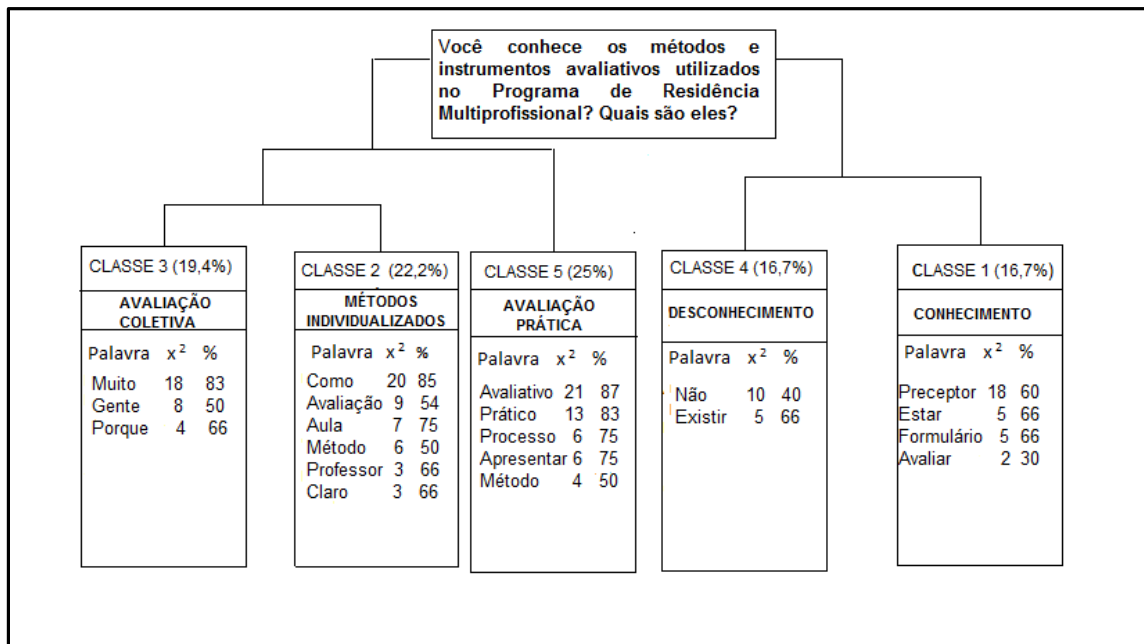
Com relação a pergunta 01 do roteiro de entrevista – “Você conhece os métodos/instrumentos utilizados no processo avaliativo da Residência Multiprofissional?”, chegamos as representações abaixo de acordo com as respostas dos residentes:

FIGURA 7 – CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 1 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “MÉTODOS E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

Na análise do *Corpus* resultante com os discursos dos residentes foi dividido pelo Iramuteq em dois sub-corpus. A partição representada pela cor vermelha revelou uma porcentagem de 16,7% dos segmentos de textos analisados, referindo-se ao CONHECIMENTO dos métodos avaliativos, e que este consiste em uma espécie de formulário que é entregue ao preceptor, o responsável pela avaliação. As falas a seguir ilustram a percepção de existência do instrumento que se é utilizado.

“Os preceptores não tem uma visão de avaliar quando pegam esse formulário” (R8)

“...na prática nós temos um formulário que o preceptor vê pontualidade, pró-atividade...” (R11)

Tal análise é confirmada ao verificarmos no gráfico a porcentagem da frequência das palavras “formulário”, remetendo a existência do Registro de Atitudes como instrumento mais significativo, senão o único e “preceptor”, ressaltando sua figura de avaliador, bem como o alto valor de Qui-quadrado (x^2), demonstrando a forte relação dessas palavras com a definição desta classe.

Outros 16,7%, representado pela cor azul, denominada DESCONHECIMENTO foram segmentos de textos que enfatizaram a não existência de métodos ou instrumentos avaliativos no programa de Residência como ilustra as falas:

“Não conheço e acredito que até agora não exista” (R3)

“Não sei se para os R2 já foram apresentados, mas para mim ainda não”.
(R5)

Nesta classe, as palavras com maior frequência e Qui-quadrado foram “não” e “existir”, confirmando sua apresentação no dendograma e seu significado.

O segundo sub-corpus, apresentou 2 partições. Em uma delas a classe mais significativa, com 25% dos segmentos de texto, representada pela cor lilás e definida como AVALIAÇÃO PRÁTICA, está relacionada aos métodos e instrumentos que são utilizados na avaliação em campo de prática:

“Na prática, foi apresentado o método avaliativo” (R9)

“Avaliação na prática ao terminar a prática em um determinado setor” (R10)

“Nós temos um documento que avalia as competências na prática” (R12)

“Eu tenho muita dúvida em relação à eles (métodos), porque nossa avaliação foi mais feita pelos preceptores” (R4)

O alto índice de frequência de repetição e Qui-quadrado das palavras “avaliativo”, “prático”, “processo”, “apresentar” e “método”, reforçam a origem da classe determinada.

As demais classes estão relacionadas aos métodos avaliativos e seus instrumentos durante as aulas teóricas. A classe denominada MÉTODOS INDIVIDUALIZADOS, relata a particularidade de cada professor em suas aulas, com 22,2% dos segmentos de texto do corpus representada pela cor amarela, exemplificada nas falas seguintes:

“Nas aulas teóricas, os professores antes de começar as aulas, eles mostram como a gente vai ser avaliado” (R6)

“Nas disciplinas teóricas a avaliação foi produção de trabalho” (R1)

“Nas aulas que nós temos, os professores esclarecem, e nem todos fazem isso...” (R2)

Nesta classe as palavras com maior frequência e qui-quadrado foram “como”, “avaliação”, “aula”, “método”, “professor” e “claro”, justificando a classe gerada pela análise.

Em 19,4%, representada pela cor verde, as falas estavam relacionadas à um método de AVALIAÇÃO COLETIVA, sendo assim denominada. Trata-se de um método que, segundo eles, acaba sendo insuficiente e/ou superficial:

“Durante as aulas tem muita discussão, faz muito debate, a gente conversa...” (R6)

“Conheço porque eles são repassados pra gente...pra mim é muito superficial” (R8)

“É muito complicado avaliar criatividade, modo de conversação porque cada um tem seu jeito” (R7)

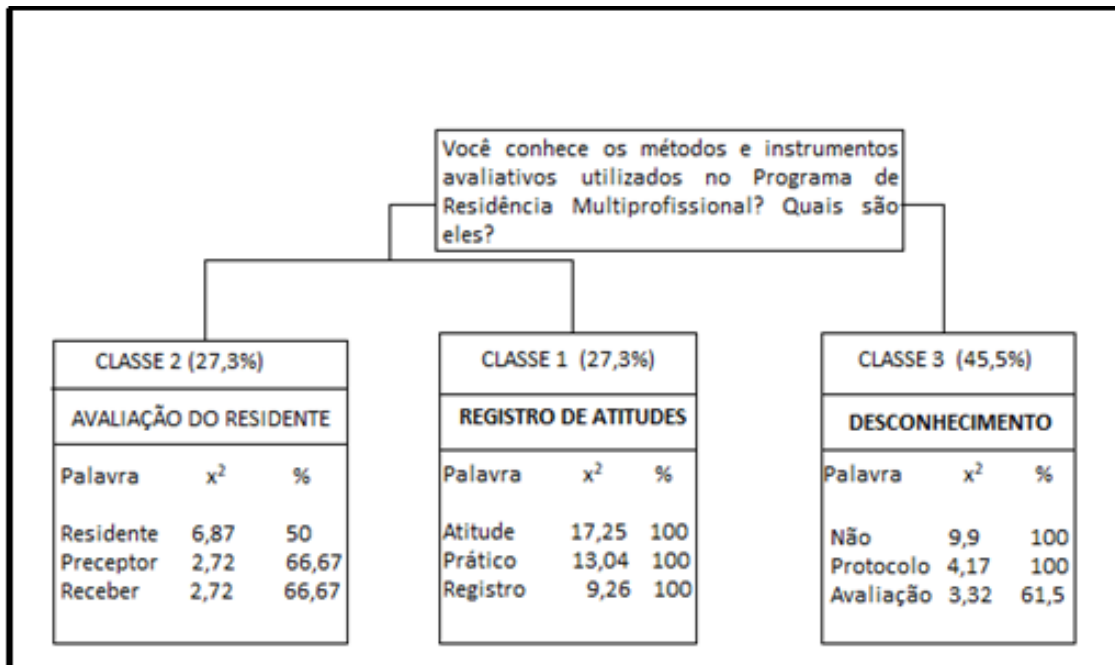
Na análise do corpus dos preceptores referente a primeira pergunta do roteiro de entrevista, “Você conhece os métodos/instrumentos utilizados no processo avaliativo da Residência Multiprofissional?”, houve a necessidade em se mudar os seguintes parâmetros devido ao seu volume limitado: Tamanho de segmentos de texto (ST) para 20, e o número máximo de classes terminais para 4. Desta forma, obtivemos o dendograma correspondente a figura 8 e o gráfico contendo informações sobre as especificidades de cada classe (Gráfico 2).

FIGURA 8: CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “MÉTODOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 2 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “MÉTODOS E INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

Na análise deste *Corpus*, os preceptores apresentaram discursos em dois sub-corpus: o primeiro gerou a classe 3, denominada DESCONHECIMENTO, e o segundo gerou duas classes denominadas AVALIAÇÃO DO RESIDENTE E REEGISTRO DE ATITUDES.

A classe 3, identificada no dendograma pela cor azul, totalizando 45,5% dos segmentos de texto analisados, revelou o desconhecimento de métodos e/ou de instrumentos que deveriam ser utilizados no processo avaliativo, conforme ilustrado nas falas seguintes:

“Os protocolos não estão definidos, e se eles existem, eu desconheço. Sinto falta de um protocolo de avaliação. Cada profissional faz de sua maneira” (P8)

“Olha, eu acho que eu não conheço os métodos”. (P1)

“Não conheço os métodos”. (P3)

“Não conheço, portanto, não sei falar quais são” (P7)

Reforçando esta classe o gráfico 5 mostra as palavras com maior relação e com maior frequência de evocações sendo “não”, “protocolo” e “avaliação”.

O segundo sub-corpus gerado, apresentou duas partições. A partição denominada AVALIAÇÃO DO RESIDENTE, destacada na cor verde, representou 27,3% dos segmentos analisados e nos apresenta discursos que reconhecem o residente como principal peça do processo avaliativo, e reconhecem a existência de um instrumento para gerar dados sobre o desempenho, e que estes dados são importantes para o residente identificar a qualidade de sua prática. Nesta classe as palavras “residente”, “preceptor” e “receber” foram as que obtiveram maior quadrado e frequência de evocações, com 6,87, 2,72 e 2,72; e 50%, 66,6% e 66,6% respectivamente. As falas seguintes ilustram a classe:

“Os instrumentos que são utilizados é viabilizado pelo preceptor final de mês pra fazer sua (do residente) avaliação”. (P2)

“...a gente empregava ao final de cada campo de estágio uma avaliação com uma pontuação que eles recebiam as notas que eram somadas, e posteriormente entravam no currículo dos residentes”. (P4)

“...o que o residente apresentou em termo de produção de assistência e perpassa também por algumas coisas teóricas que você pode propor pra esse residente”. (P5)

A classe denominada REGISTRO DE ATITUDES, em destaque pela cor vermelha, representou 27,3% dos segmentos de textos analisado. Nesta classe, os preceptores demonstraram objetividade ao denominar o instrumento formal institucional de avaliação do residente em ambiente de prática, o Registro de Atitudes,

que mensura habilidades e competências dos residentes, bem como permite espaço para auto avaliação do residente e observações descritivas pelo preceptor. As palavras “atitude”, “prático” e “registro”, foram as que obtiveram maiores qui-quadrado e porcentagem de evocação segundo o software. As falas abaixo, ilustram a classe:

“Nós temos uma única ficha de avaliação que prevê a avaliação, de algumas atitudes do residente, relacionado a prática dele, então essas atitudes você vai preencher, conforme o que cada residente expressa em suas práticas” (P4)

“Sim, a avaliação é feita apenas através do registro de atitudes, diante das práticas exercidas pelos residentes e a auto avaliação do residente” (P5)

“Sim, a avaliação é feita apenas através do registro de atitudes” (P6)

“Existe um formulário chamado de Registro de Atitudes, onde os preceptores avaliam as habilidades e pontuam de acordo com o desempenho do residente. Mas, confesso que nunca usei” (P10)

Em estudo sobre o processo de ensino-aprendizagem em residência multiprofissional com preceptores, Silva (2015), detectou resultados semelhantes no que tange ao instrumento avaliativo utilizados por eles. Neste estudo, 13% dos entrevistados afirmaram que apesar de conhecer o instrumento avaliativo, nunca tinham utilizado. Ou seja, embora a CNRMS, oriente que os preceptores devam proceder a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral, não a vivenciamos na prática (BRASIL, 2012).

Com relação à avaliação de habilidades e competências, Troncon (1996) esclarece que competência não é sinônimo de habilidade, portanto devem ser avaliadas de modos distintos. A competência é uma combinação de pré-requisitos interligados como habilidades cognitivas e práticas, conhecimento, motivação, orientações de valores, atitudes e emoções. Já a habilidade, refere-se a capacidade de realizar atos cognitivos e/ou práticos de alta complexidade, como o raciocínio clínico por exemplo.

Portanto mais que conhecer os instrumentos e métodos avaliativos, faz-se importante a utilização deles de maneira condizente aos objetivos do programa de residência e das DCN's do curso, buscando a formação de um profissional diferenciado, participativo da vida de seu paciente e do contexto que o cerca (CAETANO, 2016).

A avaliação coletiva foi enfatizada pelos residentes, não havendo tarefas individuais com fins avaliativos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Santos (2010) em sua investigação com a Residência Multiprofissional em

Saúde da Família que detectou alguns dos instrumentos supracitados como participação em debates e seminários. Além disso os instrumentos eram convenientes a rotina dos residentes, havendo uma diversificação com diários de campo, apresentação de casos de família, além de fichamento dos textos bases utilizados nos tutoriais (aulas teóricas).

Resultados semelhantes também foram encontrados nos estudos de Silveira (2011), que ouviu residentes sobre a experiência do Contrato Didático. No que concerne a estruturação das atividades teóricas, a maioria dos residentes entrevistados em sua pesquisa julgava ter clareza quanto as regras (incluindo processo avaliativo) nas atividades teóricas, assemelhando-se a partição Avaliação Teórica gerada neste estudo.

Luckesi (2011), aponta a importância da utilização de instrumentos avaliativos para a coleta de dados que subsidiam uma avaliação, sendo estes necessários para descrever a realidade em que o educando está inserido. Os instrumentos e suas especificações, consonantes com os objetivos do curso, devem informar se estes objetivos foram alcançados ao final do processo ensino-aprendizagem e com que qualidade. Se o instrumento de coleta de dados não propicia isso, é considerado insatisfatório.

Ainda sobre os instrumentos, Brasil (2011) destaca que devem ser diversificados avaliando competências, habilidades e conteúdo, tendo a finalidade de informar as instituições, docentes e discentes sobre o desenvolvimento das atividades do processo. Portanto, os discursos em destaque nesta classe, revelam um contraponto a realidade idealizada por outros autores, onde o instrumento de coleta de dados assume papel fundamental em um processo avaliativo adequado.

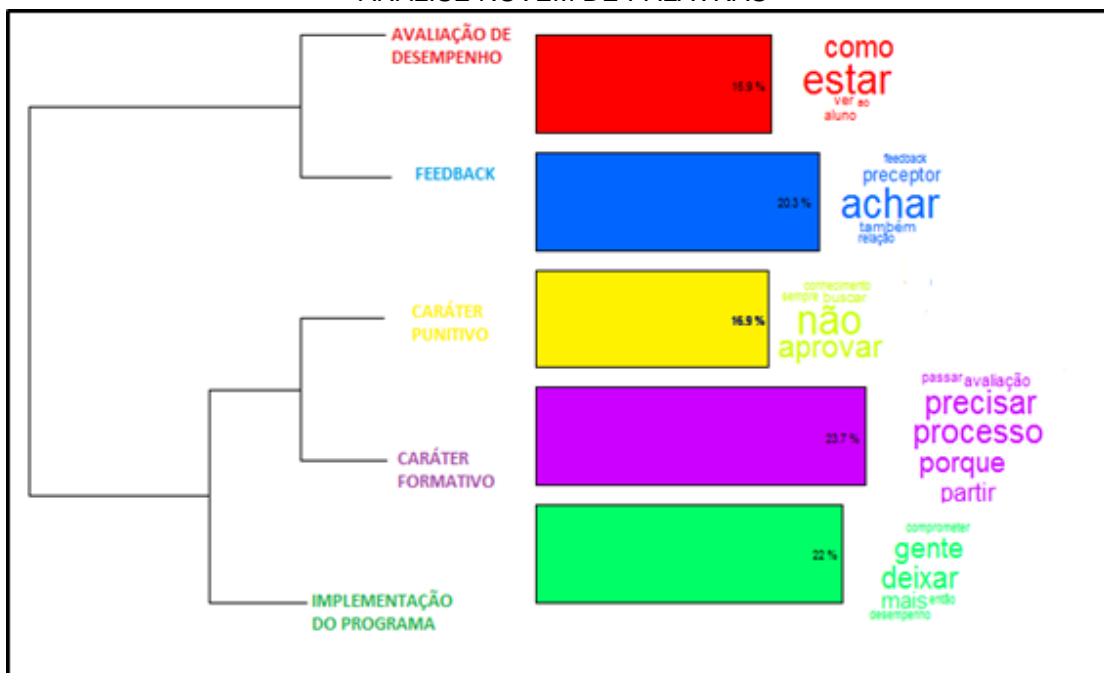
Observamos nos discursos dos preceptores, o caráter somativo e metódico atribuído ao processo avaliativo, destacando a formação e desempenho técnico. No entanto, Luckesi (2011) afirma que para a prática de avaliação de aprendizagem, os instrumentos utilizados devem seguir uma perspectiva de avaliação, que diferente do exame, assume uma postura pedagógica que não se limita apenas ao desempenho do estudante, mas, atenta-se a outros fatores internos e externos de educando, educador e instituição de ensino. Tais fatores devem ser levados em consideração e estar passíveis de intervenções, caso deseje-se melhorar o desempenho dos estudantes.

Contrapondo o discurso dos entrevistados, Sousa *et. al* (2008), sugere dois componentes do sistema de avaliação: A avaliação da Residência Multiprofissional, realizada em quatro eixos: Modelo Político-pedagógico, estrutura física, recursos pedagógicos e corpo docente/coordenação; e a avaliação do residente, também fundamentada em quatro eixos: Vivências teórico-conceituais, vivência território, vivência extensão e trabalho de conclusão de curso. Sendo assim, o processo avaliativo possibilita ler a realidade do processo educativo.

Observamos no que tange ao conhecimento dos métodos e instrumentos, que falta esclarecimentos entre os entrevistados sobre o instrumento padrão utilizado para avaliação. Residentes demonstram maior conhecimento que os preceptores, talvez em decorrência dos encontros prévios realizados com eles no momento em que iniciam no Programa de Residência, onde são esclarecidos diversos pontos relacionados ao sistema pedagógico, incluindo processo avaliativo.

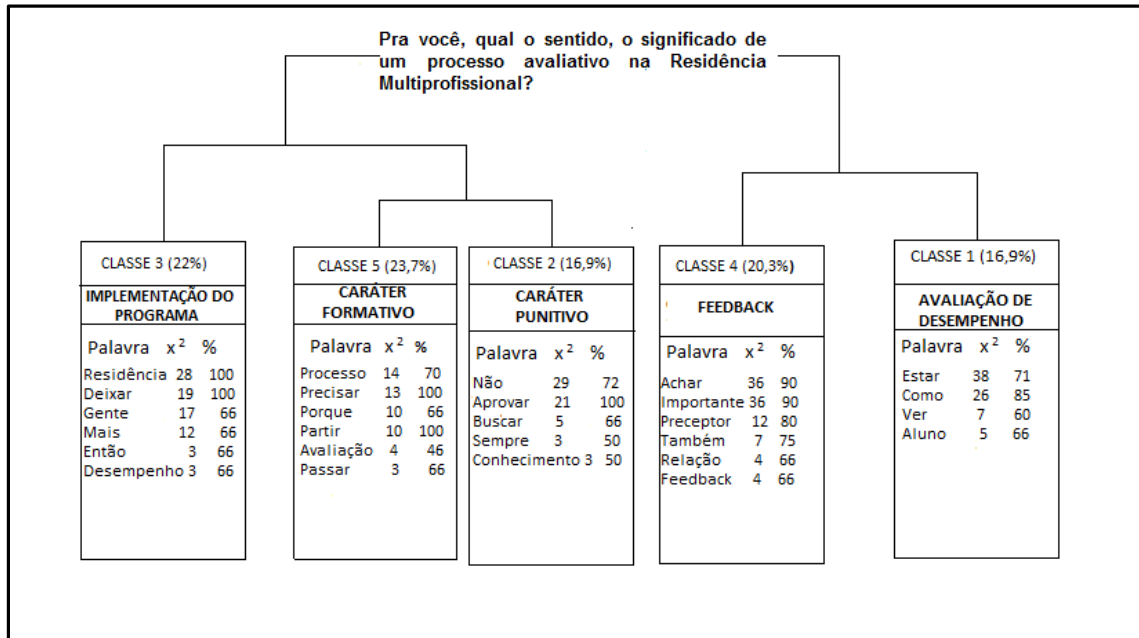
O dendograma abaixo (Fig. 9) foi gerado a partir da segunda pergunta do roteiro de entrevista realizada aos residentes - “Qual o sentido, o significado do processo avaliativo no programa de residência?” e o gráfico 3 ratifica a CHD apresentando porcentagem da frequência de palavras e o qui-quadrado correspondente.

