



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL



MAURO SERGIO FURTADO DE SOUZA

**ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
PERCEPÇÃO DE CIDADÃOS USUÁRIOS E PRECEPTORES**

Porto Alegre

2024

MAURO SÉRGIO FURTADO DE SOUZA

**ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
PERCEPÇÃO DE CIDADÃOS USUÁRIOS E PRECEPTORES**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação em Ensino na
Saúde – Mestrado Profissional, da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Linha de Pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Souza, Mauro Sergio Furtado de
Análise da Avaliação 360 Graus na Residência Médica
de Medicina de Família e Comunidade: Percepção de
Cidadãos Usuários e Preceptores / Mauro Sergio Furtado
de Souza. -- 2024.
114 f.
Orientador: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2024.

1. Avaliação educacional. 2. Avaliação de
Resultados da Assistência ao Paciente. 3. Internato e
Residência. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5.
Atenção Primária à Saúde. I. Toassi, Ramona Fernanda
Ceriotti, orient. II. Título.

MAURO SÉRGIO FURTADO DE SOUZA

**ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE:
PERCEPÇÃO DE CIDADÃOS USUÁRIOS E PRECEPTORES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovação em: Porto Alegre, 28 de março de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Orientadora – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Professora Dra. Luciane Kopittke
Membro titular da banca – Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Professor Dr. Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira
Membro titular da banca – Docente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Professora Dra. Denise Bueno
Membro titular da banca – Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau),
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Professor Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva
Membro suplente da banca – Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, sou grato a Deus, conceito que busco entender e me conectar, utilizando e aprimorando precisamente as ferramentas internas com as quais me presenteou.

À toda humanidade que me influenciou positivamente, direta ou indiretamente e para qual laboro para corresponder ao bem que recebo. Dentro de todo esse grupo que chamei de humanidade, gostaria de destacar a gratidão ao Carlos Pecotche por me orientar e ensinar a buscar e experimentar por mim mesmo, os conceitos que dão um significado maior a minha vida e me enchem de alegria, felicidade, gratidão, amor, afeto, anelo e estímulo para seguir aprendendo com a vida.

À minha esposa que tem sido tão paciente, tolerante, afetuosa, amorosa, amiga e alegre ao longo de toda produção deste texto e um grande exemplo de cônjuge com a qual venho aprendendo diariamente sobre suas virtudes, inclusive a amar e a conviver.

À minha mãe e pai que me deram a vida, muitos ensinamentos, oportunidades e privilégios.

À minha irmã, amiga e parceira que me inspira a estudar, lutar e assim, aprender a viver.

À Ramona, minha orientadora, que me ensinou e contribuiu muito para essa escrita com muita tolerância e parceria.

À Gabriela Lehmen, preceptora de Farroupilha, Rio Grande do Sul (RS), que contribuiu muito com a realização deste trabalho.

Ao Elson Farias, coordenador da COREME, que me oportunizou a preceptoria da residência.

A todos os cidadãos usuários de Canoas que se disponibilizaram para contribuir com a minha pesquisa.

A todos os cidadãos usuários que já atendi como médico até hoje do Rio de Janeiro, Porto Alegre, Três Coroas e Canoas e com os quais aprendi muito sobre a Medicina de Família e Comunidade.

Aos colegas de equipe das Unidades Básicas de Saúde de Canoas/RS, que foram pacientes comigo e contribuíram com ambiente de trabalho alegre, sereno e desenvolvedor, em especial, à equipe de preceptores da residência multiprofissional da ESP-RS, em Canoas.

Aos graduandos da Ulbra e aos residentes da Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde, que me ensinaram a ensinar.

E, finalmente, à toda humanidade que me precedeu e deixou seu legado em tecnologias, conhecimentos e mais que hoje posso usufruir e contribuíram para essa produção direta e indiretamente, mesmo os que não puderam deixar seu nome.