FIGURA 9: CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “SENTIDO E SIGNIFICADO DO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do pesquisador (2017)

GRÁFICO 3 - GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “SENTIDO E SIGNIFICADO DE UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

A classe denominada **AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**, com a cor vermelha, equivale à 15,9%, dos segmentos de textos analisados e está ilustrada pelas falas a seguir:

“Primeiro para ver como é que está o andamento do processo de ensino-aprendizagem em relação ao desempenho do aluno” (R2)

“De estar percebendo como está o aprimoramento quanto ao residente” (R7)

As palavras “estar”, “ver”, “como” e “aluno”, foram as mais frequentemente encontradas nos segmentos analisados, bem como apresentaram maior qui-quadrado, reforçando a relação destas palavras com a definição da classe feita pelo Iramuteq e denominada pelo pesquisador.

Na classe **FEEDBACK**, destacada na cor azul, observamos na fala dos residentes a preocupação com o feedback desta avaliação de desempenho, sendo este o significado mais pertinente do processo avaliativo, verificado nos trechos da fala a seguir:

“Saber como está o seu feedback” (R4)

“Saber onde você está errando, onde você está acertando” (R2)

“Primeiramente, acho que é importante porque nos dá um feedback em relação ao nosso trabalho” (R3)

Essa foi uma classe bem expressiva na fala dos entrevistados, representando 20,3% dos segmentos de textos associados. O gráfico correspondente ao dendograma mostra as palavras mais frequentes e seu qui-qua-quadrado, que foram: “achar”, “importante”, “preceptor”, “também”, “relação” e “feedback”.

A classe destacada na cor lilás, denominada CARÁTER FORMATIVO resultou de 23,7% dos segmentos de textos encontrados nas falas dos residentes. No gráfico, as palavras “processo”, “precisar”, “porque”, “partir”, “avaliação” e “passar”, foram as mais frequentes e que apresentaram maior qui-quadrado e conseqüentemente relação com a classe. Esta levou em consideração o caráter formativo do sistema avaliativo, sendo utilizado para o aperfeiçoamento do mesmo e para melhoramento de sua condução, o que pode ser verificado nas seguintes falas:

“Para poder conseguir melhorar cada vez mais esse processo de ensino-aprendizagem” (R2)

“Porque ela (avaliação), vai demonstrar falhas...” (R5)

“Pra mim, precisa ter essa avaliação, uma avaliação contínua” (R8)

A classe CARÁTER PUNITIVO destacada na cor amarela, equivale a 16,9% dos segmentos de texto, e foi enfática ao revelar a visão dos residentes sobre o sistema de avaliação estar vinculado à possibilidade de reprovação na residência, impedindo-o de adquirir seu título. As falas a seguir ilustram esta questão:

“A avaliação faz com que o residente esteja sempre buscando conhecimento para se manter na disciplina, se manter aprovado” (R1)

“Se você está atingindo certos pontos, que são critérios para você passar” (R4)

Esta classe apresentou as palavras “não”, “aprovar”, “buscar”, “sempre” e “conhecimento” com maior porcentagem de frequência e qui-quadrado confirmado, assim, a categorização desta classe.

A última classe gerada com 22% dos segmentos de texto relacionados, representada pela cor verde, denominada “IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA”, é a classe correspondente a percepção gerada dos residentes sobre o processo avaliativo. Para eles, a avaliação é inerente ao programa de residência, fazendo parte obrigatoriamente de sua estrutura enquanto processo de ensino-aprendizagem e aperfeiçoamento profissional.

“A partir do momento que nós sabemos que vamos passar por um processo avaliativo, a gente se compromete mais”. (R3)

“Precisa ter essa avaliação”. (R8)

“É pra alimentar o sistema da residência”. (R10)

Nos discursos, também foi revelado a compreensão de que trata-se de um programa de pós-graduação implantado recentemente, que necessita de aperfeiçoamento e evolução, exigindo ainda mais comprometimento dos atores envolvidos.

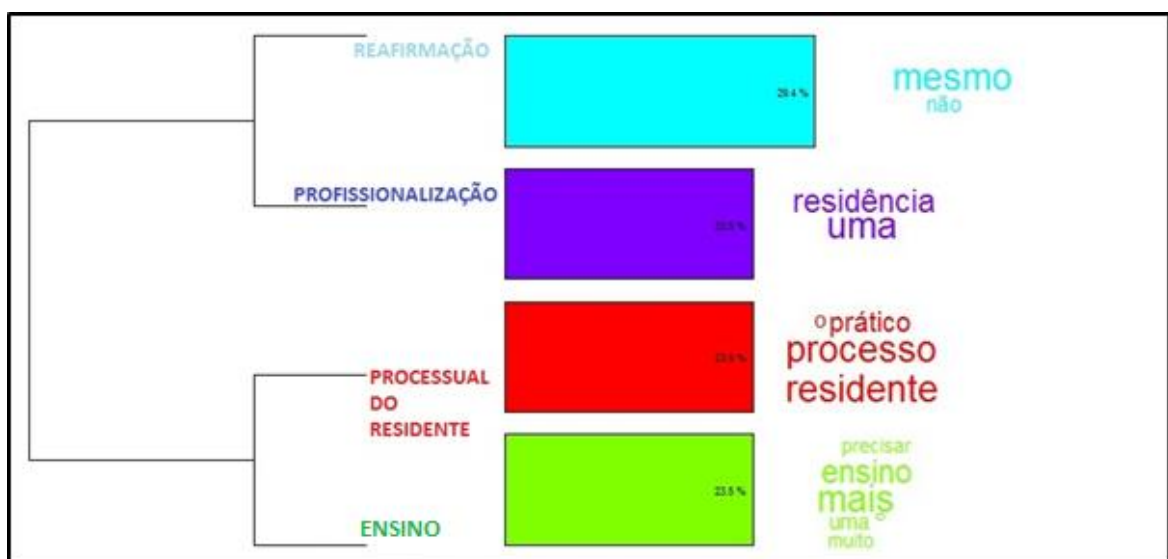
“Essa residência que é uma residência muito nova, ela tem muito a melhorar...” (R2)

“A residência precisa de dados...saber se está sendo proveitoso o programa”. (R3)

Nesta classe as palavras de maior frequência e qui-quadrado, sendo responsáveis pela conclusão na sua definição foram: “residência”, “deixar”, “gente”, “mais”, “então” e “desempenho”.

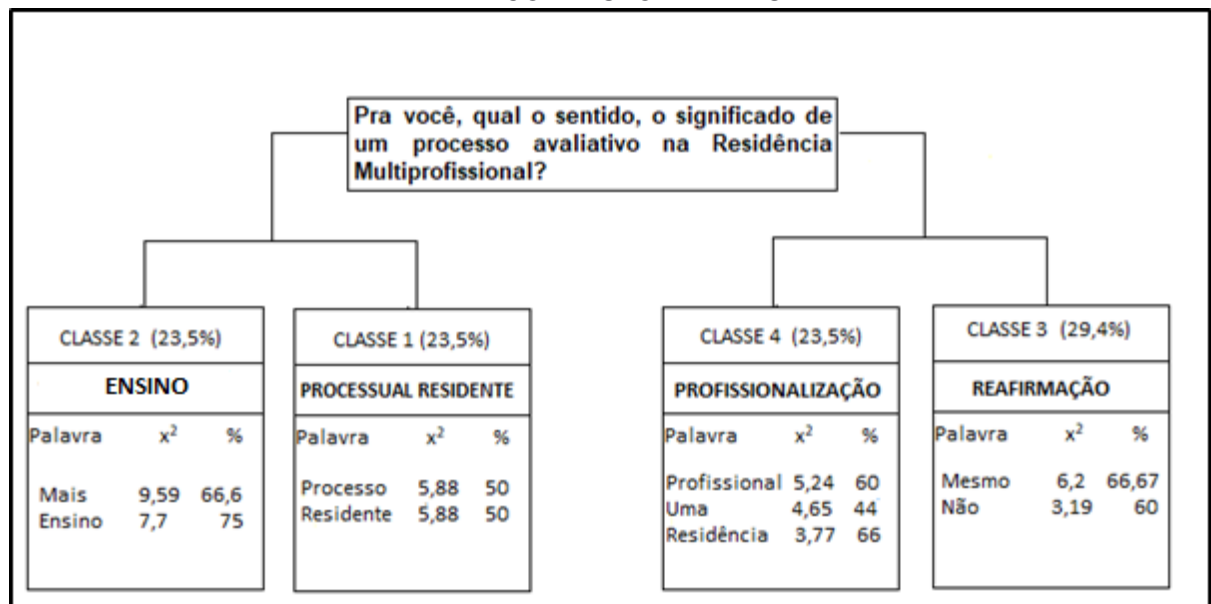
Ao submeter o corpus da pergunta 2 para os preceptores, “Qual o sentido, o significado do processo avaliativo no programa de residência?”, não houve necessidade de alterações de variáveis, sendo adotado os valores padrão do software. Desta forma, foi gerado o seguinte dendograma (Fig. 10), reforçado pelo gráfico (Gráfico 4) que seguem:

FIGURA 10: CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “SENTIDO E SIGNIFADO DO PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 4 - GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “SENTIDO E SIGNIFICADO DE UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

O dendrograma apresentou dois sub-corpus, cada um com duas partições. As partições equivalentes as Classes 1 e 2, foram denominadas respectivamente de PROCESSUAL RESIDENTE e ENSINO. As classes 3 e 4 foram denominadas REAFIRMAÇÃO e PROFISSONALIZAÇÃO, respectivamente.

A classe denominada PROCESSUAL RESIDENTE, representa 23,5% dos segmentos de textos analisados e é destacada no dendrograma pela cor vermelha. Nesta classe, os discursos dos preceptores entrevistados revela a visão de que avaliação não se limita a um momento único, mas, é o resultado de uma trajetória ao longo da vivência do residente, sendo inclusive importante para detecção de falhas e possíveis correções. A definição desta classe foi reforçada pela palavras “processo” e “residente”, que apresentaram maior qui-quadrado e frequência de evocação. As falas abaixo, ilustram tal leitura:

“Acompanhar a evolução dos residentes e detectar falhas no processo”. (P1)

“A avaliação nesse processo tenta diagnosticar o que de fato aquele residente tá conseguindo produzir”. (P4)

“O significado é para acompanhar o processo quantitativo da qualidade da prática exercida pelos residentes”. (P6)

A classe denominada ENSINO, com 23,5% dos segmentos de texto, destacada no dendograma pela cor verde, podemos observar que os preceptores associam avaliação com a prática de ensinar, sendo a prática avaliativa um elemento indissociável no processo de ensino-aprendizagem. As palavras com maior qui-quadrado e frequência de porcentagem nesta classe foram “mais” e “ensino. As falas abaixo, ilustram a análise:

“A avaliação é um resultado de um processo de ensino, um processo que é ensino e prática. Precisamos pensar mais no antes da avaliação do que na própria avaliação, a avaliação já vai ser o resultado desse processo”. (P8)

“Pra não ser aquela questão de prática pela prática como tem ocorrido na maioria das vezes, isso é muito chato, pelo menos as pessoas que tem uma certa vivência com o ensino, é ruim.” (P4)

A classe denominada REAFIRMAÇÃO, destacada na cor azul com 29,4% dos segmentos de texto analisados, vem como uma proposta de reforçar a submissão do residente a um processo avaliativo já que está em uma atividade de pós-graduação, ou seja, com caráter educativo, portanto, passível de avaliação. Nesta classe as palavras “mesmo” e “não”, foram as que obtiveram maior relação definido pelo qui-quadrado, bem como maior porcentagem de evocação. As falas abaixo ilustram a análise:

“Quando um residente vem, e busca um conhecimento a mais, ele está aberto. Mesmo eu (residente) saindo da academia já sendo um profissional”. (P9)

“Mesmo com os colegas (preceptores) que não tem essa vivência de docência, percebem que é importante a avaliação porque já foram acadêmicos, já foram avaliados”. (P4)

“Mesmo sendo profissional, o conhecimento que adquirem é muito gratificante porque ainda não estão atuando” (P8)

A classe 4, denominada de PROFSSIONALIZAÇÃO, representou 23,5% dos segmentos de textos analisados, e está destacada na cor lilás. Ao analisar o discurso nesta classe, observamos a importância atribuída ao processo avaliativo na busca da profissionalização desses residentes, sendo este um dos grandes objetivos, reforçando sua característica de especialização, um segmento para quem tem interesse em aprofundar-se em determinada prática clínica. Nesta classe, as palavras

mais frequentes e com maior qui-quadrado foram “profissional”, “uma” e “residência”. As falas abaixo reforçam a definição da classe:

“...é uma formação. Já são profissionais que podem atuar na área, porém, estão fazendo uma especialização, e estudam pra isso”. (P9)

“A residência é uma especialização, tem esse caráter de formação, portanto, precisamos avaliar se o residente apresenta características compatíveis com sua especialização, para que ele realmente seja um profissional diferenciado”. (P10)

“Uma forma que o residente tem de ter um feedback a respeito da sua atuação, já que no final da residência ele vai ser tornar um profissional especializado”. (P3)

Nesta pergunta, a preocupação com a formação clínica dos residentes foi expressiva no discurso dos preceptores. Em estudos de Silva (2015), foram observadas que os preceptores tinham dificuldades em potencializar a formação multiprofissional além do caráter tecnicista, onde a avaliação era dependente de instrumentos formais, e com ênfase à avaliação na prática clínica. Uma das explicações para esta realidade, segundo o autor, seria a falta de participação dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do curso e seus objetivos, o que permitiria um direcionamento do processo ensino-aprendizagem, incluindo o processo avaliativo. Este autor, em sua pesquisa, detectou que 67% dos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher desconheciam o PPP e outros 42% relatavam não participar da construção do projeto.

O PPP do Programa de Residência objeto deste estudo deixa claro o objetivo de formar residentes especialistas, porém, com visão holística, humanista e reflexiva para atuarem nas mais diversas realidades do SUS. Sendo assim, os objetivos traçados no PPP permitem que o processo avaliativo em uma residência multiprofissional possibilite a leitura da realidade do processo educativo, destacando a evolução de cada residente segundo os objetivos (SOUSA et. al, 2008).

Ceccim e Feuerwerker (2004), sugerem a criação de espaços de conversas entre as categorias profissionais e as instituições de ensino com objetivo de refletir sobre o perfil de competências profissionais almejadas com o curso de especialização e assim definir as práticas clínicas.

Oficinas de trabalho são uma ferramenta que alguns programas de residência, como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEL), vem adotando, permitindo uma articulação entre o específico das experiências particulares e o geral, oriundo da inserção social dos participantes (CHIESA, 1994).

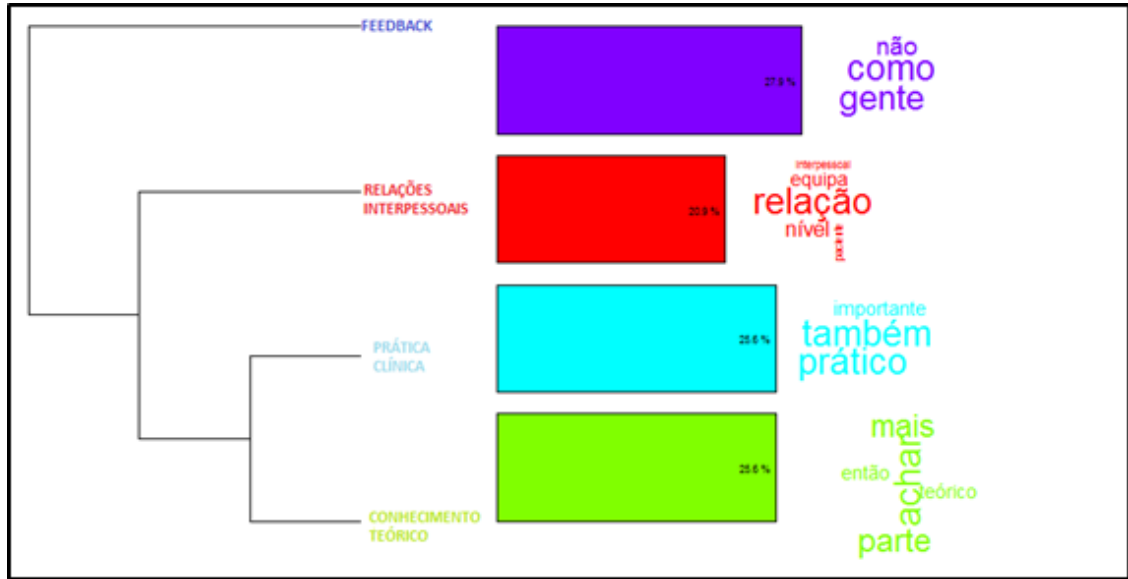
Com relação a temática do enfoque punitivo e formativo do processo avaliativo presente no discurso dos residentes, Santos (2010), faz um levantamento pertinente. Lembra que o Relatório de Atividades da CNRMS, suscitou que o processo de avaliação inclui avaliação da preceptoria e punição sobre o residente.

Sousa et al (2008), também incita a reflexão no que concerne a finalidade do processo avaliativo na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, seu objeto de estudo. Segundo ele, não cabe em um modelo de formação em serviço o ato de aprovar ou reprovar determinado aluno.

Sendo assim, cabe a reflexão sobre o objetivo em submeter o residente à um processo avaliativo, e mais que isso, no que consiste esse processo. Qual o sentido de determinar uma punição, e em que isso contribuiria para o processo de ensino-aprendizagem e para formação deste profissional. Também nos remete a analisar se as diretrizes que regem a formação em serviço através das Residências Multiprofissionais alinham-se ao perfil de profissional pretendido pelas DCN's.

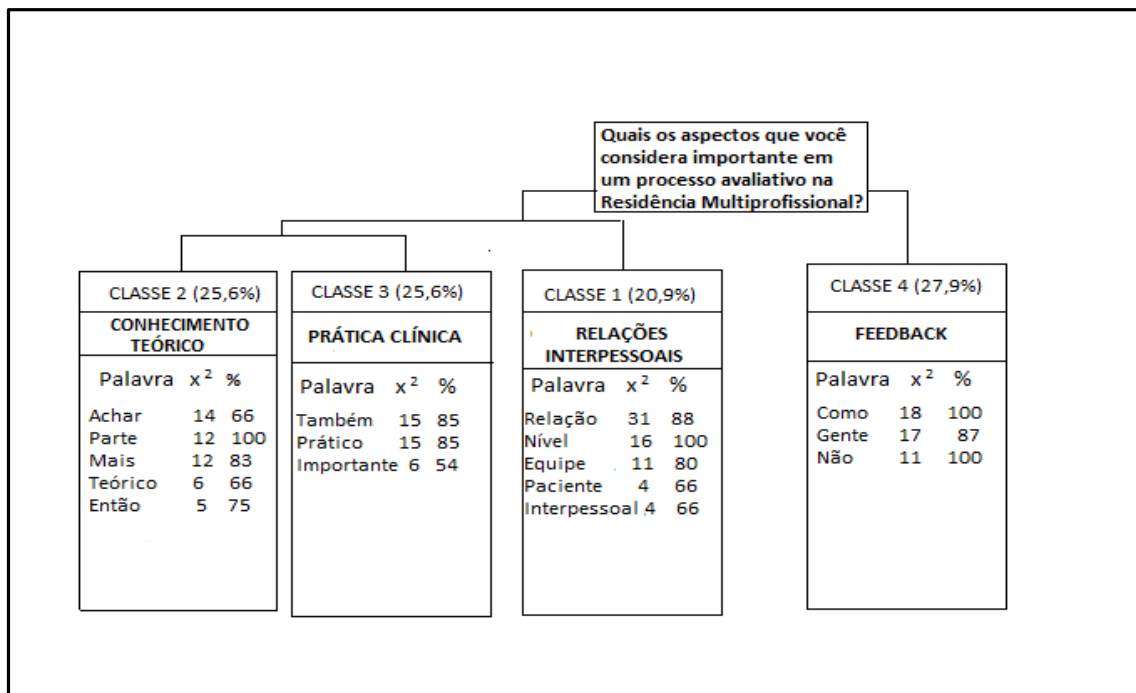
A figura 11, representa o dendograma resultante da terceira pergunta voltada para os residentes - Quais os quesitos que importantes a serem levados em consideração durante um processo avaliativo? e é reforçado pelo gráfico 5 e seus dados.