RESUMO

Introdução: A Residência de Medicina de Família e Comunidade constitui-se em um processo de educação em serviço para o profissional médico. Ferramentas de avaliação que busquem a qualificação da formação do residente devem estar presentes no projeto pedagógico do programa. A avaliação 360 graus ou multifonte destaca-se por auxiliar o preceptor no desenvolvimento de competências colaborativas e interpessoais do residente com a equipe e usuários, estimulando a autocritica. **Objetivo:** Analisar a avaliação 360 graus na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, na percepção de cidadãos usuários e preceptores. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa (estudo de caso), conduzido em Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios do Rio Grande do Sul, onde os residentes desenvolviam as atividades práticas. A amostra foi intencional. Entrevistas individuais semiestruturadas, gravadas e transcritas, foram realizadas com cidadãos usuários atendidos pelos residentes e com os dois médicos preceptores. O tamanho da amostra para os cidadãos usuários foi definido pelo critério da saturação teórica aliado à análise da densidade do material textual produzido. Dados de contexto dos participantes foram analisados pela estatística descritiva. Dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Participaram do estudo 17 cidadãos usuários e dois preceptores. Os resultados foram organizados em três categorias. A Categoria 1 mostrou que a avaliação 360 graus foi reconhecida como ferramenta avaliativa que fomenta e valoriza o protagonismo popular, colocando-o no centro do processo de formação do médico residente. Cidadãos usuários perceberam que, ao fazer parte da avaliação do residente, mudanças na conduta do médico podem acontecer. Nesse processo participativo, sentem-se privilegiados e contribuindo com o trabalho do médico residente. A possibilidade de ter a perspectiva dos usuários na avaliação do médico residente foi valorizada pelos preceptores e entendida como essencial na APS. Na Categoria 2, os preceptores reconheceram que a participação da equipe no processo avaliativo do residente contribui com a avaliação 360 graus e fortalece a relação entre equipe-residente no cotidiano da formação e do trabalho interprofissional na APS. Apontaram desafios relacionados ao momento de realizar a avaliação do residente com os profissionais da equipe, por conta da rotina de trabalho de cada profissão na APS. Na Categoria 3, a avaliação foi percebida por cidadãos usuários e preceptores como uma oportunidade para o médico residente se sentir mais seguro, evoluir, perceber seus erros e se aproximar dos usuários e da equipe. A condução do momento do *feedback* foi identificada como outro desafio da avaliação pelos preceptores. Relações de vínculo que vão se estabelecendo entre preceptor-residente foram consideradas facilitadoras do *feedback*, assim como o ambiente adequado (silencioso/privativo) para este retorno. **Produto:** A partir da pesquisa realizada, foi elaborado material didático (guia educativo) sobre a avaliação 360 graus e sua aplicabilidade em programas de residência médica e multiprofissional, com a finalidade de orientar preceptores e residentes. O guia, no formato de documento eletrônico, ficará registrado e disponibilizado no repositório LUME da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Considerações Finais:** A pesquisa mostrou que a avaliação 360 graus aplicada ao contexto da residência médica, no cenário da APS, tem potencial para construir um processo avaliativo participativo e colaborativo, baseado na cultura do aprendizado. Os pressupostos teóricos da avaliação 360 graus, assim como a discussão sobre seus aspectos facilitadores-dificultadores, devem integrar a educação permanente do preceptor, ampliando-se à equipe que acompanha o residente. Novas pesquisas são recomendadas envolvendo a percepção de residentes, demais profissionais da equipe e gestores.

Palavras-chave: Avaliação educacional. Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente. Internato e Residência. Medicina de Família e Comunidade. Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COAPES	Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COREME	Comissão Regional de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
EIP	Educação Interprofissional
ESP-RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
FAMED	Faculdade de Medicina
HCor	Hospital do Coração
IPEC	<i>Interprofessional Education Collaborative</i>
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PPG EnSau	Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PRM	Programa de Residência Médica
PP	Projeto Pedagógico
PPP	Projeto Pedagógico do Programa
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	09
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS NAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS.....	15
3.2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS NA RESIDÊNCIA EM MFC PELA ESP-RS.....	21
3.3 EXPERIÊNCIAS DE AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	27
4 METODOLOGIA.....	29
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	29
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29
4.4 COLETA DE DADOS.....	29
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA FORMAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE.....	32
5.2 A EQUIPE NA FORMAÇÃO E NA AVALIAÇÃO DO MÉDICO RESIDENTE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DE UMA CONSTRUÇÃO INTERPROFISSIONAL.....	40
5.3 O APRENDER A APRENDER: A AVALIAÇÃO 360 GRAUS COMO PARTE DO PROCESSO DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM DO MÉDICO RESIDENTE.....	48
6 PRODUTO TÉCNICO.....	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS.....	60

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DE CANOAS...	78
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DE FARROUPILHA.....	79
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO COMPESQ-FAMED	80
ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO CEP-UFRGS	81
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PRECEPTORES.....	89
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM CIDADÃOS USUÁRIOS.....	91
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PRECEPTORES.....	92
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIDADÃOS USUÁRIOS.....	95
APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO.....	98

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a avaliação do médico residente surgiu como uma necessidade de conhecer a minha capacidade – como médico de Família e Comunidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e preceptor da residência médica –, de colaborar com os outros ao meu redor, especialmente os seres que buscam se desenvolver e quais seriam as melhores formas de estimulá-los sem gerar sobrecargas ou prejuízos emocionais. Trata-se de uma busca que vem de uma profunda gratidão aos meus mestres e educadores, pela paciência e empenho que tiveram comigo e com minhas dúvidas e dificuldades, que frequentemente não eram bem expressadas.

Esse aprendizado começou em mim na medida que, com a residência médica concluída, comecei a buscar nos pacientes os meus avaliadores. O desafio da educação continuada era seguir estudando e me desenvolvendo sem um preceptor para definir qual seria o próximo passo, e me tornar o educador de mim mesmo, aprendendo a interpretar as consequências dos meus atos e meu aprendizado nos cidadãos usuários¹ e colegas de trabalho, encontrando pontos que precisava me desenvolver. Buscava o aprendizado da educação popular em atendimentos individuais, com famílias que se mostravam receptivas e em ambientes comunitários e da educação permanente com os agentes comunitários da saúde, a quem sou muito grato pela afeição com que me olhavam como um docente.

Com a oportunidade da preceptoria de estudantes de graduação em estágios na Atenção Primária à Saúde (APS) e preceptoria da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, fui desenvolvendo a necessidade contínua do aprender, onde o estímulo à atualização técnica vinha do interesse em ensinar/educar. O Mestrado Profissional motivou esse interesse em crescer e ao mesmo tempo contribuir com outros que estejam na mesma senda, produzindo textos para quem pode ter a mesma dúvida ou interesse, mas não as mesmas oportunidades.

A escolha pelo Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), como objeto de estudo desta pesquisa de Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Ensino na

¹ Ao se referir às pessoas que acessam e são cuidadas no SUS, o autor desta Dissertação optou por utilizar o termo 'cidadãos usuários' no texto, por entender que o termo 'paciente' impõe uma exigência aos seres que buscam atendimento voltado à sua saúde. Na busca de um novo conceito, foi pensado o termo 'cidadão', como um indivíduo membro de um Estado ou de uma comunidade política, detentor de direitos e de deveres perante tal coletivo. Como nem todos os cidadãos utilizam os serviços de saúde referidos na pesquisa, o termo 'cidadãos usuários' foi o que mais expressou a intencionalidade do autor e do estudo.

Saúde (PPG EnSau) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), surgiu a partir de uma construção coletiva. Dentro do amplo espectro de avanços necessários para o aprimoramento e desenvolvimento desta Residência, tomou-se como referência o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2015). Após esse processo inicial de revisão, refletiu-se sobre o que seria mais factível e relevante para ser pesquisado no período do PPG EnSau.

Diferentes temas foram identificados como de interesse para a Residência e, por meio da utilização do método de *brainstorming* durante a reunião da Comissão Regional de Residência Médica (COREME) da ESP-RS, surgiram ideias alinhadas às linhas de pesquisa do Programa. Decidiu-se, por unanimidade, escolher a avaliação 360 graus como demanda para a elaboração de um estudo.

Deste modo, o texto da Dissertação está estruturado em sete capítulos que contemplam a Introdução, apresentando o contexto do tema de pesquisa (Capítulo 1), os Objetivos (Capítulo 2), o Referencial teórico, com os autores e teorias que apoiaram a construção do estudo (Capítulo 3), a Metodologia com o percurso da pesquisa (Capítulo 4), os Resultados/Discussão (Capítulo 5), o Produto técnico desenvolvido (Capítulo 6) e as Considerações finais (capítulo 7). A intenção deste estudo de Mestrado Profissional é que os resultados gerem conhecimentos aplicáveis ao contexto da educação em serviço e que novas questões de pesquisa sejam produzidas, enriquecendo a quem vier a estudar a temática da avaliação na residência, com foco na avaliação 360 graus.

1 INTRODUÇÃO

A residência médica teve início, formalmente, em 1889, na Universidade de Johns Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos da América, com o médico canadense William Osler (Gavin, 2020), a partir de um programa estruturado de treinamento na pós-graduação. Este modelo inspirou outras instituições internacionalmente (Custers; Cate, 2018). Desde 1866, há relatos de vagas em hospitais nos Estados Unidos para médicos, geralmente recém-formados, que desejavam ganhar experiência trabalhando com profissionais mais experientes. Em alguns desses hospitais, esses médicos eram chamados ‘residentes’ devido à exigência de residir no hospital durante o contrato, o que geralmente envolvia longas horas de trabalho (Ludmerer, 2014).

No Brasil, o formato de especialização teve início em 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mas o termo ‘residência médica’ foi adotado pela primeira vez em 1948 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (Michel; Oliveira; Nunes, 2011). Embora tenha começado nos anos 40, a residência médica foi oficializada e regulamentada em 1977, pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Brasil, 1997). Considerada uma pós-graduação *lato sensu*, que possibilita a continuação da formação médica após a graduação (Ribeiro, 2022), a residência médica envolve um treinamento em serviço supervisionado por médicos experientes e qualificados. Ao cumprir os requisitos estabelecidos, o médico recebe o título de especialista (Brasil, 1981). As instituições que oferecem residência médica, assim como seus programas, são supervisionadas, regulamentadas e avaliadas pela Comissão Nacional de Residência Médica, uma instância colegiada de caráter deliberativo e consultivo do Ministério da Educação (Brasil, 2011a).

A Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) iniciou no Brasil em 1976 no Centro de Saúde Escola Murialdo, no Rio Grande do Sul, e em Vitória de Santo Antão, em Pernambuco (Augusto, 2019), consolidando-se com o nome vigente em 2002 (Brasil, 2002). Trata-se de uma especialidade médica, de acesso direto (Brasil, 2006; Brasil, 2022a). Permite que os participantes se inscrevam sem a necessidade de ter uma outra especialidade prévia, sendo obrigatório possuir o diploma médico, estar habilitado para exercer a profissão e passar pelo processo seletivo do respectivo programa (Brasil, 2022b).