FIGURA 11 - CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 5 - GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

A classe denominada FEEDBACK, equivalente à 27,9% de ocorrência nos segmentos de textos, representado pela cor lilás, revela a associação que os

residentes fazem dos quesitos avaliativos e o feedback do seu desempenho de uma maneira geral, sendo de considerável importância que tais quesitos sejam fidedignos à realidade deles e capazes de desenhar sua evolução. As falas seguintes, justificam a percepção gerada:

“Perceber no nosso método como a gente atende...como a gente nos direciona... como a gente avalia...” (R3)

“Ter a devolutiva dos preceptores pra saber como está sendo a minha atuação” (R12)

Nesta classe as palavras mais representativas foram: “como”, “não” e “gente”, reforçando a ideia de avaliação pessoal e seu feedback.

A classe denominada **RELAÇÕES INTERPESSOAIS**, representada na cor vermelha, estão as relações humanas do residente para com outros sujeitos, sejam eles da equipe de serviço ou próprio paciente, totalizando 20,9% de ocorrência, conforme ilustra as falas seguintes:

“As relações interpessoais que o residente estabelece dentro da equipe” (R2)

“Trato com o usuário” (R9)

“Relação humana, vínculo profissional-paciente” (R7)

Ratificando a definição desta classe, o gráfico apresenta as palavras de maior ocorrência e sua relação: “relação”, “nível”, “equipe”, “paciente” e “interpessoal”.

As classes denominadas **PRÁTICA CLÍNICA** (25,6%), na cor azul, e **CONHECIMENTO TEÓRICO** (25,6%) na cor verde, obtiveram a mesma porcentagem de ocorrência, revelando a importância atribuída a esta relação pelos residentes.

“Se ele tá conseguindo associar com a prática” (R2)

“Na prática, acho que tem alguns aspectos importantes a serem avaliados. Na parte teórica, acho que a gente sempre deve manter nosso conhecimento atualizado (R3)

“A parte teórica é muito importante” (R4)

“Conhecimento específico nas aulas teóricas” (R5)

Reforçando a classe do Conhecimento Teórico, a gráfico apresenta as palavras de maior correlação com a definição categorial: “achar”, “parte”, “mais”, “teórico” e “então”. Já para a classe Prática Clínica, as palavras mais ocorrentes e com maior qui-quadrado foram: “também”, “prático” e “importante”.

A complexidade do ato avaliativo foi abordada por Vieira & Souza (2009), ressaltando que um estudante da área da saúde, não deve apenas se limitar a adquirir

conhecimentos cognitivos fundamentais, mas, deve também ter domínio de uma série de habilidades com complexidade variável, que nem sempre são fáceis avaliar.

Espera-se que ao final do processo de ensino-aprendizagem, o residente descubra a importância do trabalho coletivo, correlacione teoria e prática, sendo estas habilidades alcançadas a partir de relações pedagógicas, ou seja, relações que almejem a aprendizagem prática do aluno (REGO, 1994)

Santos (2010), ouviu de residentes quesitos semelhantes que deveriam ser observados no processo avaliativo. Dentre eles foram destacados: pontualidade, relações estabelecidas entre residentes e equipes das Unidades e o desempenho quanto ao processo de trabalho de acordo com as competências almejadas.

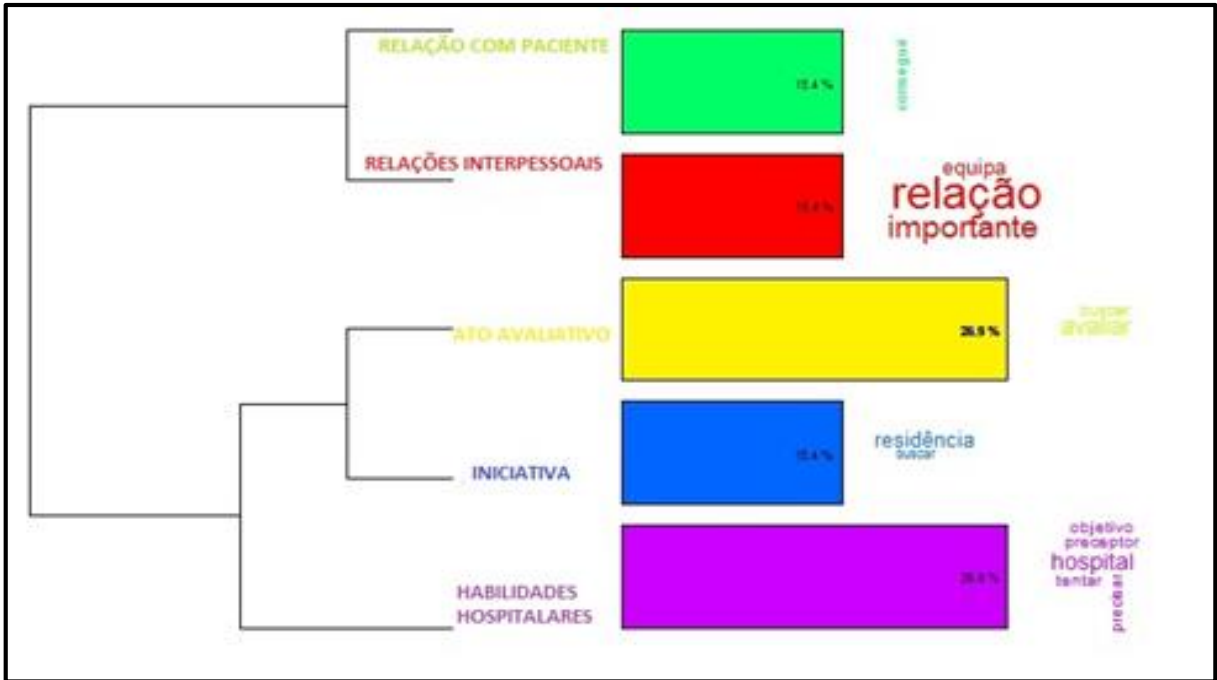
Ficou explícita a percepção da importância de um processo avaliativo como estratégia de ensino-aprendizagem na Residência.

Holanda (2015), reforça a ideia de que avaliação é um exercício de reflexão, onde o ser humano repensa seus atos e analisa-os, não só com o mundo, como com outros seres, sendo assim possível a tomada de decisões e transformação da realidade através da identificação de problemas, como também, do reconhecimento de qualidades e potencialidades.

Ao analisar o corpus das resposta dos preceptores para a terceira pergunta ajustamos os parâmetros do software para gerar a CHD, deixando ativas as classes de adjetivos, formas não reconhecidas, nomes comuns e verbos, e suplementares as formas adjetivos, adjetivos demonstrativos e indefinidos, auxiliares, números, nomes suplementares e verbos suplementares, estando as demais formas inativadas. Além disso, reduzimos para 8 o número de classes máximas geradas.

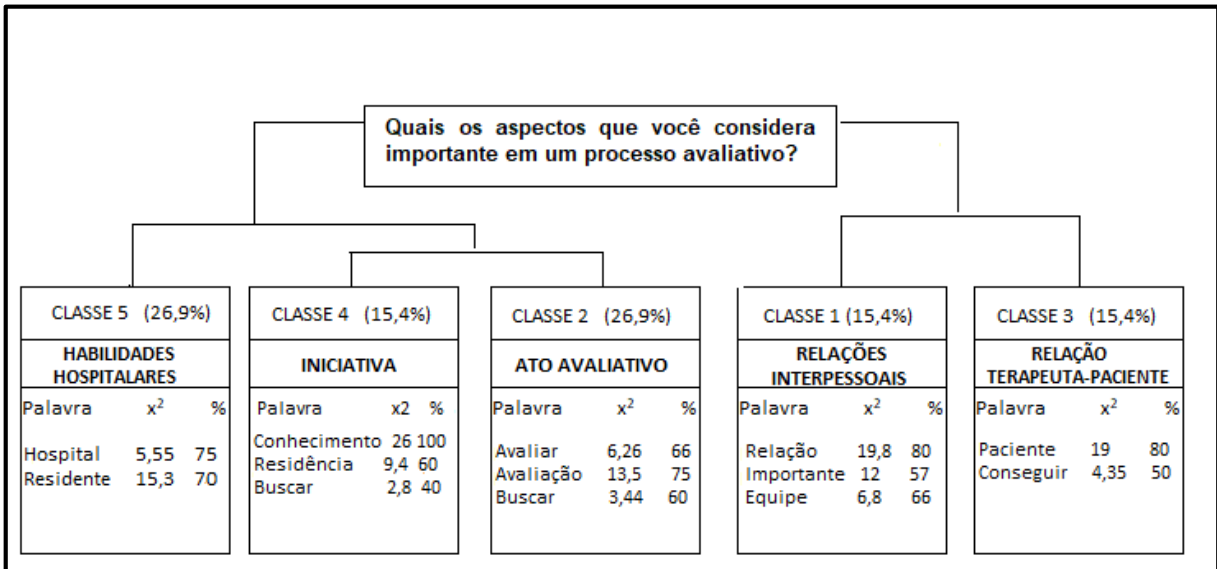
Desta forma, obtivemos o dendograma abaixo (Fig.12), seguido do gráfico e suas especificidades (Gráfico 6).

FIGURA 12 – CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS



FONTE: Dados do pesquisador (2017)

GRÁFICO 6 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “ASPECTOS IMPORTANTES EM UM PROCESSO AVALIATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES



FONTE: Dados do autor (2017)

O corpus desta pergunta gerou dois sub-corpus. O primeiro, gerou duas partições, sendo que uma ainda derivou duas sub-partições, obtendo assim as classes 5, 4 e 2.

A classe 5, identificada pela cor lilás, com 26,9% dos seguimentos analisados e denominada HABILIDADES HOSPITALARES destaca a importância de se avaliar na visão dos preceptores, as práticas clínicas no ambiente hospitalar, bem como a importância de sua atuação para a instituição hospitalar. Esta classe foi reforçada pela palavras “hospital” e “residente”, conforme ilustra o gráfico 7, apresentando maior qui-quadrado e frequência de evocação. As falas seguintes ilustram a classe:

“Hospital que tem suas instruções de trabalho e tem que seguir porque se propõe a está ali como residente, então você tem que seguir as normas da instituição” (P4)

“O sentido da residência é de sempre buscar o melhor, estruturar melhor o hospital...comprometimento dele com a instituição” (P2)

“Adaptar o máximo possível o residente a essa realidade (hospital)” (P2)

A classe 4, denominada INICIATIVA, foi definida pela leitura de 15,4% dos segmentos de textos analisados, apresentando-se pela cor azul no dendograma. Esta classe apresenta falas onde preceptores julgam importantes a capacidade dos residentes em buscar conhecimentos, iniciativa em apresentar o melhor em termos de arcabouço teórico-científico, bem como na sua prática clínica baseada em evidências. As palavras “conhecimento”, “residência” e “buscar”, foram as palavras com maior frequência de evocação e qui-quadrado, conforme gráfico 7. A classe é ilustrada pelas falas que seguem.

“Sempre buscar o melhor... buscar conhecimento, buscar o melhor tipo de atendimento” (P2)

“O interesse, saber que ele tá inserido realmente na busca desse conhecimento” (P9)

“Buscar artigos, dentre outras coisas” (P2)

A classe 2, representada pela cor amarela, foi denominada ATO AVALIATIVO e representa 26,9% dos segmentos de texto analisados. Nesta classe, os preceptores revelam que independente dos quesitos à serem avaliados, o ato de avaliar merece atenção, responsabilidade e habilidade, para que se tenha uma avaliação fidedigna à realidade de cada residente, não sendo uma tarefa simples ou fácil. As palavras

“avaliação”, “avaliar” e “buscar”, foram as destaque por maior qui-quadrado e frequência de evocação, conforme gráfico 7. As falas abaixo, ilustram o descrito:

“Temos que estar avaliando em conjunto porque ele passou por vários setores e vários profissionais, cada um tem seu ponto de vista” (P8)

“Não é fácil avaliar também, ninguém domina a avaliação é muito difícil você ver uma pessoa dominar” (P4)

“A avaliação ela não consegue captar de forma direta essas atitudes que faz parte do processo de avaliação” (P4)

As classes 1 e 3 foram geradas a partir do 2º subcorpus. A classe 1, destacada pela cor vermelha, apresenta 15,4 % dos segmentos de textos analisados e foi denominada de **RELAÇÕES INTERPESSOAIS**. Nesta classe, os preceptores destacam a importância de relações éticas e cordiais que os residentes devem dispor com os membros da equipe de serviço e seus próprios colegas residentes. Nesta classe, as palavras em destaque pela sua frequência e qui-quadrado foram “relação”, “importante” e “equipe”. As falas abaixo, ilustram tais discursos:

“O trabalho em equipe, a capacidade da comunicação verbal e não verbal e as relações humanas” (P5)

“Trabalho em equipe e relações humanas” (P6)

“A questão ética, técnica o que você aprende na faculdade, relação interpessoal com os colegas, com as profissões, essa interdisciplinaridade, esse processo de relação é muito importante, é um aspecto que eu considero na avaliação, uma pessoa que tem um bom relacionamento, que respeita é de relevância no processo de formação também” (P8)

A classe denominada **RELAÇÃO TERAPEUTA-PACIENTE**, representou 15,4% dos segmentos de textos analisados e é destacada no dendograma pela cor verde. Os segmentos de textos denotavam a importância de se avaliar como o residente, enquanto profissional, relacionava-se com seus pacientes, seu nível de empatia, ética e respeito. As palavras mais frequentes e com maior qui-quadrado nesta classe foram “paciente” e “conseguir”. A análise é ilustrada pelas falas a seguir:

“Aspectos como, conduta diante do paciente, empatia diante de paciente, se consegue se colocar na posição do paciente, se consegue ver o paciente como uma pessoa que precisa de cuidados, a relação terapeuta/paciente, conduta ética, empatia” (P1)

“Comprometimento com o próprio paciente, e dentro disso, outros tópicos, como, frequência, assiduidade, a pró atividade” (P2)

“Relacionamento interpessoal com pacientes” (P10)

De uma maneira geral, observamos as dificuldades encontradas pelos preceptores em definir os pontos que devem ser observados em um processo avaliativo, havendo inclusive críticas e sugestões quanto ao método vigente e seu instrumento. Ao ouvir preceptores e sua opinião sobre os instrumentos avaliativos que usavam no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Silva (2015), obteve relatos de que alguns deles não conseguiam avaliar pelos critérios determinados pelo instrumento disponibilizado e sugeriam, inclusive, que houvessem questões mais abertas e qualitativas.

O feedback, é uma oportunidade gerada pela avaliação formativa para preceptor, tutor, residente e coordenação, afim de propiciar crescimentos de todos os envolvidos (BADUY et al, 2006). De fato, é um quesito de extrema importância, e que inquieta os residentes entrevistados, já que revelam no decorrer dos discursos que não existe esse momento de compartilhamento sobre o seu desempenho na perspectiva de seus avaliadores, oportunizando a eles melhorarem ou modificarem sua prática.

Demonstra a importância dada pelos entrevistados à relação não somente com os demais profissionais do serviço, permitindo uma compartilhamento de saberes, e práticas, potencializando o cuidado com o paciente. Lopes (2014), afirma que tal relação leva à uma reflexão do profissional sobre a sua conduta, a partir do conhecimento e materialidade das práticas dos demais profissionais.

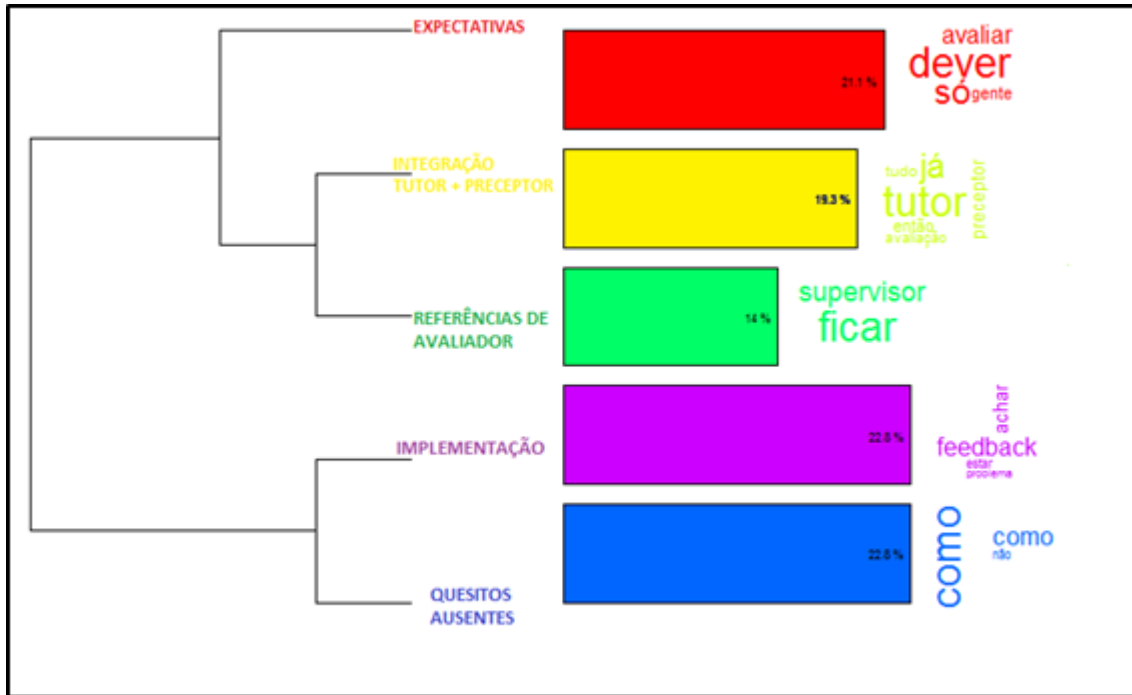
Essa realidade, nos revela a tentativa de ruptura com o conceito de saúde fragmentada, que ainda persiste em vários espaços de saúde pública, embora ainda esteja desalinhada com as propostas das DCN's e do SUS de uma formação mais generalista dos profissionais de saúde.

Já a relação com o paciente, permite ao profissional mais que registros técnicos, uma proximidade com a história deste paciente, sendo esta, um elemento facilitador do planejamento terapêutico aplicado a situação do usuário.

De fato muitas aspectos em comum são citados por residentes e preceptores, com destaque para as relações humanas, nos remetendo a uma formação de caráter humanista e multidisciplinar, como propõe as DCN's, onde a relação com o paciente e demais profissionais de outras áreas da saúde, contribuem diretamente para o perfil profissional em construção do residente.

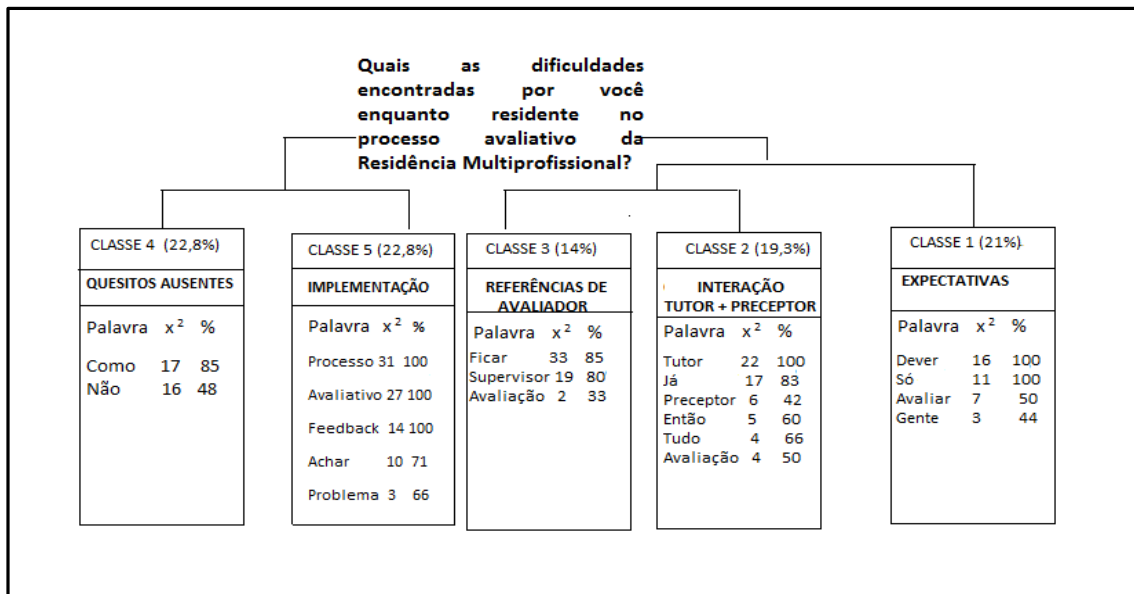
A última pergunta questionava - Quais as dificuldades encontradas por você durante o processo avaliativo? A análise do corpus dos residentes resultou no dendograma abaixo (Fig.13), e é reforçada pelo gráfico 7:

FIGURA 13 - CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 7 - GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: Dados do autor (2017)

Na classe EXPECTATIVAS, na cor vermelha, observou-se na fala dos residentes a ânsia por uma avaliação diferente daquela que vivenciam, sugerindo novos métodos e formas de avaliar seu desempenho:

“Um avalia de uma forma, outro de outra forma” (R2)

“Deveria ter um momento só pra avaliar, pra gente ouvir o avaliador” (R8)

“Eles (supervisor) que deveriam nos acompanhar no campo de prática” (R8)

Nesta classe as palavras com maior porcentagem de frequência e com maior relação à definição da classe foram: “dever”, “só”, “avaliar” e “gente”. Observamos nas falas dos residentes, muitas angústias e insatisfações por não serem contemplados com um processo avaliativo mais explícito e justo, segundo seus conceitos. De fato, diversos estudos revelam o distanciamento do modelo desejado para formação desses profissionais do que ainda vivenciamos, gerando expectativas de uma formação mais problematizadora, emancipadora e criativa, impossibilitando o avanço da ciência, do conhecimento, da educação e da liberdade (ROMÃO, 2008).

A classe INTEGRAÇÃO TUTOR-PRECEPTOR, destacada na cor amarelo, resultou da ocorrência em 19,3% dos segmentos de textos analisado. Esta classe deixou explícita a falta de integração entre a atividade da tutoria, que se dá no âmbito das aulas teóricas, e da preceptorial, que está delimitada ao ensino em serviço. Residentes declaram que esse fato acaba dificultando o aprendizado, afastando realidades que na verdade são indissociáveis. Palavras como “tutor”, “já”, “preceptor”, “então”, “tudo” e “avaliação”, justificam a definição da classe e sua categorização. As falas que seguem, ilustram a classe:

“Se a gente conseguisse pôr tutores que sejam daquela área da residência...Então, às vezes, infelizmente acaba entrando nesse conflito de conhecimento” (R4).”

“Falta de comunicação entre tutor e preceptor” (R12)

“Ainda não vi avaliação do preceptor e do tutor” (R9)

Com relação a REFERÊNCIA DE UM AVALIADOR (14%), representada pela cor verde, o conteúdo das falas estavam no sentido da dúvida que os residentes tem com a figura do supervisor, que segundo eles, assina a avaliação, porém não os acompanha no campo de prática. Sendo assim, sugerem que o profissional que está no serviço, acompanhando suas atuações, seja também responsável por avaliá-lo, assinando sua ficha avaliativa:

“Dizem que os preceptores são os supervisores, mas, eles (supervisores) acabam não sendo quem fica com a gente” (R8)
 “Mas quem fica com a gente não é o supervisor”. (R6)

Alguns atribuem essa falha, à falta de tempo que o preceptor teria em realizar este ato mais burocrático, delegando sua função de avaliador para outro profissional que não teria a mesma vivência prática com o residente.

“Falta de tempo para o preceptor avaliar. A avaliação fica a desejar” (R8)
 “Entregamos (Registros e Atitudes) para o preceptor, mas, quem vai avaliar é o supervisor” (R6)

No levantamento das palavras com maior ocorrência e seus índice de relação com a classe, estão “ficar”, “supervisor” e “avaliação”.

Esta problemática sobre funções distintas dos educadores em um programa de Residência foi abordada por Sousa *et. al* (2008), esclarecendo que preceptores e tutores são profissionais que compartilham de uma mesma ação: a educativa; de um mesmo foco: o processo de trabalho do residente; de um mesmo objetivo: facilitador do processo de construção das competências pelo residente.

A diferença entre estes elementos seria o objeto do processo de trabalho. Para preceptores, cabe a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas à categoria profissional que está inserido. Já o tutor tem seu objeto mais difuso, sendo seu limite exatamente definido pelos componentes do processo de trabalho onde atua o preceptor, dessa forma, fica clara a complementaridade das ações desses educadores.

Steinbach (2015), em sua pesquisa com preceptoria na Residência Multiprofissional, identificou a dinâmica denominada Ação Integrada Multidisciplinar, que consistia em momentos de reflexão e planejamento realizados entre residentes, tutores e preceptores, colocando desta forma, a figura do tutor lado a lado com o preceptor.

Quanto a figura do supervisor, Botti & Rego (2008), em uma extensa pesquisa sobre a temática elucidou que em vários artigos científicos sua função está atrelada a uma espécie de modelo a ser seguido pelo residente, ser conselheiro e colega, além de saber demonstrar habilidades, ser instrutor, facilitador e, também, saber avaliar. Em suma, o supervisor tem como principais atribuições observar alguém na realização de determinada atividade, zelar por essa pessoa e ter a certeza de que ela exerce sua atividade.

O CNRMS, orienta que preceptores e tutores da área de concentração trabalhem em conjunto, elaborando escalas de plantões e de férias, desenvolvam o plano de atividades teórico-práticas e acompanhem sua execução (BRASIL, 2012).

O sub-corpus relacionado ao conteúdo sobre o Sistema Avaliativo gerou duas partições definidas como as classes da Implementação e Quesitos Ausentes.

Na classe com 22,8% dos segmentos de texto, representada pela cor lilás e denominada IMPLEMENTAÇÃO, dificuldades associadas a implementação do processo avaliativo, bem como suas consequências ao programa de Residência foram expostos como os maiores problemas. Corroboram para esta definição as palavras: “processo”, “avaliativo”, “feedback”, “achar” e “problema”, citadas mais frequentemente e com maior associação à classe.

Fatores como ausência de feedback aos envolvidos e elaboração do processo avaliativo foram relatados também nesta classe, conforme falas abaixo:

“O problema, são as pessoas que são responsáveis pela elaboração do processo” (R2)

“Estão tentando começar a montar esse processo avaliativo” (R2)

“Não existe feedback, por parte dessa relação do preceptor para com os residentes ou da coordenação para com os residentes” (R4)

Também houve entrevistado que julgou o processo avaliativo inexistente:

“Não encontrei nenhuma dificuldade porque até então a residência não tem nenhum processo avaliativo” (R3)

O processo de construção de um Programa de Residência, já foi exposto em estudos de Baduy *et al* (2006), caracterizado por espaços de conversas entre todas as categorias profissionais propostas para o curso, universidade e serviço público de saúde. Tais espaços, permitiram momentos de reflexão com relação as práticas educativas e assistenciais através da participação ativa dos envolvidos, definindo uma sistematização das estratégias de aprendizagem, inclusive a avaliação.

A classe QUESITOS AUSENTES (22,8%), destacada na cor azul, revelou a insatisfação dos residentes pela ausência ou insuficiência de alguns quesitos avaliativos que eles julgam importantes para a solidificação do sistema Avaliativo, conforme ilustram as falas:

“Não tem participação de nenhum pedagogo” (R2)

“Não vi nenhum tipo de papel (ficha avaliativa)” (R2)

“Direcionamento para a traumatologia e ortopedia” (R4)

“Os preceptores não sabem como funciona a residência, eles veem a gente como uma ajuda” (R8)

“A professora usou um instrumento que não teria como fazer por conta da nossa sobrecarga de atividades” (R12)

Ratificam a definição desta classe as palavras “como” e “não”, mais frequentemente citadas e com maior associação a esta. Conclui-se com a fala dos entrevistados, que o processo avaliativo carece de aprimoramento, definições e esclarecimentos para que assim, assuma o caráter dialógico anunciado no texto das Diretrizes.

Lopes (2014), em seus estudos com residentes e preceptores, concluiu que, na visão dos participantes o processo avaliativo, ainda não cumpre com o compromisso ético-pedagógico de investigação do desenvolvimento da aprendizagem do educando revelando limites e possibilidade, assim como não assumiu a função de propiciadora à reflexão da prática educativa ao residente.

Também foi identificado pela autora, relatos sobre o distanciamento entre preceptor e residente, dificultando assim o acompanhamento das atividades do residente, a identificação de dificuldades e até mesmo de possíveis divergências, inviabilizando a oportunidade de lidar com a questão interpessoal.

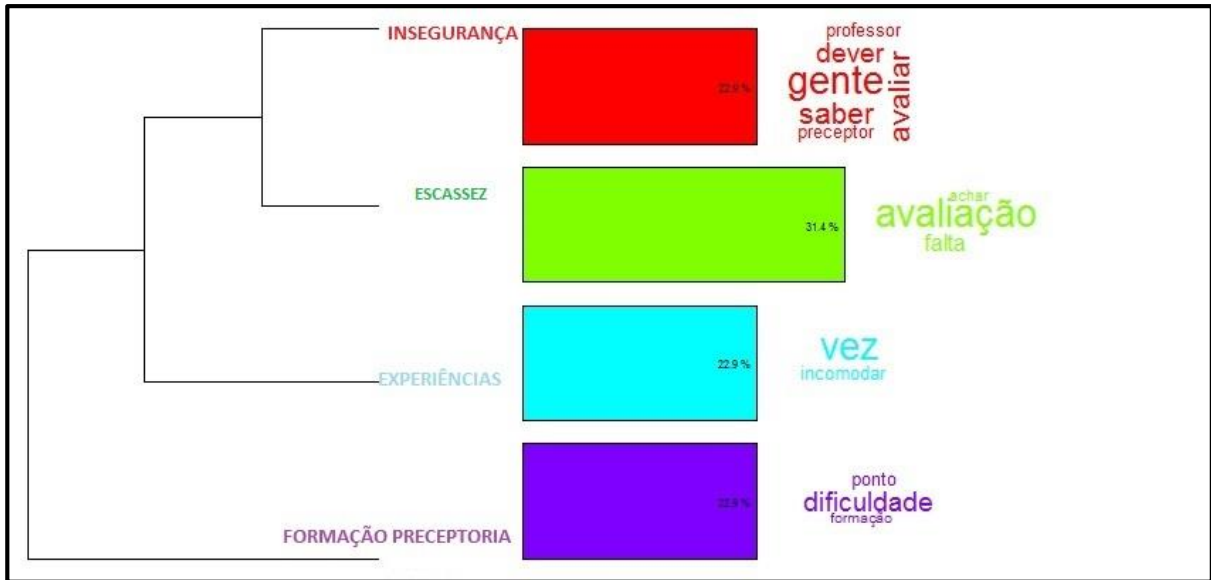
Em consonância as diretrizes da CNRMS (BRASIL, 2012), preceptores e tutores, devem, em conjunto, proceder a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral, o que não foi revelado pelos entrevistados na presente pesquisa.

Toda esta precarização levantada pelos residentes do processo ensino-aprendizagem, gera frustração e desânimo, caracterizando o programa de Residência com um fim apenas utilitário para Universidade e Serviços de Saúde, como destaca Lopes (2014), a academia cumprindo com a função de garantir vagas para práticas curriculares, e os serviços aproveitando a mão de obra dos residentes oferecidas nos campos de prática.

O corpus da última pergunta que questionava sobre as dificuldades encontradas pelos preceptores no processo avaliativo na Residência Multiprofissional, foi submetido a análise do Iramuteq com algumas alterações nos parâmetros padrão. Foram ativadas as formas adjetivo, adjetivo demonstrativo, formas, nomes comuns e verbos. As formas suplementares foram os nomes suplementares, pronomes possessivos, demonstrativo e relativo. Nestas especificações, a análise do corpus

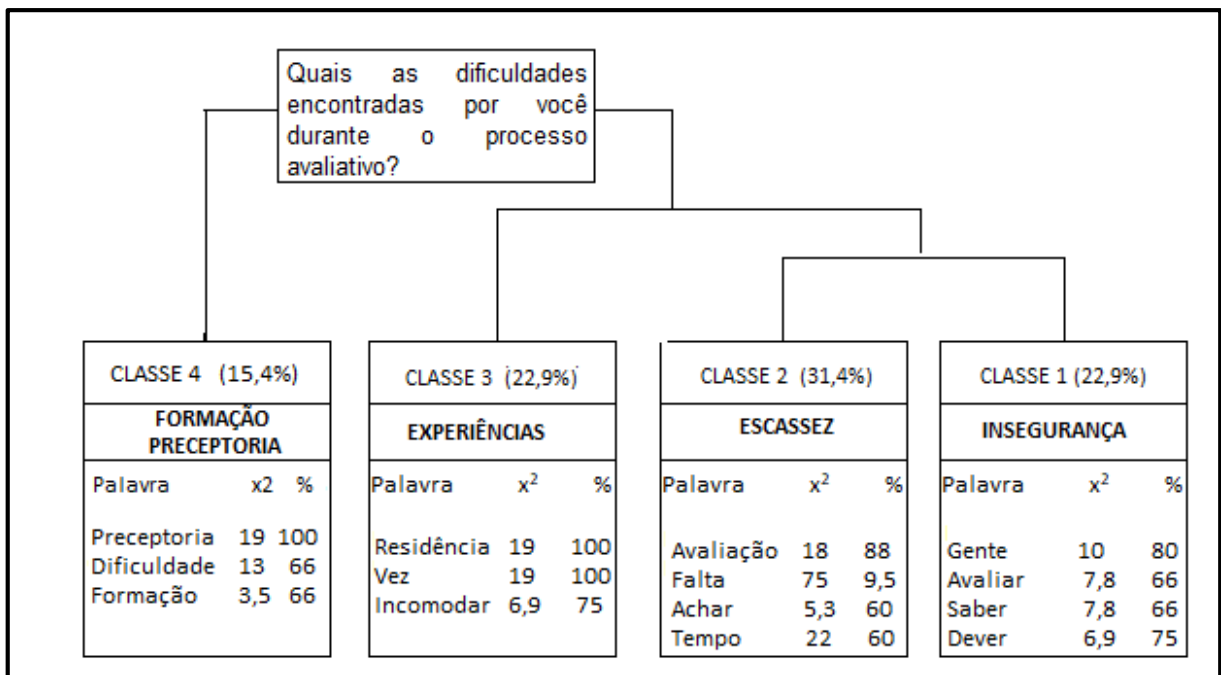
gerou o dendograma (Fig. 14), e possibilitou a construção do gráfico e suas especificidades (Gráfico 8).

FIGURA 14 - CHD DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



Fonte: Dados do Pesquisador (2017)

GRÁFICO 8 - GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO AVALIATIVO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

O corpus submetido a análise da CHD, gerou dois sub-corpus, sendo que um deles, gerou 2 partições, uma sendo a classe 3 e a outra ainda gerou duas sub-partições, as classes 2 e 1.

A classe 4, denominada FORMAÇÃO PRECEPTORIA, com 15,4% dos segmentos de textos analisados e identificados na cor lilás, destaca a dificuldades dos preceptores em entender a função do preceptor dentro da residência, e levantam a necessidade de treinamentos, cursos e educação continuada para esta atividade. Alguns reconhecem que as formações que foram disponibilizadas, foram construtiva para um maior esclarecimento de seu papel enquanto preceptor. As palavras com maior qui-quadrado e frequência de evocação foram “preceptoria”, “dificuldade” e “formação”, conforme gráfico 8. As falas abaixo ilustram os segmentos analisados:

“Outro ponto de dificuldade no início era entender o que seria preceptoria, aí melhorou após uma formação que tivemos, mas também foi a única” (P4)

“Sinto falta de capacitações para a atividade de preceptoria, já que não somos remunerados, que sejamos ao menos capacitados” (P9)

“Acho que ser preceptor é diferente de ser professor de estágio. Eu também não sei exatamente como é que é, é a primeira vez que eu estou sendo preceptor” (P1)

A classe 3, denominada de EXPERIÊNCIAS, apresentou 22,9% dos segmentos de texto analisados e está representada no dendograma pela cor azul. Nesta classe, os segmentos revelam a quantificação de situações em que a atividade da preceptoria ficou prejudicada, e que fizeram os preceptores repensarem em sua real contribuição para a residência multiprofissional. Nesta classe as palavras “residência”, “vez” e “incomodar”, obtiveram maior qui-quadrado e frequência de evocação. Os segmentos abaixo, ilustram a classe:

“Tu só acompanha ele (o residente), passa as tarefas pra ele e tal acompanha a frequência. Foi uma coisa que me incomodou muito desde o começo da residência” (P1)

“O residente acaba se tornando apenas uma ajuda, uma mão-de-obra, e isso me incomoda muito, assim como eu sei que incomoda eles também” (P9)

“Normas e outras coisas que a residência destoa do hospital” (P2)

A classe 2, denominada ESCASSEZ, apresentou 31,4% dos segmentos de textos analisados e está representado pela cor verde no dendograma. Nesta classe, observamos as lacunas existentes no processo avaliativo na visão dos preceptores, dificultando sua atuação enquanto avaliador. Nesta classe, as palavras que reforçam a concordância foram “avaliação”, “falta”, “achar” e “tempo”. As falas abaixo exemplificam a definição:

“Justamente a falta de um instrumento, a falta de principalmente isso, a falta de um instrumento que pudesse ser empregado em todas as etapas por critérios” (P1)

“Devido as várias atribuições do serviço, há falta de tempo para avaliar com cuidado, prejudicando uma avaliação mais detalhada” (P5)

“Falta de ter um protocolo esse roteiro de avaliação mesmo” (P8)

“Outro problema é a falta de tempo para preceptores acompanharem seus residentes” (P9)

A classe 1 denominada INSEGURANÇA, está destacada na cor vermelha e apresenta 22,9% dos segmentos analisados, revela a insegurança dos preceptores no gesto de avaliar, fazendo com que muitas de suas atitudes fiquem no campo da probabilidade, sem a certeza de que estão realizando sua tarefa de forma adequada. Nesta classe as palavras com maior qui-quadrado e porcentagem de evocação foram “gente”, “avaliar”, “saber” e “dever”. As falas abaixo ilustram tal definição:

“Agora como preceptor eu não sei muito bem, como que eu devo ser como preceptor, o que eu devo cobrar, o que eu não posso cobrar, o que eu ainda devo ensinar, eu não sei muito bem, não tá muito claro ainda pra mim esses aspectos, e quando chega o momento de avaliar é mais, estou mais perdido ainda” (P1)

“A gente vê que tem muitos profissionais assim que saíram da academia e hoje é preceptor não teve preparo nenhum” (P8)

“A gente não consegue parar, fazer uma reunião com todos os preceptores, por que eu acho que seria muito legal, fazer um estudo de caso, pra ver em que pontos pode melhorar” (P7)

Algumas das angustias observadas na presente pesquisa já foram percebidas em outros estudos, como o de Santos (2010), que analisou dois diferentes PPP de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Neste estudo, foi observado que não havia uniformidade dos meios de avaliação, havendo uma

escassez de meios padronizados de avaliação. Santos também sugere que haja uma implementação de processos avaliativos não unilaterais, onde todos os interessados possam ser ouvidos.

O preceptor tem a função de supervisionar diretamente as atividades realizadas pelos residentes. Cabe também ao preceptor, juntamente com tutores a formalização do processo avaliativo do residente, bem como, sua participação na avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento (BRASIL, 2012).

A exemplo da classe encontrada nesta pesquisa, a escassez de tempo do preceptor para acompanhar seus residentes também foi observado por Steinbach (2015), observando através de relatos dos preceptores um consequente distanciamento entre preceptor e residente, impossibilitando um acompanhamento adequado que poderia identificar dificuldades pertinentes em sua prática clínica. Esta ausência preceptor, resultaria na exposição dos residentes a uma possível má prática, permitindo ao residente desaprender e ampliar sua desilusão quanto ao trabalho na saúde Pública e a realização das diretrizes do SUS. (REGO, 1994)

Com relação à formação para se exercer a preceptoria, levantada como uma das dificuldades encontradas pelos entrevistados, Rego (1994), também destaca a necessidade de se estabelecer relações pedagógicas entre preceptor e residente enquanto mediador de conhecimento teórico e prático, possibilitando assim, a aprendizagem do aluno. Estudos de Lima (2014), também ouviu de preceptores tais dificuldades como a falta de um curso preparatório de aquisição de conhecimentos sobre docência para se exercer a preceptoria, bem como a insuficiente formação durante a graduação para formar profissionais com perfil docente.

Ausência de capacitação pedagógica, pouca integração entre preceptores, docentes e coordenação, contribuem para a insegurança da atividade de preceptoria, resultando em insatisfação ao exercer a atividade de ensino de maneira inadequada (DIAS, *et al* 2015)

Muitas dificuldades foram levantadas pelos participantes. Observamos que algumas delas se justificam e se relacionam entre si, preceptores com dificuldades em avaliar, o que obrigatoriamente resulta em residentes avaliados de forma equivocada, reconhecidamente identificado pelos entrevistados. Todos anseiam por reformulação, e entendem a necessidade de um processo avaliativo coerente e que de fato possa

contribui para formação dos residentes, bem como consolidação do Programa de Residência.

A presente pesquisa, mostrou uma realidade diferente da preconizada pelas instituições idealizadoras dos Programas de Residência Multiprofissional e das DCN's, que anunciam um processo avaliativo dialógico, propiciando ao residente a revisão de sua prática educativa em qualquer fase do processo de ensino-aprendizagem. Faz-se necessário estudos complementares que abordem tal temática, e que possam experimentar novas formas e instrumentos de avaliação de aprendizagem, a exemplo de outros estudos, na busca de aperfeiçoamento e consolidação de um processo avaliativo que fortaleça a formação dos profissionais de saúde conforme a necessidade e diretrizes do SUS.

5 PORTFÓLIO COMO INSTRUMENTO AVALIATIVO

Segundo Hernández (1998), portfólio consiste em um continente de documentos em diferentes classes (notas pessoais, experiências em aula, representações visuais, trabalhos específicos) que evidencia o processo de aprendizagem do aluno com as estratégias utilizadas, bem como, a disposição de quem o elabora para dar continuidade ao conhecimento.

Tem sua origem nas artes, passou pela educação e posteriormente chegou a saúde (GOMES et al, 2010). No campo educacional teve seu início nos Estados Unidos, na década de 90, como forma de organizar e registrar o conteúdo aprendido pelos alunos da educação infantil (SÁ, 2008).