Esta especialidade surgiu como uma necessidade do Brasil de ter médicos especialistas em APS² (Ferreira *et al.*, 2014). Ser especialista em MFC é saber usar as evidências e separar as informações e mudanças necessárias das especulações, sendo um médico clínico capaz de centrar o atendimento na pessoa por meio do desenvolvimento de competências interpessoais e de comunicação dentre outras competências específicas. Atende a população independente de sexo, gênero, idade, raça, religião, cultura, classe social ou problemas ou afecções de saúde. Compreende as influências na saúde em nível individual, familiar e coletivo, além do indivíduo em sua formação biopsicossocial. Atua em colaboração com colegas médicos e, principalmente, não médicos, em atividades preventivas, diagnósticas, curativas e paliativas, em ambulatórios e na comunidade, incluindo atendimentos domiciliares, e se co-responsabiliza com a continuidade do cuidado e com a defesa dos direitos, interesses e necessidades dos cidadãos que atende (Lopes; Dias, 2019; Rodrigues; Anderson, 2019).

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), juntamente com especialistas nacionais e internacionais, criou o Currículo Baseado em Competências. O objetivo era qualificar e padronizar as competências essenciais dentro da especialidade, resolvendo dúvidas dos programas e instituições em relação ao que deve ser trabalhado, mas também criando exigências (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015).

No processo educacional, a avaliação tem o propósito de progredir com a aprendizagem e prestar um serviço ao plano pedagógico e suas ações (Luckesi, 2011). Assume os objetivos de aprovar ou reprovar o residente, a partir um conceito ou nota (avaliação somativa) e monitorar e fornecer *feedback* ao residente sobre suas lacunas, traçar planos para melhorias e enriquecer o processo ensino-aprendizagem (avaliação formativa). Além de aprimorar os recursos didáticos dos preceptores e do próprio programa, curso ou disciplina,

² A construção da APS iniciou com o Relatório Dawson em 1920, a partir do entendimento de que "os melhores meios de manter a saúde e curar doenças deveriam ser disponibilizados a todos os cidadãos" (Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920, p. 5) e sugere uma organização e divisão da saúde pública voltada às necessidades da comunidade, junto à idealização dos Centros Primários de Saúde (Consultative Council on Medical and Allied Services, 1920). Em 1978, com a Conferência de Alma Ata, trabalhou-se e expandiu-se a ideia formando o conceito de cuidados primários de saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 2002) e, em 1988, foi adaptado e contextualizado na cultura brasileira pela Constituição de 1988, especialmente no artigo 198, que, além de criar o SUS, traz a regionalização e hierarquização das ações e serviços públicos de saúde como forma de iniciar essa organização e divisão (Brasil, 1988). O Brasil optou pela utilização do termo Atenção Básica à Saúde (ABS) pela preocupação com a palavra 'primário' dentro do termo APS, mas são termos comumente usados como sinônimos (Gil, 2006; Mendes, 2012). Configura-se como ABS/APS o conjunto de ações de saúde voltadas à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo, dirigida a populações de territórios definidos (Brasil, 2011b; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015; Mendes, 2012; Siqueira, 2022). Esta Dissertação utilizará o termo APS.

juntamente com seu conteúdo programático (Daudt; Pinto; Lopes, 2019; Sacristán, 2020; Ferreira; Almeida, 2022). Uma avaliação não pode ser puramente somativa ou puramente formativa, e sim, deve servir aos dois propósitos concomitantemente (Schuwirth; Vleuten, 2019).

Na busca pela qualificação da avaliação em programas de residência, destaca-se a avaliação 360 graus ou multifonte, por envolver a participação de componentes da equipe, pacientes e o próprio residente guiada pelo preceptor. Tal avaliação se tornou uma referência na residência médica dos Estados Unidos para avaliar as competências interpessoais e relacionadas ao profissionalismo, ética, comunicação com os pacientes (segurança e cuidado centrado no paciente) e equipe, e o trabalho interprofissional. Estimula a autocrítica, uma vez que o componente formativo da avaliação consiste no parecer, retorno, devolução ou retroalimentação (*feedback*) do preceptor ao residente (Zuckerman; Goldstein 2010; Weston; Brown, 2017; Holmboe; Lobst, 2020; Björklund *et al.*, 2022).

No Brasil, a avaliação 360 graus na Residência de Medicina de Família e Comunidade torna-se relevante ao levar à COREME itens voltados à avaliação somativa e ao auxiliar o residente na construção das competências da MFC (2015). Ainda existem, entretanto, incompreensões sobre sua aplicabilidade, entendimento e impactos na formação médica, assim como impactos no exercício da profissão (Daudt; Pinto; Lopes, 2019).

Esta pesquisa está vinculada ao PPG EnSau – Mestrado Profissional – da UFRGS, e parte do problema de pesquisa: ‘Como os cidadãos usuários e preceptores percebem a avaliação 360 graus do residente médico em seu processo de formação na Residência de Medicina de Família e Comunidade?’. Tem o objetivo de analisar a avaliação 360 graus na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, trazendo a percepção de cidadãos usuários e preceptores.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a avaliação 360 graus ou multifonte no Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na percepção de cidadãos usuários e preceptores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender aspectos da avaliação do residente no processo de cuidado em saúde, a partir da percepção de cidadãos usuários e preceptores.
- Identificar como cidadãos usuários e preceptores percebem potências, desafios e perspectivas da avaliação 360 graus.
- Produzir, como produto desta pesquisa de Mestrado Profissional, material didático sobre a aplicação da avaliação 360 graus nos cenários de prática da residência, direcionado para preceptores e residentes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS NAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS

O processo educativo deve buscar alcançar mudanças nas práticas do cotidiano (Miller, 1990). No contexto da educação médica, cabe considerar como esse médico se comporta e atua na realidade de suas atividades diárias com as pessoas e a comunidade. A avaliação, como parte do processo educativo, deve igualmente buscar refletir como o estudante está aplicando seus aprendizados teóricos nos cenários em que atua. Isso representa uma mudança no enfoque do conhecimento. O residente deve saber-fazer, e o preceptor deve identificar esse saber e como o residente demonstra suas competências (Mendez, 2011).

Todo educando precisa de um método avaliatório para determinar quais pontos precisam ou podem ser refletidos e melhorados enquanto assume responsabilidades maiores com os demais ou consigo mesmo, e a avaliação começou a fazer parte do processo educacional à medida que foi demonstrado que o aprendizado humano pode ser aferido. Além de permitir aos educadores avaliarem os programas e sua didática e como estão sendo individualizados (Rodriguez, 2013). Pecotche (2012) ensina que o fracasso será o princípio do triunfo se for identificado o elemento que faltou para melhorar, aplicando-se tanto ao residente para com os pacientes e a comunidade quanto ao preceptor e o Programa de Residência Médica (PRM) para com o residente. Mendez (2011) destaca que avaliar também é aprender e deve servir a quem aprende e a quem ensina, conciliando de forma harmônica o aprendizado com a avaliação. É essencial destacar que essa avaliação deve buscar atender aos critérios de validade, confiabilidade, eficiência e frequência para atingir sua finalidade com qualidade, conforme demonstrado por Donnon *et al.* (2014) e exigido na legislação brasileira (Brasil, 2023).

Em programas da residência, a avaliação deve cumprir o papel de determinar se ao final do período equivalente a um ano, o residente estará apto para ser promovido para o ano seguinte ou apto, ao final, a ser médico de família e comunidade (Brasil, 2023). Também serve para identificar, enquanto este se desenvolve, as lacunas e fragilidades que precisam ser preenchidas, o que este residente pode ou deve melhorar, que falhas precisam ser compreendidas, que aspectos positivos já foram alcançados ou o caminho que tem sido trilhado, além de contribuir para a construção do próprio Programa de Residência Médica (PRM) no qual ele se insere, quando se percebe as limitações das metodologias usadas e a necessidade de expandi-las para benefício da educação (Daudt; Pinto; Lopes, 2019). A avaliação do residente, além da elaboração, coordenação, supervisão e avaliação do programa

que este se submete, é de responsabilidade da COREME, assim como a emissão dos certificados de conclusão (Brasil, 2003a; Brasil 2005). Esta avaliação deve ser aplicada pelo preceptor ou conjunto de preceptores e supervisor de programa do respectivo programa (Brasil, 2023).

O Programa de Residência Médica (PRM) de Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem duração de dois anos com carga horária semanal 60 horas (Brasil, 1981), sendo que 80-90% desta deve ser dedicada ao 'treinamento' em serviço, enquanto os 10-20% restantes são destinados a atividades teóricas (Brasil, 2006). O cenário prático principal é a Atenção Básica no Brasil (Brasil, 2011b). As atividades ocorrem tanto em ambientes comunitários dentro do município e na área da população adscrita quanto em Unidades Básicas de Saúde ou Clínicas de Saúde da Família (Brasil, 2020) integrando uma equipe de saúde da família (eSF) com uma relação de, no máximo, 2000 cidadãos adscritos por médico residente ou fazendo parte da equipe do preceptor, com, no máximo, 3000 cidadãos adscritos (Brasil, 2015a). Recomenda-se não ultrapassar 1500 cidadãos por residente se a população for considerada vulnerável (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2020; Rosas *et al.*, 2020). Deve ser garantido um mínimo de seis turnos semanais de atendimentos ambulatoriais (Brasil, 2015a).