Segundo Gomes (2010), o portfólio tem a capacidade de estimular o desenvolvimento da autorreflexão, aumentar a dimensão avaliativa do estudante sobre sua formação, bem como permite avaliar a capacidade de pensamento crítico, de gerenciar problemas complexos, trabalhar de maneira colaborativa e conduzir pesquisa. Assim também, estimula o diálogo e discussão crítica das ideias entre os sujeitos envolvidos.

O portfólio se apresenta como uma estratégia de aprendizagem, já que, exige um envolvimento pessoal e acadêmico significativo na sua construção, o aluno realiza uma reflexão profunda para avaliar e selecionar o conteúdo do portfólio e para descrever seus momentos de aprendizagem, situações estas que estimulam o (re)significar de seus conhecimentos e uma auto avaliação sobre sua história acadêmica (TANJI e SILVA, 2008).

A seleção do conteúdo do portfólio é feita pelo aluno sob orientação docente, fazendo com que ele perceba que não se trata de um simples diário, mas, que é uma pasta composta por interesses, comentários, críticas, sugestões, auto avaliação e reflexão. Sendo assim, deve ser chamado de portfólio reflexivo. O uso do portfólio reflexivo propicia ao aluno oportunidade para que seja mais ético, criativo, domine a escrita e que seja capaz de refletir sua própria rotina, permitindo a formação de um profissional mais capacitado para as atuais exigências do mundo de trabalho. Além disso, permite um desenvolvimento pessoal e profissional de alunos e professores envolvidos no processo (CUNHA e SANNA, 2007).

O uso do Portfólio apresenta vantagens sobre a prova tradicional e pode ser utilizado em todas as fases de ensino: fundamental, médio, superior e pós-graduação.

Desta forma, sua utilização auxilia a enfrentar um grande gargalo na educação: a avaliação (PERNIGOTTI e SAENGER, 2000).

Sá (2008), afirma que o portfólio rompe os padrões tradicionais de avaliação, pois ele possibilita a integração do aluno e professor, bem como a interdisciplinaridade por meio da união de assuntos diversos em um único espaço, permite a avaliação da evolução do aluno, estimula curiosidade, autoestima e independência.

Como ferramenta de avaliação formativa o portfólio possibilita uma avaliação mais real, sendo uma compilação planejada das produções acadêmicas, pondo em destaque tanto o seu processo de aprendizagem como também os resultados obtidos, que deverão ser avaliados em conjunto pelo aluno e professor (SIMÃO, 2005). Desta forma, o avaliador terá acesso a um conjunto de informações que possibilitarão uma avaliação mais qualitativa e realista.

Na avaliação formativa, todas essas produções são utilizadas para observar o real desenvolvimento do aluno. Sendo assim, Villas Boas (2012), julga o portfólio como sendo instrumento mais condizente com a avaliação formativa, permitindo ao aluno que critique e reflita sobre suas ações a partir da compilação dos trabalhos feitos por ele. Neste contexto, Simão (2005) destaca que o portfólio se apresenta como um instrumento de aprendizagem significativa, não sendo um mero arquivo de produção acadêmica.

O uso do portfólio nos programas de Residência Multiprofissional vem sendo justificado pela capacidade de estimular a coparticipação no processo de avaliação, possibilitando um diálogo entre preceptor e residente na medida em que é compartilhado e enriquecido com novas informações (CARVALHO et al., 2006).

No que se refere a processo avaliativo, Vannuchi et. al (2011) observou na residência de gerencia em serviços de enfermagem que o uso do portfólio reflexivo como instrumento avaliativo anda na contramão dos métodos de avaliação que classificam e punem o estudante, pois, permite analisar a progressão do aluno, e ainda substitui as provas estressantes da avaliação tradicional. A experiência resultou em uma importante ferramenta para potencializar as atitudes em situações práticas, estimulando mudança comportamental, bem como, transformação da conduta profissional.

O portfólio em sua modalidade eletrônica, também obteve aceitação segundo estudos de Sonzogno e Pittamiglio (2015), sendo observadas algumas características como início tímido pelos usuários, dificuldades para assumir a autoavaliação como

rotina e a possibilidade dada à coordenação de agir rapidamente quando percebia algum ruído na comunicação durante o curso.

De fato, o portfólio tem um impacto educacional significativo, no entanto ainda carece de competência para utilizá-los principalmente pelos supervisores, avaliadores e/ou coordenadores, assim como, um maior direcionamento para utilizá-lo na avaliação somativa (DERESE *et al*, 2013).

6 PLATAFORMAS EDUCACIONAIS: PORTFÓLIO ELETRÔNICO

As plataformas educativas no contexto das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs), dispõem de recursos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, considerando a multiplicidade, complexidade e densidade de linguagens que inundam o mundo contemporâneo, configurando interfaces aluno/docente/novos suportes de leitura e de escrita e tornando-se uma modalidade privilegiada para a construção e produção do conhecimento. (SONZOGNO e PITTAMIGLIO, 2015).

Ambientes de comunicação mediados por computadores e acesso à internet, propiciam o desenvolvimento de interações educativas mais amplas, inimagináveis há alguns anos, sincronizando momentos virtuais e presenciais, onde participantes podem trocar ideias e experiências, vivenciar atividades individuais ou em grupo, criando condições para construção de conhecimento de forma colaborativa (LONGHI, et al., 2015)

Sendo assim, surge o conceito de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), relacionado aos sistemas computacionais criados para dar suporte as atividades mediadas pelas tecnologias da informação e comunicação, permitindo integrar múltiplas mídias e recursos, apresentando informações de maneira organizada, proporcionando interações entre pessoas e objetos de conhecimento, buscando alcançar determinados objetivos (BARROS, *et al.*, 2010)

Dentre as múltiplas possibilidades de formatação e uso do AVA, encontram-se os portfólios eletrônicos. O e-portfolio, ao ser utilizado como recurso pedagógico em um curso de especialização por Sonzogno e Pittamiglio (2015) obteve aceitação positiva pelos usuários estimulando o seu uso em ambientes similares de ensino.

Os portfólios apresentam as mais diversas denominações: Portfólios digitais, portfólios eletrônicos, e-fólios, e-portfolio, ePortfolio, eFolio, portfólio digital, Webfolio e Webfolios e são constituídos das mais diversas maneiras, como uma combinação de mídias digitais, como: gravações de áudio, gráficos, programas hipermídia, bancos de dados, planilhas eletrônicas, vídeos e *softwares* de processamento de textos (MILMAN e KILBANE 2005, BUTLER, 2006).

Os portfólios eletrônicos possuem a característica de serem mais dinâmicos, flexivos e interativos, quando comparados aos seus equivalentes físicos, e de acordo com Wade et al (2005) e Van Wesel (2008), apresentam algumas vantagens como:

- Oferecem um meio eficaz para organizar e catalogar os materiais de aprendizagem, possibilitando uma ilustração do processo de desenvolvimento do aluno;
- Ajudam os educandos no desenvolvimento de suas habilidades com as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's);
 - Permite a utilização de uma variedade de ferramentas para demonstrar e desenvolver a compreensão;
 - Possibilitam o compartilhamento com colegas, professores e outros;
 - Permitem o acesso remoto e portabilidade das postagens, possibilitando aprendizagem a distância, podendo conectar seu portfólio via computador conectado à internet;
 - Possibilitam acesso remoto às postagens do aluno pelo professor para revisão e avaliação.

O uso do Portfólio Eletrônico pela Residência Multiprofissional em Atenção Básica do HUB/UNB, constituiu um espaço de aprendizagem coletiva, de aspecto colaborativo, fornecendo recursos e ferramentas para o aprendizado dos residentes, sendo realizado de maneira compartilhada e cooperativa com todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (SOUZA, *et al*, 2016). Diante das características positivas e inovadoras deste instrumento, apresentamos o produto desta pesquisa, o Portfólio Eletrônico Reflexivo da Residência Integral Multiprofissional em Saúde, área de Atenção Ortopedia e Traumatologia.

7 PRODUTO

A partir da percepção extraída pelo presente estudo optamos por apresentar um produto com as características de uma Plataforma Educacional do tipo Portfólio Eletrônico Reflexivo para a Residência Integral Multiprofissional em Saúde, área de Atenção Ortopedia e Traumatologia. Além disso, o produto apresenta característica de acompanhamento do processo, sendo possível ser acessado pela coordenação da residência, afim de identificar qualquer problema e suas origens, buscando solucioná-los da maneira mais rápida e objetiva.

Outra função do sistema, é a organização dos setores de preceptoría em atividade no programa de residência, organizando-os em Grupos de Avaliação. Cada Grupo de Avaliação é composto por preceptores e seus residentes no setor em que atuam. Desta forma, a visualização dos ambientes de prática e seus membros podem ser visualizados por todos os envolvidos na residência, incluindo a coordenação.

Ainda neste sistema, está integrado o Registro de Atitudes em forma de formulário eletrônico, mantendo seus quesitos avaliativos e o caráter somativo do processo avaliativo. Também há o espaço destinado para as observações de preceptores, bem como para auto avaliação do residente. O sistema permite a delimitação do período em atividade de cada grupo de avaliação, sendo imprescindível a finalização das atividades com a realização da avaliação através do Registro de Atitudes.

Será apresentado nos próximos parágrafos as principais telas do sistema, bem como a descrição do funcionamento básico da aplicação, que foi desenvolvido para ser usado na plataforma desktop por meio de um *Browser* (Navegador de internet).

Os usuários serão previamente cadastrados no sistema pelo administrador, definindo o *login* e senha do usuário. Ao acessar pela primeira vez o sistema, a tela de *login* surgirá, onde o usuário deverá preencher os dados solicitados para acessar o sistema, conforme figura 15.

FIGURA 15 - TELA DE LOGIN

The image shows a web application login screen. At the top, there is a teal navigation bar with the text 'SISREM-UEPA' on the left and a user profile icon with the text 'Login' on the right. The main content area is white and features a login form. The form has a title 'Login' and two input fields: 'E-Mail Address' and 'Password'. Below the password field is a checkbox labeled 'Remember Me'. At the bottom of the form is a dark blue 'Login' button and a link 'Forgot Your Password?'. A teal footer at the bottom of the page contains the text 'Sobre nós'.

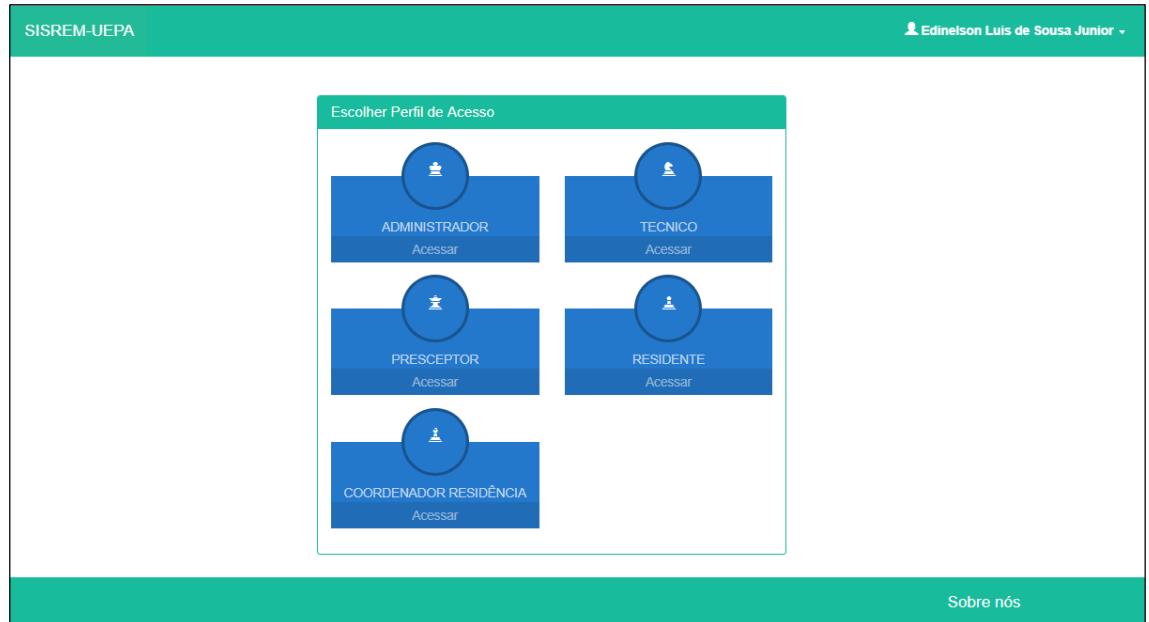
FONTE: O autor (2017)

Após realizar a autenticação no login do sistema o usuário será redirecionado para a tela de seleção “Perfil de Acesso”. Os perfis cadastrados são:

- Administrador: Responsável pela administração de toda a aplicação com a criação de categorias e perfis.
- Técnico: perfil responsável por realizar o gerenciamento de usuários e grupos de avaliação do sistema, vinculando residentes e preceptores aos grupos de avaliação correspondentes.
- Preceptor: Regularmente cadastrado no Programa de Residência Multiprofissional. Acesso permitido à sua página e à visualização da página dos residentes que estão sob sua responsabilidade, cadastrado em seu grupo de avaliação.
- Residente: Regularmente matriculado no Programa de Residência Multiprofissional. Poderá ter acesso à sua página em seu grupo de avaliação, alimentando-a diariamente com suas atividades e casos clínicos conforme orientações de seu preceptor.
- Coordenador da Residência: Poderá visualizar as páginas dos residentes e preceptores, checando suas atividades e avaliações realizadas no período determinado.

Esta tela tem a o objetivo de listar todas as categorias e seus perfis que o usuário poderá ter no sistema (um único usuário pode ter mais de um tipo de perfil na aplicação), conforme figura 16.

FIGURA 16 - TELA PERFIL DE ACESSO



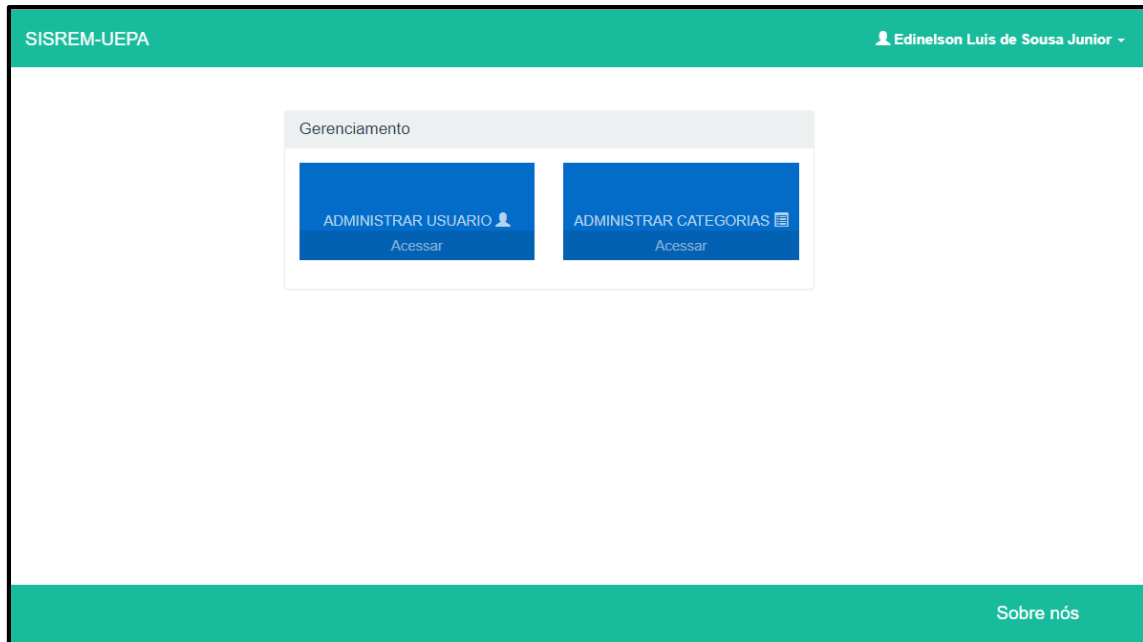
FONTE: O autor (2017)

Abaixo, iremos detalhar as funções de cada perfil inicialmente cadastrado no sistema.

7.1 ADMINISTRADOR

A tela inicial do administrador permite que ele cadastre o usuário, atribuindo à ele *login* e senha, bem como, pode definir as categorias ativas no sistema (figura 17).

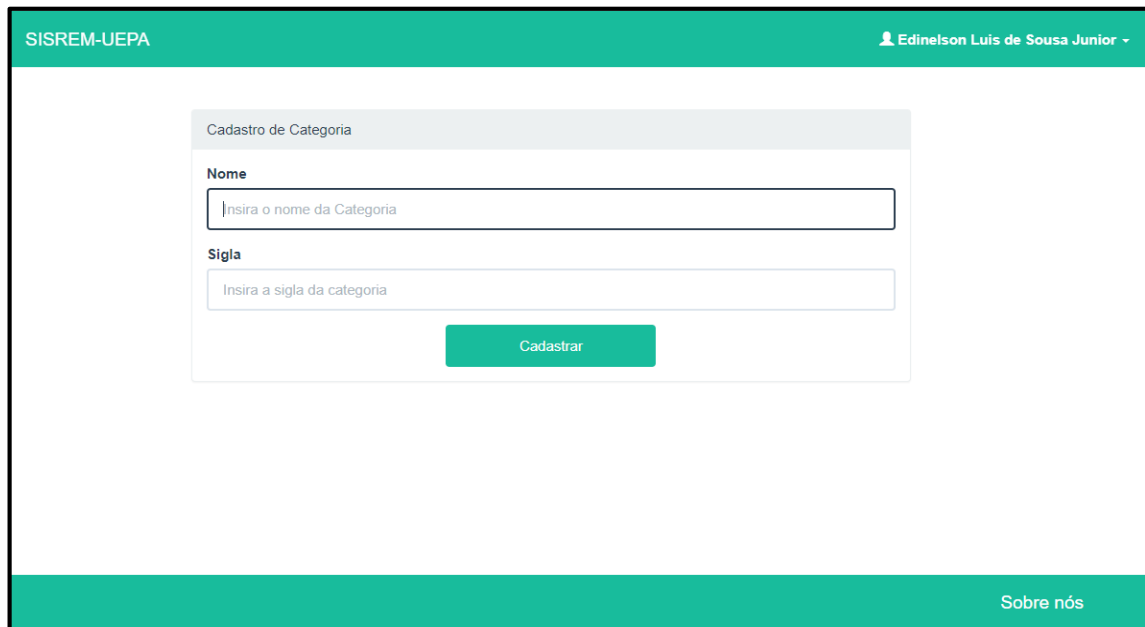
FIGURA 17 - TELA INICIAL ADMINISTRADOR



FONTE: O autor (2017)

Ao optar por administrar categoria, o administrador, irá cadastrar o usuário determinando a qual categoria o usuário é pertencente, conforme ilustra a figura 18.

FIGURA 18 - TELA ADMINISTRADOR - CADASTRO DE CATEGORIA



FONTE: O autor (2017)

O sistema permite a edição e exclusão de qualquer usuário, podendo haver mudanças na categoria do usuário em algum momento, conforme ilustra a figura 19.

FIGURA 19- TELA ADMINISTRADOR – ADMINISTRAR CATEGORIA

The screenshot displays the 'Categorias Cadastradas' section of the administrator interface. It features a table with the following data:

ID	Nome	Sigla	Ação
1	Administrador	Admin	Editar Excluir
2	Tecnico	Tec	Editar Excluir
3	Preceptor	Prec	Editar Excluir
4	Residente	Res	Editar Excluir
5	Coordenador Residência	Coord	Editar Excluir

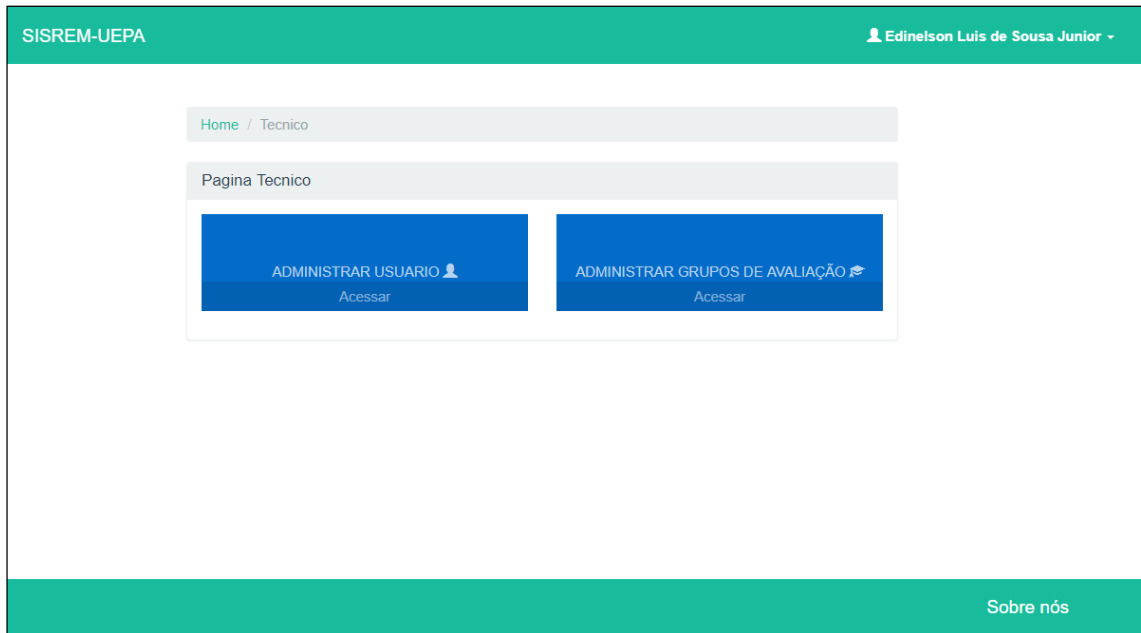
Additional interface elements include a 'Cadastrar Categoria' button, a search field, and pagination controls showing 'Mostrando 1 de 5 de 5'.

FONTE: O autor (2017)

7.2. TÉCNICO

No perfil de Técnico o usuário será redirecionado para a tela inicial do perfil do mesmo onde escolherá a opção de gerenciar os usuários ou os grupos de avaliação, conforme figura 20.

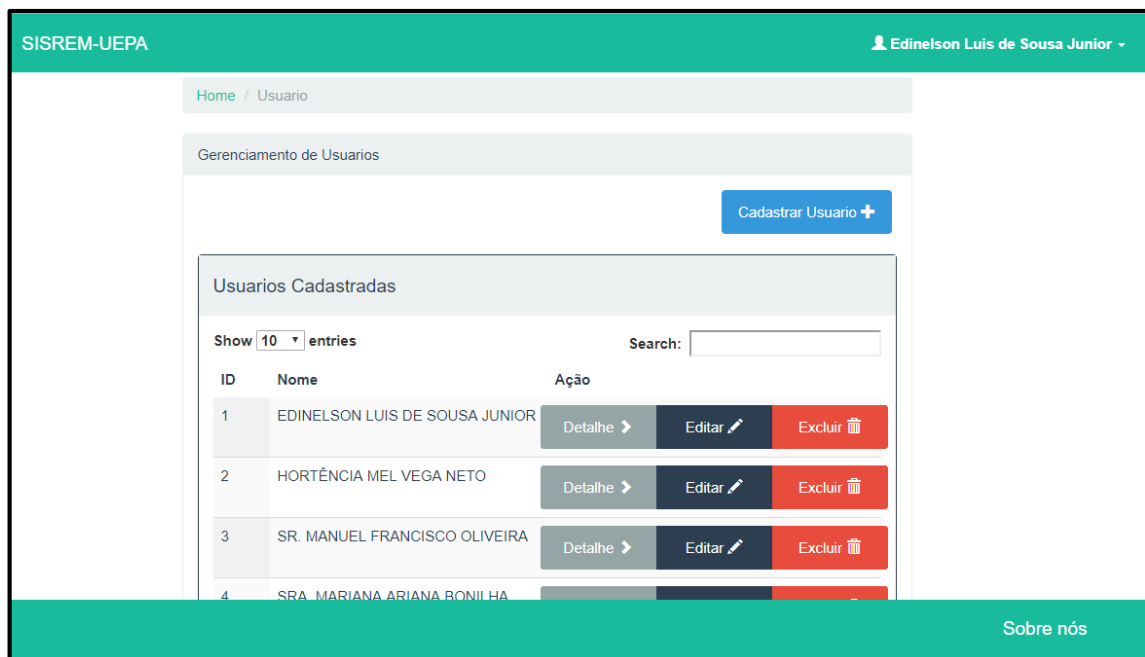
FIGURA 20- TELA INICIAL - TÉCNICO



FONTE: O autor (2017)

Ao decidir por “Administrar usuário”, o técnico possui a prerrogativa de cadastrar os usuários no sistema conforma categoria enquadrada (figura 21).

FIGURA 21 - TELA TÉCNICO - CADASTRAR USUÁRIO



FONTE: O autor (2017)

Ao acessar a opção “Administrar Grupos de Avaliação”, o sistema irá redirecionar para a tela de administração de grupos de avaliação, conforme figura 22, onde o técnico poderá realizar o cadastro de novos grupos e visualizar informações de todos os grupos cadastrados no sistema, bem como, definir o período de tempo cronológico em que aquele grupo estará em atividade.

FIGURA 22 - TELA GERENCIAMENTO DE GRUPOS DE AVALIAÇÃO

SISREM-UEPA Edinelson Luis de Sousa Junior ▾

Home / Técnico / Grupo Avaliação

Gerenciamento de Grupos

Grupo Avaliação +

Grupo de Avaliação

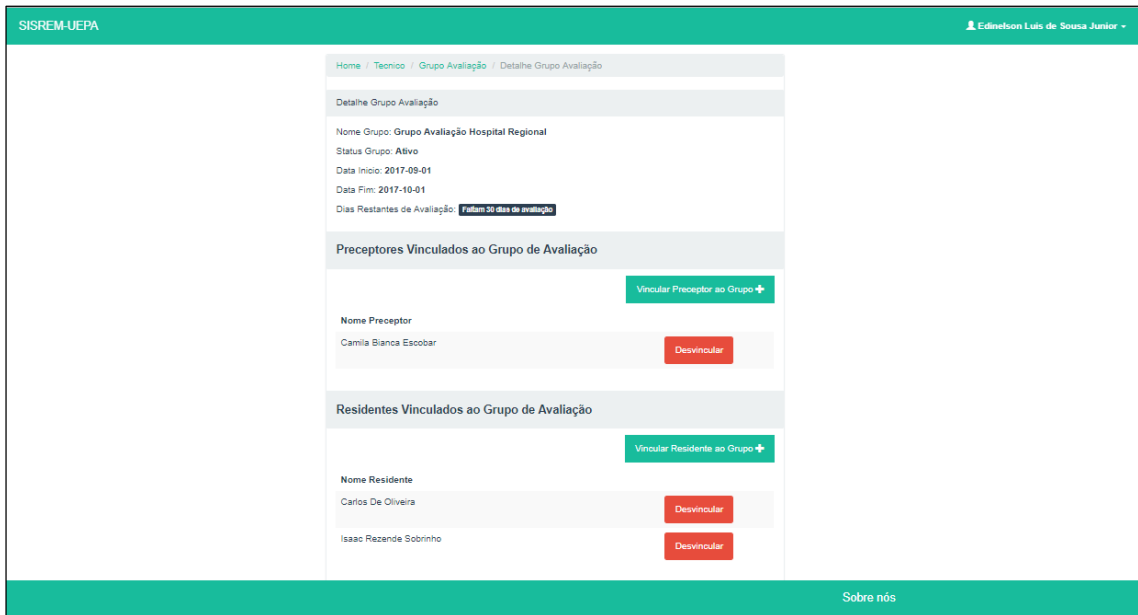
Nome Grupo	Data Inicio	Dias Restantes	Ação
Grupo Avaliação Hospital Regional	2017-09-01	30 dias	Detalhe Editar Excluir
Grupo Avaliação Posto 24H Santarenzinho	2017-08-26	127 dias	Detalhe Editar Excluir
Grupo Avaliação Hospital Municipal	2017-08-26	Encerramento no dia de hoje	Detalhe Editar Excluir

Sobre nós

FONTE: O autor (2017)

Caso o técnico queira visualizar informações detalhadas de um grupo ele será redirecionado pra tela de detalhe, onde pode visualizar as pessoas vinculadas bem como vincular membros, além de visualizar outros detalhes do grupo, conforme figura 23.

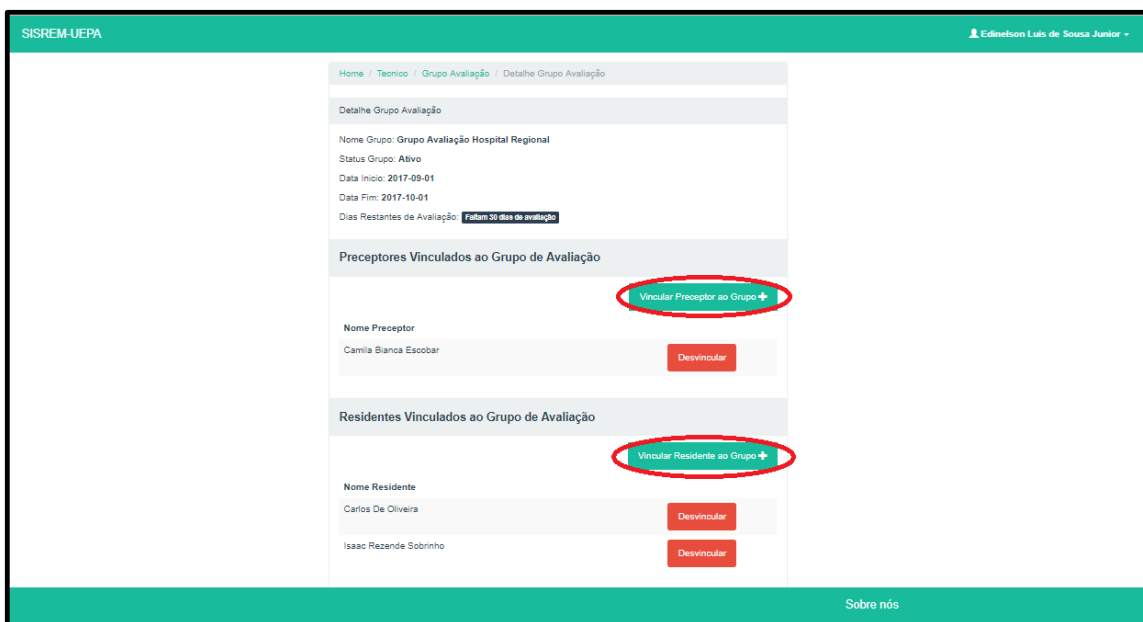
FIGURA 23 - TELA DETALHE GRUPO AVALIAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

Caso o técnico queira realizar a vinculação de algum usuário cadastrado no sistema ao grupo de avaliação, o mesmo poderá realizar na tela de detalhe de grupo de avaliação, a partir dos botões de “Vincular Preceptor” e “Vincular Residente”, conforme os campos selecionados da figura 24.

FIGURA 24 - TELA DETALHE GRUPO AVALIAÇÃO-VINCULAR

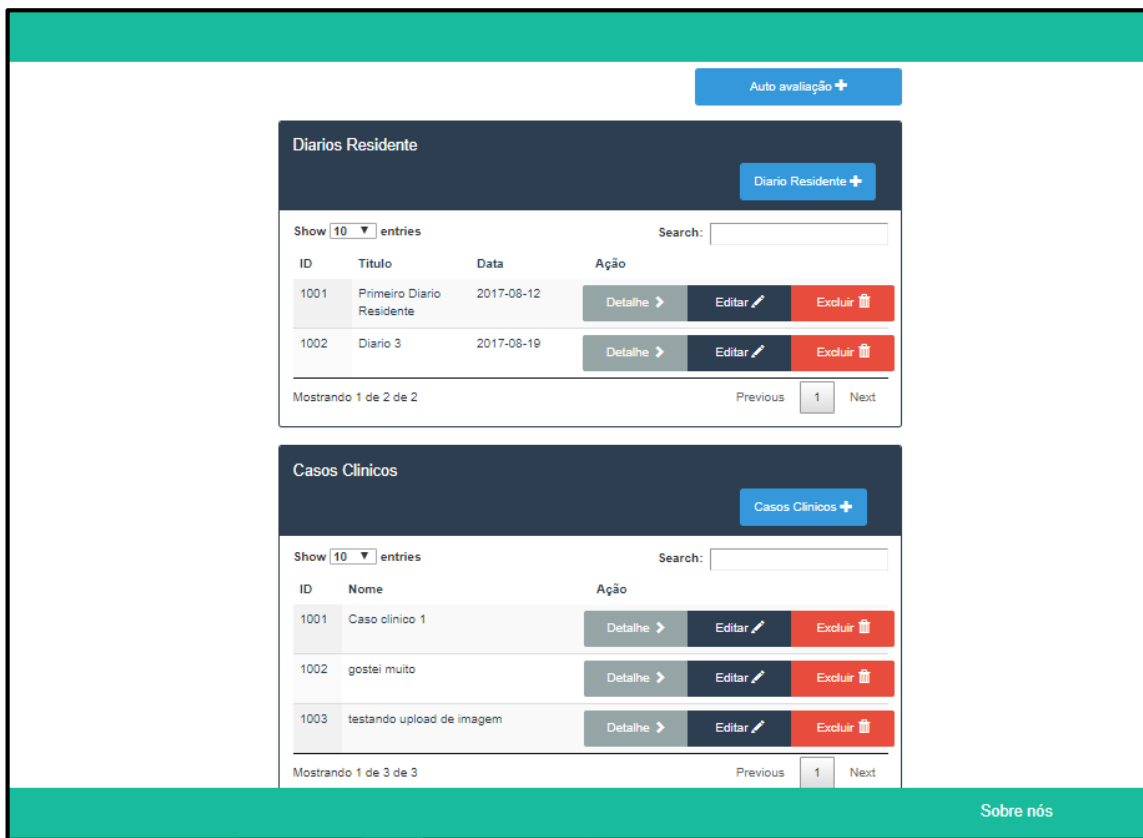


FONTE: O autor (2017)

7.3 RESIDENTE

No perfil de residente, este será redirecionado para a tela do respectivo perfil. Nesta tela o residente poderá realizar o gerenciamento de suas atividades, realizando o cadastro de casos clínicos e das suas diárias de atividades, bem como a opção de realizar a sua auto avaliação, conforme figura 25.

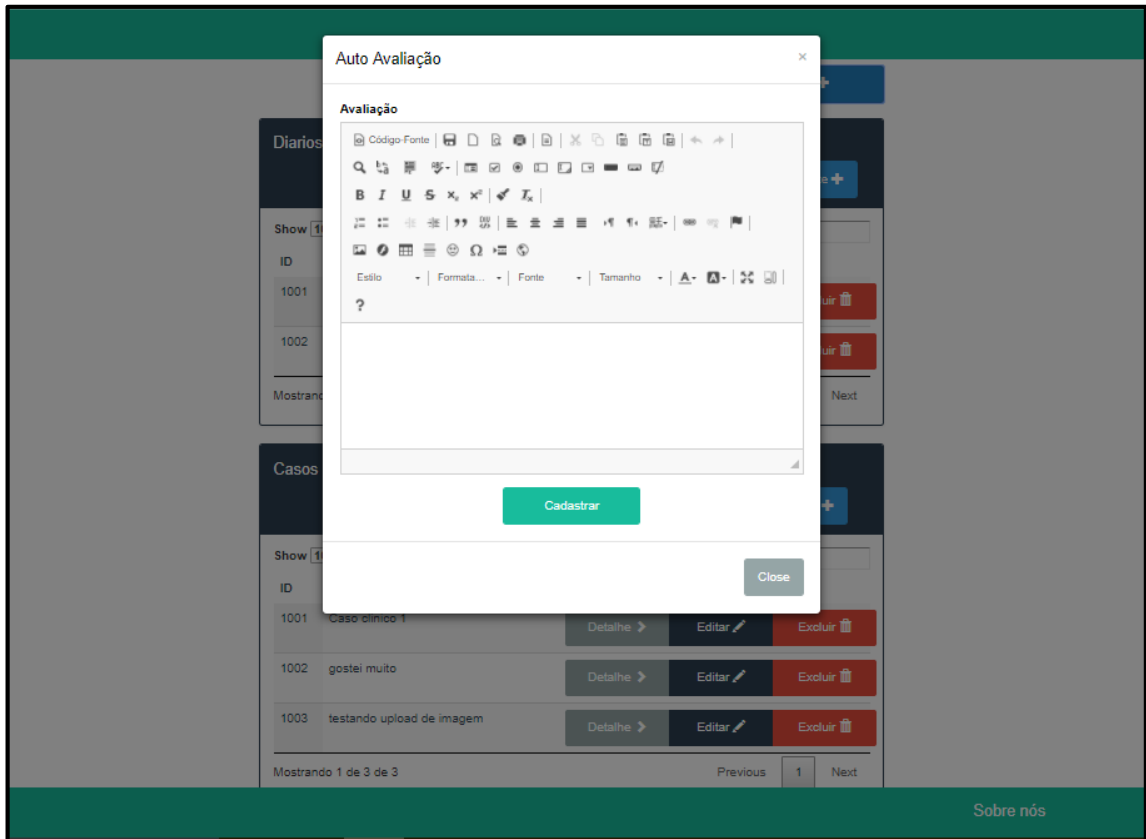
FIGURA 25 - TELA RESIDENTE



FONTE: O autor (2017)

Para realizar a sua auto avaliação, descrevendo um parecer completo das suas atividades no período de trabalho ele irá clicar no botão “Auto Avaliação”, e o sistema irá mostrar uma janela com o formulário, conforme figura 26.

FIGURA 26 – TELA RESIDENTE - AUTO AVALIAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

Na opção "Casos Clínicos", o residente poderá registrar conforme pedido de seu preceptor, histórias coletadas em ambiente de prática, sendo permitido fazer a postagem de imagens como ilustração do caso mencionado. O caso clínico deverá constar de uma identificação (título), bem como a data de sua elaboração (figura 27).

FIGURA 27 – TELA RESIDENTE - CADASTRO DE CASO CLINICO

The image shows a web application interface for a resident. A modal window titled "Casos Clínicos" is open, allowing for the registration of a clinical case. The modal contains the following elements:

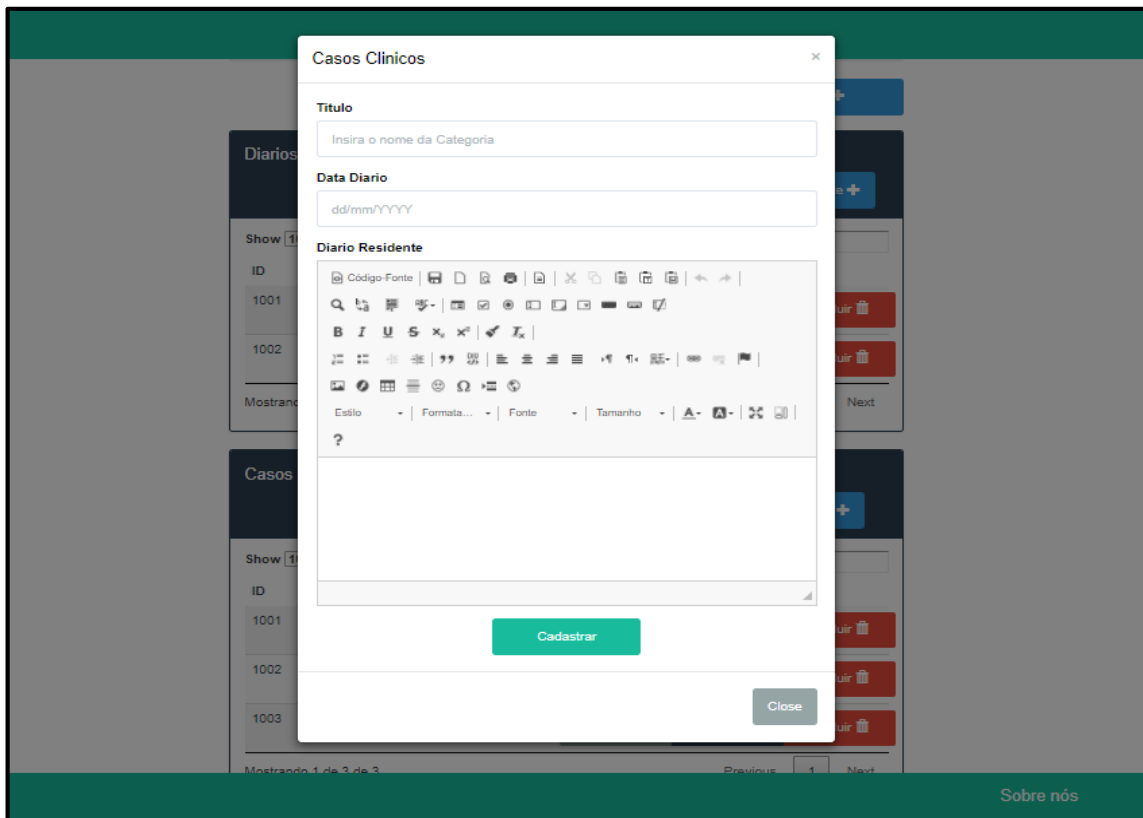
- Titulo:** A text input field with the placeholder "Insira o nome da Categoria".
- Data Caso:** A date input field with the placeholder "dd/mm/YYYY".
- Caso Clínico:** A rich text editor with a toolbar containing various icons for text formatting (bold, italic, underline, strikethrough, link, unlink, bulleted list, numbered list, indent, outdent, text color, background color, font size) and a "Código-Fonte" (Source Code) option.
- Buttons:** A green "Cadastrar" button at the bottom center and a "Close" button at the bottom right.

The background of the application shows a sidebar with "Diários" and "Casos" sections, and a main content area with a table of cases. The table has columns for "ID" and "Mostrant". The table content is partially visible, showing IDs 1001, 1002, and 1003. At the bottom right, there is a "Sobre nós" link.