A Residência Médica em MFC pode ser tentada por acesso direito após a graduação, não exigindo outra residência médica como pré-requisito, sendo necessário ter a graduação em Medicina e a completar o processo seletivo do respectivo programa. Assim como os demais programas, sua certificação está sujeita às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2020). Para a implantação de um programa, é exigida a elaboração de um Projeto Pedagógico do Programa (PPP), ou seja, um documento que reflete a proposta educacional do programa de residência (Hospital do Coração, 2020), o qual deve estar em conformidade com as competências almejadas para o residente ao final do programa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015; Brasil, 2023).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), órgão responsável pela regulamentação dos programas de residências médicas no Brasil, aprovou a Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, tornando-a obrigatória em todo território nacional a partir de março de 2022 (Brasil, 2020). Esta matriz apresenta as competências que o residente deve desenvolver ao longo de cada ano de atividade teórico-prática, além de elaborar os objetivos da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC). Tem como objetivo geral,

Formar e habilitar médicos na área da Medicina de Família e Comunidade a adquirir as competências para ser resolutivo em cenários de prática que contemplem os atributos da atenção primária à saúde, sendo eles, acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Brasil, 2020, p. 2).

Na construção e revisão do PPP, é essencial explicitar o plano educacional, os meios e intervenções para alcançá-lo, bem como permitir a acessibilidade deste e a participação na construção aos envolvidos no processo, incluindo os preceptores. O Manual de apoio construído pelo Hospital do Coração (HCor) em parceria com o Ministério da Saúde (Hospital do Coração, 2020) sugere pontos-chave no PPP, como o estabelecimento de metas e da metodologia de ensino, a compreensão das necessidades de saúde, culturais e sociais, a infraestrutura e a avaliação tanto do residente quanto do processo ensino-aprendizagem.

A avaliação do residente médico deve atender às exigências da CNRM. A frequência mínima deve ser quadrimestral, sendo essencial a transparência, abrangência e a clara demonstração de seu processo, além do registro por escrito. Dentre as características possíveis para este processo, estão contempladas a avaliação de conhecimentos e habilidades técnicas, profissionalismo, comunicação, ética, relacionamento interpessoal e atuação no SUS. Esta deve ser composta pela autoavaliação do residente, sua avaliação pelos preceptores (mediante observação e interação direta e indireta), pela equipe (considerando relacionamento, disponibilidade, postura, atitude e interesse), pelos pacientes e pelos pares. Busca-se o cumprimento de metas/aprendizagens para o período, bem como dos avanços esperados e das dificuldades percebidas (Brasil, 2006; Brasil, 2015a; Brasil, 2023). Não se deve esquecer de oportunizar ao residente a avaliação de seus preceptores e dos estágios (Brasil, 2015a).

Esta crítica contribui para observar o desenvolvimento de diferentes áreas de competências que o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015) prevê como necessárias aos residentes. Exemplo destas são: princípios da Medicina de Família e Comunidade, princípios da Política Nacional de Atenção Básica, Saúde Coletiva, abordagem individual, abordagem familiar, abordagem comunitária, habilidades de comunicação, ética médica e bioética, educação permanente, comunicação e docência, trabalho colaborativo em equipe, cuidado domiciliar dentre outras. Também trabalha com o residente as atitudes e os preceitos para se trabalhar em equipe, como o saber

ouvir, apresentar ideias com clareza e objetividade, saber ceder e fazer concessões em nome de um conjunto, aproveitar ideias alheias para a própria construção, não se intimidar, entender as discordâncias, saber criticar com critério e respeito, reavaliar frequentemente decisões anteriores, planejar e buscar alcançar o planejado, além de respeitar competências e atribuições exclusivas de cada membro da equipe (Brasil, 2017; Dias; Nogueira, 2019).

Para compreender melhor essa análise, será importante buscar o conceito de competências. A palavra competência tem sua origem em ‘competir’, do latim, significando ‘pertencer por direito’ (Cunha, 2015). Dentro desse contexto da educação, pode-se inferir competência como uma informação, conhecimento ou saber que não pode ser perdido ou retirado do educando, mesmo que seja compartilhado. São utilizadas como marcadores mais completos e precisos de conhecimentos, sendo, por isso, passíveis de serem utilizadas como metas e objetivos educacionais (Sacristán, 2011). Perrenoud (1999) argumenta que a competência tem como base o conhecimento, originando-se da prática repetida em diversas variações aleatórias, exigindo ensaios conscientemente decididos e calculados, e a identificação e correção de erros desempenham um papel importante. De acordo com Ferreira (2010) e Cunha (2015), competência tem afinidade com os conceitos de habilidades, capacidades e aptidão, o que se alinha com Miller (1990) e Mendez (2011), no valor da busca por demonstrações de habilidades, conciliando-se também com os conceitos de conhecimento e aptidão de Pecotche (2001, p. 18):

O acerto na aplicação converte o ensinamento em conhecimento. O conhecimento desperta a consciência individual para a realidade que o substância, fluindo daquela como aptidões adquiridas toda vez que as circunstâncias o demandem. O exercício habitual das aptidões conscientemente adquiridas as vai aperfeiçoando.

A preceptoría é outro ponto chave na formação deste residente. O preceptor deve ser preferencialmente egresso da Residência de MFC ou possuir título de especialista reconhecido pela CNRM (Brasil, 2006; Brasil, 2015a; Brasil, 2022a), em uma relação de um médico preceptor tempo integral (40h/semanais) para cada três residentes em até duas equipes (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2020; Rosas *et al.*, 2020; Brasil, 2022a). Os preceptores são definidos como "profissionais de saúde, declarados por instituições elegíveis, como responsáveis por conduzir e supervisionar, por meio de orientação e acompanhamento, os residentes em seu respectivo programa de residência em saúde" (Brasil, 2021, p. 58).

A preceptoria caracteriza-se pelo ensino, orientação, condução, acompanhamento e supervisão direta das atividades teórico-práticas dos residentes nos serviços de saúde e no programa respectivo, além da avaliação nesses campos (Araujo *et al.*, 2017; Brasil, 2022a; Brasil, 2023), ou seja, deve trabalhar na mesma Unidade Básica de Saúde (UBS) que o residente (Brasil, 2015a) e estar disponível para a docência mediando o processo de ensino aprendizagem caracterizado como treinamento em serviço (Brasil, 2022a). Constrói-se, nesse ambiente de trabalho que visa a educação, um relacionamento entre preceptor e residente, exigindo do primeiro, sensibilidade, bom senso, criatividade e adaptação, onde a preceptoria funciona não somente como fonte de conhecimentos, mas também de inspiração (Soares *et al.*, 2013). Este bom relacionamento, assim como a participação em sua formação, foram identificados como fatores motivadores da preceptoria em 88,2% e 50%, respectivamente, dos preceptores entrevistados por Aguiar *et al.* (2017a).

O preceptor ensina pelas palavras e pelo próprio exemplo promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades no residente enquanto executa suas responsabilidades para com os cidadãos da população adscrita que é responsável diretamente, através da abordagem individual ou em grupo e indiretamente através das demais atribuições na APS, sua equipe e sua organização municipal e local (Aguiar *et al.*, 2017b; Ferreira; Almeida, 2022). De forma semelhante, o residente realiza os atendimentos individuais e posteriormente relatam os dados coletados, a condução do atendimento, a conduta final e planos posteriores de seguimento com seus preceptores buscando a retroalimentação ou *feedback* que pode consistir em questionamentos, orientações, correções, dicas, ensinamentos ou reflexões atualizadas e individualizadas (Ferreira; Almeida, 2022).

Um dos componentes docentes e formativos é justamente a avaliação, responsabilidade deste educador (Botti; Rego, 2008; Aguiar *et al.*, 2017b; Brasil, 2023) em buscar as competências já desenvolvidas ou como está esse processo de desenvolvimento e que dificuldades assolam o educando (Ferreira; Almeida, 2022). A observação da performance é crucial para avaliar o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas (Boursicot, 2021). Mas o preceptor não consegue estar sempre presente, em todo momento, na diversidade de cenários que o residente de Medicina de Família e Comunidade se insere. A presença contínua do primeiro não somente se mostra incompatível com sua própria prática clínica como reduziria sua própria capacidade de educar pelo afastamento da prática na qual exerce o exemplo docente (Freire, 1996). Além de interferir na liberdade do educando de formar e construir seu conhecimento com influências da sua própria individualidade livre dos hábitos e vícios de comportamento do preceptor. O educador e humanista Carlos Pecotche (Pecotche, 2014, p. 2),

conceitua liberdade de pensar como “a possibilidade de refletir e atuar a todo o momento com independência de preconceitos, de ideias alheias”.

São necessárias, estratégias para coletar dados que mostrem a capacidade deste residente e direcionar seu aprendizado. O trabalho em equipe, relacionamento profissional, harmonia no ambiente de trabalho, cooperação, postura profissional (incluindo a educação e respeito para com a equipe e cidadãos usuários), capacidade de ouvir, empatia, clareza nas orientações e esforços visando o crescimento do coletivo são competências interpessoais no rol de capacidades exigidas dos residentes pelo CNRM e SBMFC (Brasil, 2015a; Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015). A expansão da residência em MFC estimula a criação e desenvolvimento de estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação voltadas a esse cenário fora do ambiente hospitalar (Soares *et al.*, 2018).

Surge, então, o protagonismo da equipe de Saúde da Família numa oportunidade de crítica construtiva. Composta pelo técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, dentre outros como a equipe de saúde bucal (Brasil, 2011b). Há outros trabalhadores que podem estar na equipe conforme a realidade local, como o gestor, o agente de acolhimento ou recepcionista, outros residentes médicos ou de outros núcleos profissionais da saúde (Brasil, 2006). A equipe onde o médico residente se insere, ou trabalha em proximidade, pode avaliar o relacionamento deste com os demais, a disponibilidade e interesse em contribuir e interagir, a postura e atitude profissional (Brasil, 2015a). O trabalho em equipe e o interprofissionalismo tem ganhado cada vez mais reconhecimento como competências a serem desenvolvidas para melhorar a qualidade e a segurança no cuidado centrado no paciente. As oportunidades promovidas em cenários autênticos e reais como nas Unidades de Saúde devem ser encorajadas (Frenk *et al.*, 2022). O *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC) sugere, em 2016, o desenvolvimento competências interprofissionais a serem desenvolvidas na área da saúde.