FONTE: O autor (2017)

Na opção “Diário Residente”, o residente deverá postar diariamente suas atividades no setor de prática em que está lotado, sendo permitido também, a postagens de imagens relacionadas à sua rotina (Fig. 28)

FIGURA 28 - TELA RESIDENTE - DIÁRIO RESIDENTE

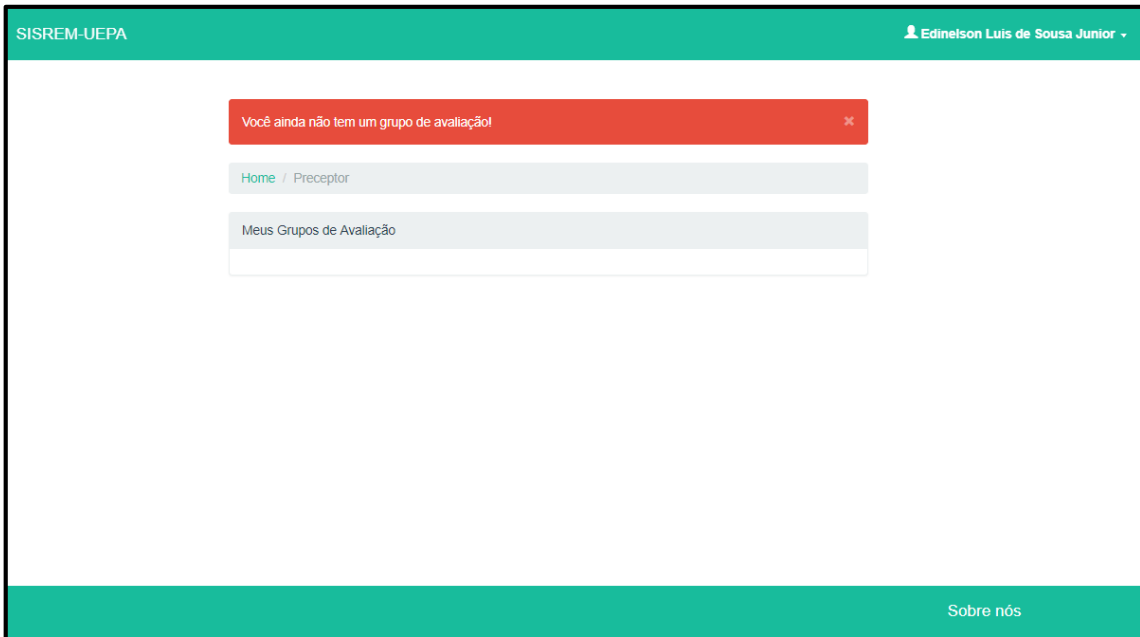


FONTE: O autor (2017)

7.4. PRECEPTOR

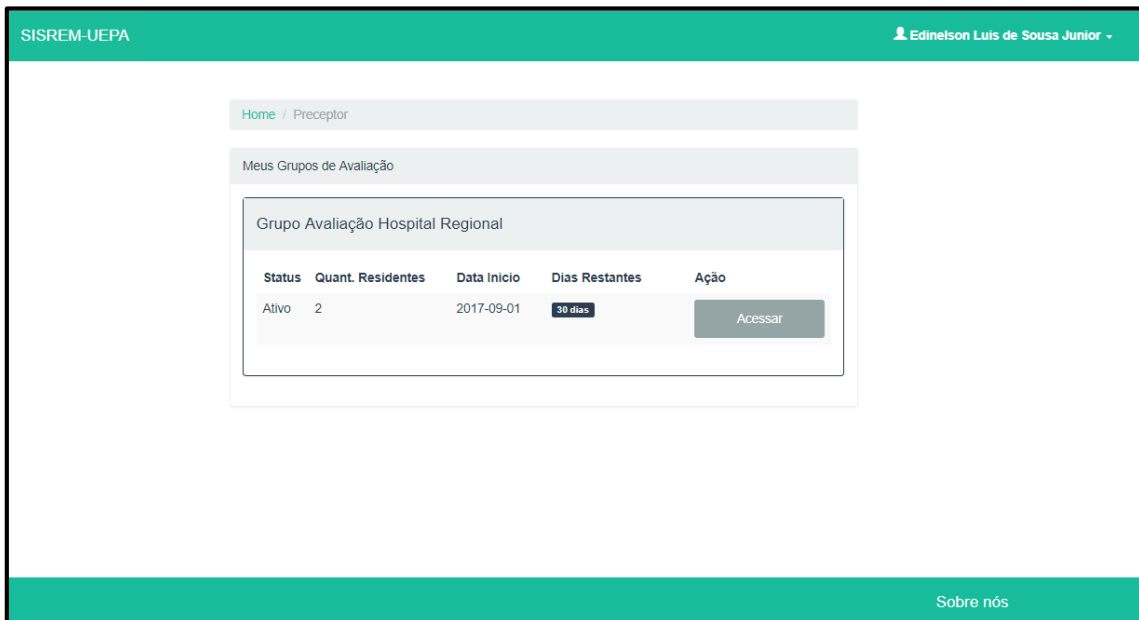
Caso o usuário seja o preceptor, o mesmo deverá solicitar esta opção na tela de seleção de perfil, e o mesmo será redirecionado para tela inicial do preceptor, se o mesmo ainda não tiver sido vinculado a algum grupo de avaliação o mesmo receberá uma mensagem de que o mesmo não está vinculado, conforme figura 29. Se o preceptor já estiver vinculado a um grupo de avaliação, aparecerão os dados do seu grupo de avaliação, conforme figura 30.

FIGURA 29 - TELA INICIAL PRECEPTOR COM ERRO DE GRUPO



FONTE: O autor (2017)

FIGURA 30 - TELA INICIAL PRECEPTOR - MEUS GRUPOS DE AVALIAÇÃO

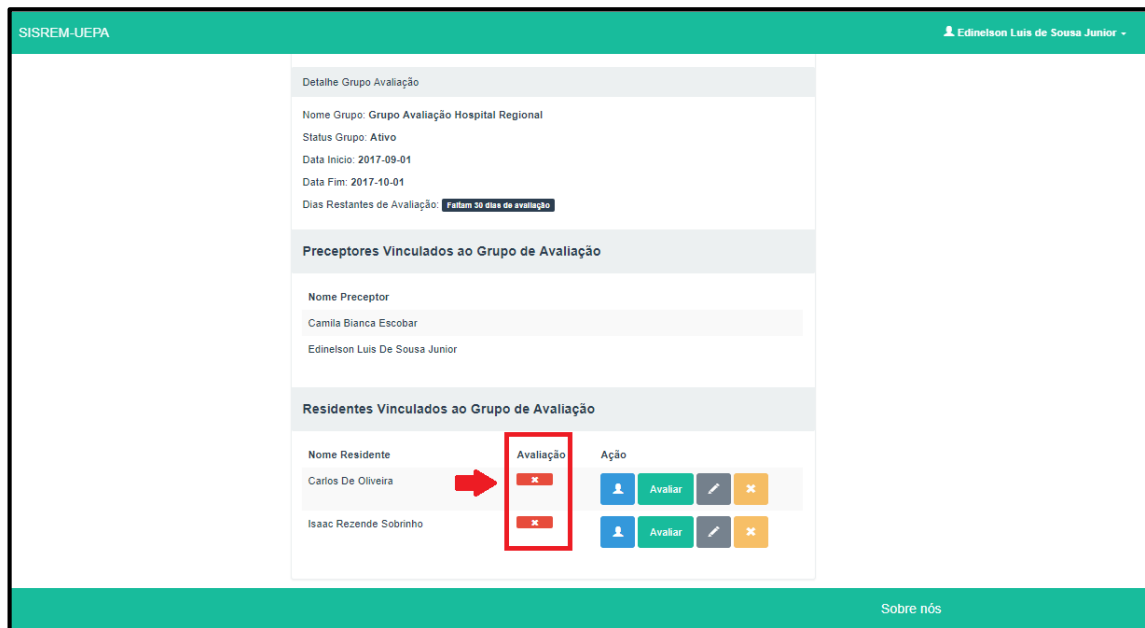


FONTE: O autor (2017)

Ainda da seção do preceptor, este, ao clicar na opção “Acessar” obterá a tela de detalhe do grupo de avaliação, conforme figura 31, onde poderá visualizar informações detalhadas do grupo e de seus componentes (Residentes e Preceptores).

Uma funcionalidade importante para o preceptor é a de mostrar o status da avaliação, que facilitará a identificação dos residentes que ainda não foram avaliados. Enquanto o residente não for avaliado, o status do mesmo permanecerá na cor vermelha. O status ficará na cor verde, tão logo seja realizada a avaliação do residente.

FIGURA 31 - TELA PRECEPTOR - DETALHE GRUPO DE AVALIAÇÃO



FONTE: O autor (2017)

Ao clicar no nome de cada residente, o preceptor terá acesso às postagens de cada um, com seus registros no diário e casos clínicos (Fig. 32)

FIGURA 32 – PRODUÇÃO DOS RESIDENTES

The screenshot displays a web application interface with a teal header and footer. The main content area is divided into three sections:

- Dados Residente:** A light gray box containing the text:
 - Nome Residente: Carlos de Oliveira
 - Status Residente: Ativo
- Diários Residentes:** A dark blue header section containing:
 - A dropdown menu set to '10' and the text 'entries'.
 - A search input field.
 - A table with columns 'ID', 'Título', and 'Ação':

ID	Título	Ação
620	Incidunt rerum modi hic.	Detalhe >
766	Laborum iusto et cumque voluptas rerum.	Detalhe >
 - Footer text: 'Mostrando 1 de 2 de 2' and 'Previous1Next'.
- Casos Clinicos:** A dark blue header section containing:
 - A dropdown menu set to '10' and the text 'entries'.
 - A search input field.
 - A table with columns 'ID', 'Nome', and 'Ação':

ID	Nome	Ação
7	Consequatur deleniti aut dolores facilis.	Detalhe >
 - Footer text: 'Mostrando 1 de 1 de 1' and 'Previous1Next'.

The teal footer contains the text 'Sobre nós' on the right side.

FONTE: O autor (2017)

Na tela de detalhe do grupo de avaliação o preceptor poderá realizar a avaliação dos residentes que ainda estão com o status de avaliação em vermelho, caso o preceptor queira realizar avaliação do residente, basta o mesmo clicar no botão “Avaliar” e o mesmo será redirecionado para a tela de avaliação do residente, que disponibilizará o Registro de Atitudes digital, conforme figura 33.

FIGURA 34 - TELA PRECEPTOR - DETALHE GRUPO AVALIAÇÃO

Avaliação realizada com sucesso!

Home / Preceptor / Detalhe Grupo Avaliação

Detalhe Grupo Avaliação

Nome Grupo: Grupo Avaliação Hospital Regional
 Status Grupo: Ativo
 Data Inicio: 2017-09-01
 Data Fim: 2017-10-01
 Dias Restantes de Avaliação: Faltam 30 dias de avaliação

Preceptores Vinculados ao Grupo de Avaliação

Nome Preceptor
 Camila Bianca Escobar
 Edinelson Luis De Sousa Junior

Residentes Vinculados ao Grupo de Avaliação

Nome Residente	Avaliação	Ação
Isaac Rezende Sobrinho	✘	
Carlos De Oliveira	✔	

Sobre nós

FONTE: O autor (2017)

Na listagem de Residentes vinculados ao grupo de avaliação o preceptor pode acessar o perfil de cada residente, bem como realizar a avaliação, edição e cancelamento da avaliação, além de visualizar detalhe dos dados inseridos na avaliação do residente. Todos estes dados estarão disponíveis na tela “Detalhe Avaliação”, conforme figura 35.

FIGURA 35 - TELA PRECEPTOR - DETALHE AVALIAÇÃO

Início / Grupo Avaliação / Detalhe Avaliação

Detalhe Avaliação Residente

Nome Usuario: Carlos de Oliveira
Nome Grupo: Grupo Avaliação Hospital Regional

Avaliação

Atitude	Nota
Responsabilidade	10
Criatividade	10
Iniciativa	10
Trabalho em Equipe	10
Capacidade de Comunicação Verbal e não Verbal	10
Relações Humanas	10

Parecer Avaliador:
O preceptor apresentou um ótimo trabalho em suas atividades no Hospital regional.
😊

Sobre nós

FONTE: O autor (2017)

7.5. COORDENADOR DA RESIDÊNCIA

O coordenador terá acesso aos dados dos grupos de avaliação como sua composição, setor de atuação e avaliações em andamento ou finalizadas, conforme figura 36.

FIGURA 36 - TELA COORDENADOR - DETALHE GRUPO AVALIAÇÃO

Home / Coordenador / Grupos Avaliações / Detalhe Grupo Avaliação

Detalhe Grupo Avaliação

Nome Grupo: Grupo Avaliação Hospital Regional
 Status Grupo: Ativo [Estatísticas do Grupo](#)
 Data Início: 19/09/2017
 Data Fim: 22/09/2017
 Dias Restantes de Avaliação: Período de avaliação encerrado

Preceptores Vinculados ao Grupo de Avaliação

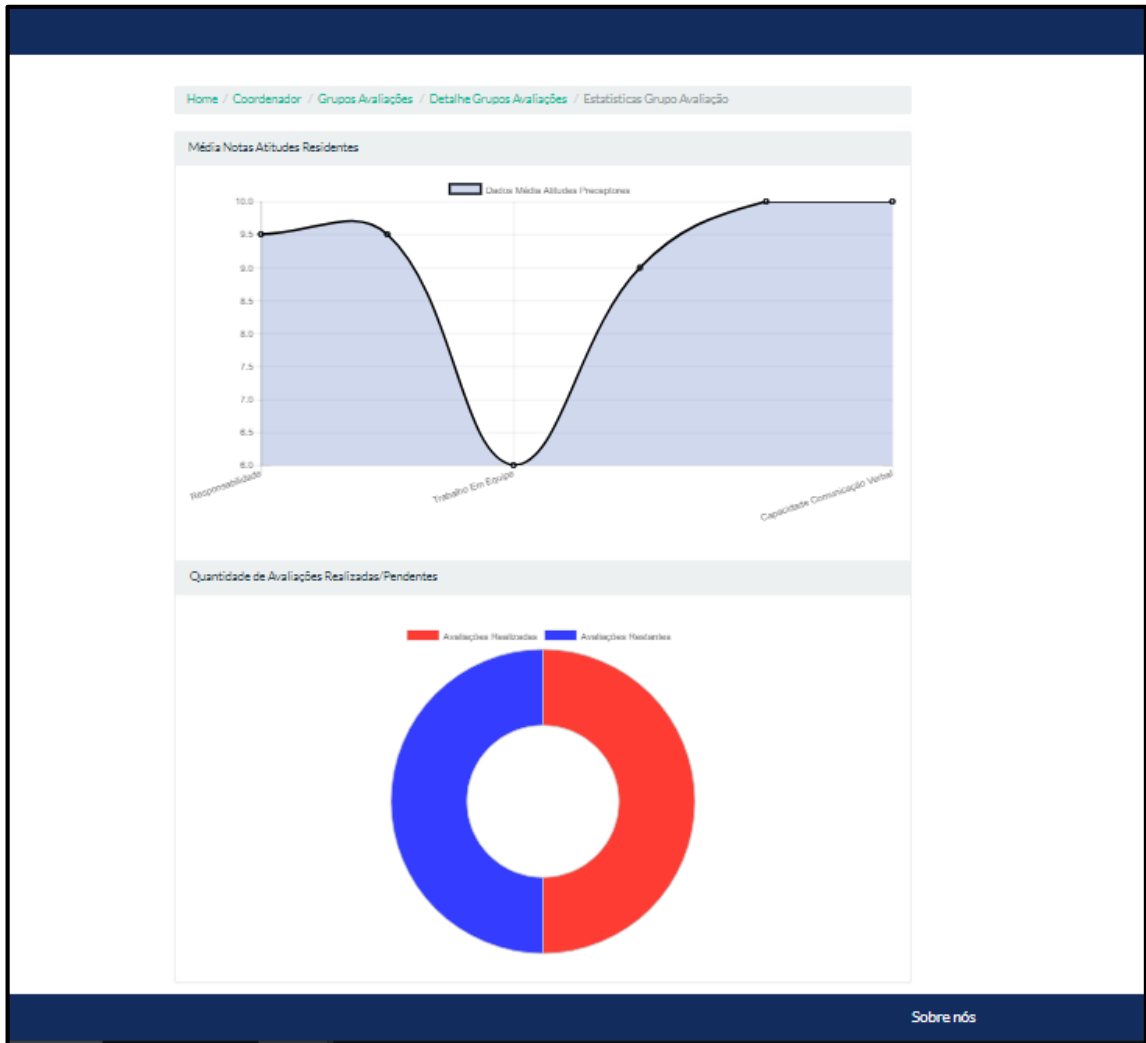
Nome Preceptor
 Edinelson Luís De Sousa Junior

Nome Residente	Avaliação	Ação
Dr. Benjamin Agostinho Toledo	✘	Pessoa Feedback
Edinelson Luís De Sousa Junior	✔	Pessoa Feedback
Antonieta Pereira Saraiva Jr.	✔	Pessoa Feedback

FONTE: O autor (2017)

Além disso, uma ferramenta importante será a possibilidade de leitura estatística da avaliação somativa gerada pelo Registro de Atitudes, bem como, o acompanhamento das avaliações realizadas ou pendentes durante o percurso da prática, conforme ilustra a figura 37.

FIGURA 37 - TELA COORDENADOR – ESTATÍSTICAS



FONTE: O autor (2017)

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa levantou um tema fundamental no processo de ensino-aprendizagem e que necessita ser explorado nos Programas de Residência Multiprofissionais, ainda em processo de consolidação em diversas regiões do país: avaliação.

Detectou-se a multiplicidade de saberes de preceptores e residentes sobre o tema, alguns ainda distantes do que preconiza as diretrizes que regem o Projeto Político Pedagógico das Residências Multiprofissionais.

Com relação aos métodos e instrumentos avaliativos utilizados na Residência, notou-se nas falas dos entrevistados duas vertentes equilibradas. A primeira revela os conhecedores dos instrumentos e métodos que devem ser utilizados, embora, não necessariamente, sintam-se seguros em manuseá-los. Em alguns casos, até se ouviu que nunca haveria feito uso do instrumento fornecido pela coordenação, o Registro de Atitudes.

Residentes demonstraram vários questionamentos sobre o instrumento e o manuseio por parte de seus avaliadores, alguns inclusive sentindo-se prejudicados com o processo de avaliação vigente. Foram destaque as queixas com relação ao tempo que o preceptor dispõe para acompanhar seus residentes na prática, o que inviabilizaria uma avaliação fidedigna à realidade. Também foi destacado o fato da subjetividade dos quesitos à serem avaliados no Registro de Atitudes, que traria insegurança ao residente na tentativa de suprir as expectativas diferenciadas de cada avaliador. Outros residentes foram enfáticos ao dizer que não havia processo avaliativo ou que nunca haviam sido avaliados.

O feedback avaliativo foi um item bastante explorado na fala dos residentes. Eles atribuíram uma fundamental importância ao feedback do processo avaliativo como forma de corrigir erros e potencializar habilidades, sugerindo inclusive, que houvesse um momento específico dentro de cada setor de prática em que pudessem discutir as suas avaliações em todas suas nuances. Entende-se que preceptores não possuem segurança para exercer seus papéis de avaliadores, resultando nesta ausência de retorno aos residentes sobre seu desempenho.

Preceptores demonstraram conhecimento sobre o significado do processo avaliativo em um programa de residência, embora ainda seja enfático em muitas falas o caráter técnico e especializado da formação dos residentes. Uma das hipóteses

geradas pelos resultados da pesquisa para tal realidade, seria a pouca intimidade com o PPP da residência e suas demais diretrizes norteadoras. Outra possibilidade estaria relacionada a formação pedagógica necessária a um educador, e que é escassa entre os preceptores.

Sendo assim, uma das sugestões levantadas pelos entrevistados seria o intervenções de caráter formador no campo pedagógico para preceptores, aproximando assim aqueles profissionais de perfil técnico-assistencialista, de um segmento científico voltado às aprendizagens e suas especificidades didático-pedagógicas, importantes para quem está inserido em um curso de ensino em serviço.

Como produto, buscou-se manter o instrumento institucionalizado pelo programa, porém, com uma abordagem eletrônica, na intenção de aproximar os envolvidos de forma virtual, permitindo interação, comunicação e transparência nas atividades realizadas por preceptores e residentes, constituindo assim, uma tentativa prática de sanar algumas das problemáticas apontadas pelos participantes.

De fato, estes resultados apresentaram muitas aproximações com estudos semelhantes. Tomando por fato a importância em se aprimorar o processo avaliativo no ensino em serviço, sugere-se que mais programas sejam investigados, traçando assim uma realidade mais abrangente e identificando as dificuldades que podem e devem ser contornadas em prol de uma formação de qualidade.

A visão da autora enquanto preceptora foi ratificada pelos demais envolvidos no Programa de Residência. Observamos muitas falas que relatavam experiências semelhantes as vividas durante a atividade de preceptoria, bem como anseios por um aperfeiçoamento do processo avaliativo em todos os seus aspectos, reforçando a sua importância na formação dos residentes.

9 REFERÊNCIAS

ABREU, J. R. P. **Contexto atual do Ensino médico: metodologias tradicionais e ativas: necessidades dos professores e da estrutura das escolas. 2009. 105f: il. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde.)** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ABIB, L. T. **“Caminhando contra o vento...”: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. Porto Alegre, 2012.** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70214/000875764.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 Out. 2015, 21:00.

AGUIAR, Z. N. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.** 1 ed. São Paulo: Martinari, 2011. PERNIGOTTI, J.; SAENGER, L. O portfólio pode muito mais do que uma prova. *Pátio*, Porto Alegre, ano 3, n. 12, p. 54-56, fev./abr. 2000

BADUY, R. S.; LIMA, J. V. C.; CARVALHO, B. G. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em Saúde Família. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde.** Pp. 230-249. Brasília, DF, 2006.

BAIN, L. **Preceptorship: A review of the literature.** *J. Adv Nurs*; 24 (1): 104-107, 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3 edição. Lisboa: Edições 70. 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70. 2011

BARROS, H. A. J.; CABRAL, L. S.; VILAR, F. Avaliação de Ambientes Virtuais de Aprendizagem: Moodle, TelEduc, Tidia-Ae, AulaNet e e-ProInfo. Disponível em: <http://www.unibratec.edu.br/tecnologus/wp-content/uploads/2013/10/tecnologus_edicao_07_artigo_03.pdf> Acesso em: 20 de Jul de 2017

BOGDAN, R.C., BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods.** 3ª ed. Allyn and Bacon. Boston, 1998.

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

BRASIL

_____. Constituição Federal. 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. 1990.

_____. **Parecer CNE/CEB Nº 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>.> Acesso em: 02/07/17

_____. Ministério da Educação. CNE Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE-CES 3**, de 19/02/2002. Brasília 04 de março de 2002. Seção 1, p. 10.10 de Jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Departamento de gestão da educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>

_____. Ministério da Educação. **Instrumento de avaliação de situação transitória. Autorização/Reconhecimento de Residências Multiprofissionais. Conselho Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16260-cnrms-instrucaodeavaliacao-final-09-pdf&category_slug=agosto-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 18 de Janeiro 2017

BUTLER, P. A review of the literature on portfolios and eletronic portfolios. **Palmerston North e CDF e Portfolio Project Steering Committee**. 2006

CAETANO, R. M. **Instrumentos de Avaliação e Perfil de Competências Curriculares: A construção de uma Matriz para os cursos de Medicina**. Agosto 2016, São Paulo. Disponível em: <<http://sucupira.capes.gov.br>> Acesso em: 01/07/2017

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>> Acesso em: 28 Mar. 2016

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. v. 14. n.1. pp 41-65. 2004.

CHIESA, A. M. **O uso de estratégias participativas para o conhecimento das representações sociais de mulheres da Região de Pirituba/Perus com resultado Classe III de Papanicolau**. 1994. Dissertação. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1994.

COPE, D. G. **Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software**. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 322-323. 2014.

CUNHA MI. **O professor universitário na transição de paradigmas**. Araraquara:J.M. Editora; 1998.

DERESE, A.; MASH, B.; JENKINS, L. **The national portfolio of learning for postgraduate Family medicine training in South Africa: experiences of registrars and supervisors in clinical pactice**.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em: 21 de Jul de 2016

DIAS, A. R. N.; FREITAS, J. J. S. **A percepção e conhecimentos dos profissionais de saúde de uma unidade de ensino-assistência em relação à atividade de preceptoria**. Belém,2014. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia) –Universidade do Estado do Pará. Belém, 2014

DIAS, A. R. N. *et al*. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimentos dos preceptores de unidade de ensino e assistência. **Revista Educação On-line**. n 19.Jun-Ago 2015. Pp. 83-89. Disponível em: <http://educacaoonline.edu.puc-rio.br/index.php/eduonline/article/view/176/pdf> Acesso em: 01 de Jan de 2018

FREIRE P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HERNÁNDEZ, F. **Transgressão e mudança na educação: os projetos de trabalho.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

HOFFMAN, J. L. **Avaliação Mediadora: uma prática em construção da pré-escola à Universidade.** 32. ed. Porto Alegre: Mediação, 2012.

HOLANDA, C. M. **Proposta de Auto-Avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde em Hospitais Universitários do Ceará.** 2015. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viawTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2491804> Acesso em: 01 de Julho de 2017.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology (3a ed.).** Los Angeles: SAGE. Apud: **As definições de assentamentos precários e favelas e suas implicações nos dados populacionais: abordagem da análise de conteúdo.** 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/urbe/2015nahead/2175-3369-urbe-2175-3369007003AO03.pdf>

LEBART, L., SALEM, A. **Statistique textuelle.** Paris: Dunod. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/urbe/2015nahead/2175-3369-urbe-2175-3369007003AO03.pdf>> Acesso em: 15 de Jul de 2017.

LIMA, P. A. B. **Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do PRÓ-PET-SAÚDE.** 2014. 86 f. Tese (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014.

LONGUI, A. L. D. et al. Formação Didático-Pedagógica em Saúde: Avaliação da Proposta Bimodal no Ambiente Moodle. **Ensino em Ciências da Saúde Formação e Prática Profissional.** P. 281-292. FAP-Unifesp. São Paulo. 2015

LOPES, E. F. S. **A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA).** 366 ff. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2014.

LUCKESI CC. **Avaliação da Aprendizagem – componente do ato pedagógico.** São Paulo: Ed Cortez; 2011

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**. 9ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. 247 p. ISBN 978-85-326-3603-4.

MARTINS, A. R.; ROSA, K. R. K. K.; BASSO, K. F.; OROFINO, M. M. B.; ROCHA, C. M. F. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está pronto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L., **Organizadoras**. **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre Grupo Hospitalar Conceição; 2010. pp. 75-90.

MATTOS, D. **As Novas diretrizes curriculares e a integridade da saúde: uma análise das possíveis contribuições da Odontologia para trabalho em equipe**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social/UFRJ, Rio de Janeiro, 2006. 168p

MILMAN, N. B.; KILBANE, C. R. Digital teaching portfolios catalyst for fostering authentic professional development. **Canadian Journal of learning and Technology**. Ottawa, v.31 n 3. 2005. Disponível em: <<http://cjlt.csj.ualberta.ca/index.php/cjlt/article/view/95/89>>. Acesso em: 10 Jul 2017.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. 25ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2007

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias Ativas de Ensino – aprendizagem na formação profissional em Saúde: Debate Atual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, sup.2, 2133-2144, 2008.

PARÁ, **Resolução N° 269, de 17 de setembro de 2012**. Aprova o projeto de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas, Dr. Waldemar Penna, no município de Santarém. Diário Oficial do Estado do Pará de 19.9.2012. Belém, 19 set. 2012

PAULA, M. C., VIALI, L., GUIMARÃES, G. T. D. (2015). **Uso do software Sphinx durante a realização de análise textual discursiva: outros percursos**. Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica, 5(3), 173-192.

RATINAUD, P. **IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]**. 2009. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>> Acesso em: 20 de Jan de 2016

REGO, S. **A prática na formação médica: os estágios extracurriculares em questão** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

RICER, R. E. **Defining preceptor, mentor and role model**. Fam Med, 30 (5): 328. USA, 1998.

Reinert, M. (1990). **ALCESTE, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerval**. Bulletin de Méthodologie Sociologique, (28), 24-54. 1990

ROMÃO, J. E. **Avaliação Dialógica: desafios e perspectivas**. São Paulo, Cortez, 2008.

SANTOS, F. A. **Análise Crítica dos Projetos Político Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Dissertação (mestrado). Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, L. C. **O processo ensino-aprendizagem na residência multiprofissional em saúde: preceptores**. 3º Encontro Internacional de Política Social. 10º Encontro Nacional de Política Nacional. 2015

SILVEIRA, L. H. A. **Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde, referente ao “contrato didático”**. **Dissertação (mestrado)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre, 2011

SONZOGNO, M. C.; SEIFFERT, O. M. B. **Ensino em Ciências da Saúde Formação e Prática Profissional**. Ed. FAP - Unifesp. São Paulo. 2015

SOUSA et al. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. **SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 23-30. jul/dez. 2008

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Qualitative study of the teaching-service integration in an undergraduate Dentistry course. **Interface - Comunicação Saude Educação.**, v.15, n.39, p.1071-84, out./dez. 2011.

SOUZA, F.L. **As estruturas essenciais de avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no Ceará: uma proposta de autoavaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza.** 2012. 129f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará – Faculdade de Medicina de Sobral, Sobral, 2012.

SOUZA, et al. **Portfólio Reflexivo Eletrônico: experiência inovadora de sanitaristas na Residência Multiprofissional em Atenção Básica do HUB/UNB.** *Tempus, actas de saúde coletiva.* 10(4), pp 235-246. Brasília. Dez. 2016. Disponível em: www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/2302/1720. Acesso em: 04 de Nov de 2017

STEINBACH, M. **A preceptoria na residência multiprofissional: saberes do ensino e do serviço. Dissertação (mestrado).** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Florianópolis-SC, 2015.

SUCUPIRA, ACSL; PEREIRA, A. A preceptoria na residência em Saúde da Família. **Sanare.** Ano 5. N.1. Jan.Fev.Mar. 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Saúde Pública.** São Paulo V. 39, n. 3, pp. 507-514, abr. 2005.

TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

VAN WESEL, M.; PROP, A. Comparing students perceptions of paper-based and electronic portfolios. **Canadian Journal of Learning and Technology,** Ottawa, v. 34, n. 3, 2008. Disponível em: <http://cjlt.csj.ualberta.ca/index.php/cjlt/article/view/505/236>>. Acesso em: 31 de Jul de 2017

VANNUCHI, M. T. O. et. al, Portfólio Reflexivo como Método de Avaliação na Residência de Gerência de Serviços de Enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 32, n 1, p. 41-46, jan./jun. 2011

VIEIRA, S; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2015. 179 pp.

VIEIRA, V. M. O.; SOUZA, C. P. Contribuição do Portfólio para Avaliação do Aluno Universitário. **Revista. Estudos em Avaliação. Educacional**, São Paulo-SP, v. 20, n.43, 235-255, 2009.

VILLAS BOAS, B. M. F. **Portfólio, avaliação e o trabalho pedagógico**. 8. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2012, 191p.

WADE, A.; ABRAMI, P. C.; SCLATER, J. An electronic portfolio to support learning. **Canadian Journal of Learning and Technology**, Ottawa, v. 31, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://cjlt.csj.ualberta.ca/index.php/cjlt/article/view/94/88>>. Acesso em: 10 Jul. 2017.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI; S. M. R. R. Avaliação da Aprendizagem do Estudante. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, RJ, v.3, 16-22, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa que tem como objetivo principal descrever a experiência do uso do portfólio reflexivo como instrumento avaliativo dos residentes de Fisioterapia na Residência Integral Multiprofissional em Saúde (RIMS). Caso aceite participar voluntariamente da pesquisa, será ouvido em entrevista, registrada em áudio, imediatamente após a assinatura do TCLE. A entrevista consiste na coleta da percepção sobre o processo avaliativo, seus métodos e instrumentos na Residência Multiprofissional. Após esta etapa os dados serão analisados em conjunto não sendo possível identificar individualmente discursos e posicionamentos. Os dados levantados serão utilizados apenas neste estudo e após sua conclusão serão destruídos.

Espera-se com este estudo obter a percepção do processo avaliativo e seus instrumentos, descrevendo a opinião, angústias e sugestões dos entrevistados.

Ao participar desta pesquisa você corre os seguintes riscos: estigmatização frente a processos de avaliação, constrangimentos, identificação, perda ou extravio dos protocolos de pesquisa pelos investigadores durante o seu manuseio. A fim de minimizar ou anular tais riscos será estabelecido um processo de aproximação com os participantes de forma a construir uma relação amistosa, de confiança mútua, as entrevistas serão realizadas individualmente em lugar apropriado e durante toda a pesquisa será garantido liberdade de deixar de responder a qualquer questão que achar inconveniente. Quanto ao estigma será garantido a proteção da identidade dos participantes de forma que na divulgação dos resultados não será possível identificar que grupo profissional fez parte do estudo. Ainda para evitar tais riscos, será estabelecido um processo de coparticipação e reflexão coletiva sobre a avaliação, de forma que não haja o sentimento de inferioridade ou exposição de sua subjetividade no grupo, ou a posteriori. Enfatiza-se ainda que a entrevista será conduzida pelo próprio pesquisador, que esclarecerá todas as dúvidas para que não haja interpretação equivocada dos fins a que se destina a pesquisa. Todos os dados coletados serão arquivados de forma digital após escaneamento, com o uso de códigos/abreviaturas no lugar do nome dos participantes afim de garantir a confidencialidade e privacidade das informações.

Os benefícios esperados com os resultados desta pesquisa são o conhecimento sobre a aplicação de novos instrumentos avaliativos no programa de Residência Multiprofissional, proporcionando mais uma possibilidade de prática avaliativa concreta, participativa e reflexiva. Acrescenta-se ainda a relevância da reunião desses dados para fundamentar possíveis reformulações no processo de avaliação dos pós-graduandos da RIMS.

Será garantido que todos os dados levantados na pesquisa serão guardados de forma confidencial e privativa da mesma forma é garantido o sigilo de sua identidade. Caso sinta-se prejudicado de alguma forma pela participação nesta pesquisa você tem o direito a indenizações legalmente estabelecidas pela lei brasileira.

Se você assinar este termo de consentimento saiba que terá o direito de retirar seu consentimento a qualquer hora, sem ter qualquer prejuízo ou penalidade. As informações colhidas serão utilizadas somente para a presente pesquisa, e os resultados coletivos serão divulgados em meios científicos, contudo é mantido o compromisso especificado nos itens anteriores, de não divulgação da identidade dos participantes, obedecendo, assim os preceitos éticos. Você receberá uma via do TCLE que estará numerado e assinado em todas as páginas.

O pesquisador responsável pela pesquisa é a mestrandia em Ensino em Saúde na Amazônia-UEPA: Gabriela Amorim Barreto, residente na Rua da Constituição, 590, Diamantino. O contato também poderá ser feito pelo telefone (93) 991569960.

Caso você sinta a necessidade pode entrar em contato com a orientadora deste estudo que é a Profa. Edna Ferreira Coelho Galvão, que pode ser localizada na Avenida Plácido de Castro, nº 1399, bairro Aparecida ou pelo telefone (93) 991384579.

Caso você ache necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará – Campus de Santarém, também localizado na Avenida Plácido de Castro, nº 1399, bairro Aparecida. O CEP é um órgão colegiado composto de vários profissionais que tem a função de avaliar os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos no seu componente ético, ficando assim responsável por garantir que as pesquisas sejam planejadas e desenvolvidas sem ferir os princípios éticos estabelecidos para o território nacional. A presente pesquisa conta com aprovação pelo CEP, sob parecer nº 2.209.114

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos autores e não terá, portanto, financiamento, para seu desenvolvimento. Desta forma, sua participação é voluntária e não haverá despesas para você nem para a instituição em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento pela sua participação.

DECLARAÇÃO

Declaro que compreendi as informações do que li ou que me foram explicadas sobre o trabalho **Percepção do processo avaliativo e seus instrumentos na Residência Multiprofissional de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia**.

Discuti com os pesquisadores sobre a decisão em participar desse estudo, ficando claro quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, em disponibilizar meus dados, podendo retirar meu consentimento a qualquer momento no caso do não cumprimento do que foi estabelecido pelos pesquisadores ou em qualquer momento da pesquisa, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Santarém, ___/___/ 2017.

Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste indivíduo ou representante legal para participação neste estudo.

Pesquisador responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS

INICIAIS: _____

SEXO: () 1.MASC () 2.FEM

01. Você conhece os métodos avaliativos usados no programa de Residência Multiprofissional Integral em Saúde (RIMS)? Quais são eles?
02. Pra você, qual o sentido/significado da avaliação na Residência Multiprofissional Integral em Saúde (RIMS)?
03. Quais os aspectos que você considera importante em um processo avaliativo na Residência Multiprofissional Integral em Saúde (RIMS)?
04. Quais as dificuldades encontradas por você enquanto preceptor/residente no processo avaliativo?

ANEXOS

ANEXO I – REGISTRO DE ATITUDES

REGISTRO DE ATITUDES		
ATITUDES	CRITÉRIOS	CONCEITO
RESPONSABILIDADE	Capacidade de assumir as atribuições e as consequências dos atos que prática	
CRIATIVIDADE	Capacidade de propor ideias para a solução de problemas que interfiram no trabalho	
INICIATIVA	Capacidade de agir de maneira pró-ativa com vistas à antecipação de soluções e prevenção de problemas	
TRABALHO EM EQUIPE	Capacidade de agir em cooperação, coordenando esforços na equipe para alcançar os melhores resultados	
CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL	Capacidade de interagir com os demais membros da equipe, mantendo a troca de informações de maneira compreensível - por meio escrito e oral.	
RELAÇÕES HUMANAS	Capacidade de manter-se em equilíbrio emocional no relacionamento com seus pares e superiores, no decorrer do processo.	

OBSERVAÇÕES DO TUTOR/PRECEPTOR:

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS DO PARÁ – DR. WALDEMAR PENNA
HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO INTEGRAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

REGISTRO DE ATITUDES				
CONCEITO	7,6 – 10,0	5,1 – 7,5	2,6 – 5,0	0,0 – 2,5
RESPONSABILIDADE	Demonstrou alto grau de comprometimento e responsabilidade. Assumiu sempre as consequências de seus atos. Preocupou-se, inclusive, com as consequências de atos de terceiros que pudessem afetar sua área de trabalho.	Demonstrou alto grau de comprometimento e responsabilidade. Assumiu sempre as consequências de seus atos.	Demonstrou bom grau de comprometimento e responsabilidade. Assumiu, na maioria das vezes, as consequências de seus atos.	Não demonstrou responsabilidade. Assumiu suas atribuições de forma descompromissada, não se importando com as consequências de seus atos.
CRIATIVIDADE	Colaborou, sempre e espontaneamente, com ideias muito eficazes para soluções de problemas em sua área de trabalho.	Colaborou, quase sempre, com ideias eficazes para soluções de problemas em sua área de trabalho.	Quando necessário, colaborou algumas vezes com ideias eficazes para soluções de problemas em sua área de trabalho.	Não colaborou, quando necessário, com ideias eficazes para a solução de problemas em sua área de trabalho.
INICIATIVA	Apresentou, sistematicamente, ações pró-ativas que possibilitaram, sempre, soluções de problemas complexos ou rotineiros em sua área.	Realizou, frequentemente, ações pró-ativas eficazes que possibilitaram antecipar soluções de problemas rotineiros ou complexos em sua área.	Apresentou, algumas vezes, ações pró-ativas eficazes com vistas a antecipar soluções e prevenir problemas rotineiros.	Não realizou ações pró-ativas para antecipar soluções e prevenir problemas em sua área, mesmo nas atividades mais rotineiras.
TRABALHO EM EQUIPE	Esteve sempre disponível para cooperar e coordenar esforços dentro da equipe, incentivando a participação dos demais integrantes, para consecução dos objetivos de sua área de atuação, bem como das demais categorias profissionais	Esteve sempre disponível para cooperar e coordenar esforços dentro da equipe para consecução dos objetivos de sua área de atuação, bem como das demais categorias profissionais	Esteve disponível, na maioria das vezes, para cooperar e coordenar esforços dentro da equipe para consecução dos objetivos de sua área de atuação, bem como das demais categorias profissionais	Não cooperou e não coordenou esforços dentro da equipe para consecução dos objetivos de sua área de atuação, nem das demais categorias profissionais
CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL	Apresentou excelente capacidade comunicativa, por meio oral e escrito, com respeito, cordialidade, clareza e objetividade	Apresentou boa capacidade comunicativa, por meio oral e escrito, com boa expressão e compreensão	Apresentou capacidade comunicativa adequada, por meio oral e escrito, na maioria das vezes	Apresentou inadequação em sua comunicação com os demais membros da equipe
RELAÇÕES HUMANAS	Demonstrou grande habilidade no trato com pares e superiores. Os conflitos, acaso ocorridos, foram sempre solucionados sem prejuízo da harmonia do grupo.	Demonstrou habilidade no trato com pares e superiores. Os conflitos, acaso ocorridos, foram solucionados, na maioria das vezes, sem prejuízos da harmonia do grupo.	Apresentou dificuldade no trato com pares e superiores. A maioria dos conflitos foi resolvido.	Não demonstrou habilidade no trato com pares e superiores. Os conflitos de relacionamento foram uma constante no período avaliado.

AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE:

ASSINATURA DO RESIDENTE

ASSINATURA DO PRECEPTOR

ASSINATURA DO TUTOR

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO PARÁ - CAMPUS XII -
TAPAJÓS UEPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O uso do portfólio reflexivo como instrumento avaliativo dos residentes de Fisioterapia na Residência Integral Multiprofissional em Saúde

Pesquisador: gabriela amorim barreto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58233416.5.0000.5168

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Campus XII/UEPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.675.916

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Os pesquisadores deverão anexar os relatórios parcial e final do estudo na plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_691680.pdf	29/07/2016 21:16:14		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	29/07/2016 21:15:37	gabriela amorim barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteURES.jpg	29/07/2016 10:46:26	gabriela amorim barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteHRBA.jpg	29/07/2016 10:46:07	gabriela amorim barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AceiteHMS.jpg	29/07/2016 10:45:38	gabriela amorim barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	07/04/2016 00:39:40	gabriela amorim barreto	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.docx	06/04/2016	gabriela amorim	Aceito