No Brasil, a responsabilidade do município em fomentar a participação da equipe e demais trabalhadores no aprendizado de profissionais de saúde, incluindo médicos, é prevista por Lei (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 2009; Brasil, 2017). Considerando a residência médica e multiprofissional um formato reconhecido de formação e desenvolvimento profissional percebe-se com clareza o papel do município neste estímulo à integração ensino-serviço-comunidade e no compromisso com a segurança do paciente com enorme arcabouço legal auxiliando e orientando nesta construção. Além das possibilidades de pactuações específicas à realidade do município pelos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES (Brasil, 2015b).

A participação popular na avaliação, pode representar o controle social em saúde onde a própria população atendida, familiares ou cuidadores julgam o residente, já que estes podem ser considerados um dos maiores beneficiários desse processo de aprendizagem e conquistas de competências (Brasil, 2015b). Há uma relação positiva entre a comunicação do médico com o paciente e com a eficácia, adesão ao tratamento, adesão ao acompanhamento e a segurança do paciente, sustentando a necessidade da população atendida na avaliação (Price *et al.*, 2014).

A avaliação 360 graus envolve a participação de componentes da equipe, pacientes e o próprio residente guiada pelo preceptor. Pretende avaliar profissionalismo, ética, habilidades de comunicação com os pacientes e equipe e trabalho interprofissional. Prevê que o componente formativo consiste no parecer, retorno, devolução ou retroalimentação ao residente, também chamado de *feedback*. Este deve ser individual e confidencial onde o preceptor irá comunicar um resumo das avaliações omitindo quaisquer fragmentos passionais, restritivos, vexatórios ou não construtivos mantendo o sigilo, se pactuado, e sempre seguido do entendimento do mesmo a respeito da informação obtida. Após a comunicação, é estimulada uma reflexão do próprio residente sobre cada ponto destacado. O envolvimento dos educandos na avaliação ajuda a torná-la menos ameaçadora e intimidadora e mais efetiva, mostrando ao educando apoio em sua trajetória educacional (Zuckerman; Goldstein 2010; Weston; Brown, 2017; Björklund *et al.*, 2022).

Também está presente na avaliação 360 graus a autoavaliação, que deve ser feita antes de receber as avaliações da equipe e dos cidadãos usuários para buscar estímulos próprios à autorreflexão e autoconhecimento voltados ao desenvolvimento na residência e novamente após o retorno da avaliação 360 graus, analisando e conciliando os achados com a própria interpretação (Weston; Brown 2017; Jug; Jiang; Bean, 2019). Valorizar as dificuldades e potencialidades identificadas pelo residente ou mudanças que pôde constatar e quais suas próprias prioridades para o próximo passo do seu desenvolvimento. O preceptor intervém buscando auxiliar no que o residente encontrou, processou e decidiu se dedicar seguido pelo próprio entendimento dessas prioridades, acrescentando ou fortalecendo com o único objetivo de potencializar seu aprendizado.

3.2 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DAS APRENDIZAGENS NA RESIDÊNCIA EM MFC PELA ESP-RS

A Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), anteriormente conhecida como Centro de Saúde Escola Murialdo, é um Centro de Educação e Pesquisa em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde e tem como missão a gestão da educação em Saúde Coletiva no

Estado, pelo desenvolvimento de ações de formação, educação permanente, pesquisa, extensão e produção de conhecimentos, que contribuam para o fortalecimento do SUS e para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. Oferece vagas para a residência em MFC a partir da articulação e interlocução com as secretarias municipais de saúde e instituições onde a residência existe ou venha ser inserida (Rio Grande do Sul, 2014).

A ESP-RS possui um instrumento de avaliação dos residentes utilizado trimestralmente no campo pelos preceptores, conforme previsto pelos artigos 13º e 14º da Resolução nº 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Neste instrumento, estão contempladas as atividades realizadas pelos residentes e pela avaliação de desempenho de cada atividade (Quadro 1).

Quadro 1 – Instrumento de avaliação da ESP-RS.

1. Critério Frequência	Falta e não justifica, ou suas justificativas não são aceitáveis. Faltas, atestados, licenças seguem as normas da Residência	Notas 0-10
2. Critério Pontualidade	Não cumpre os horários estabelecidos. Frequentemente cumpre os horários estabelecidos. Cumpre os horários estabelecidos	Notas 0-10
3. Critério Respeito às Normas do Serviço e da Instituição	É consciente das normas, mas somente as cumpre quando supervisionado. Respeita as normas quase sempre sem necessitar de supervisão. Sempre assume e respeita as normas com responsabilidade	Notas 0-10
4. Critério Relacionamento (avaliar a capacidade de cooperação, interesse, participação, iniciativa, disponibilidade, relacionada com a equipe de saúde e clientela interna e externa da ESF)	Cria dificuldades em função da forma inadequada pela qual se dirige aos membros da equipe. Esforça-se por estabelecer um bom contato com a equipe, mas ainda não mantém um relacionamento profissional adequado. Mantém um bom relacionamento profissional com todos os membros da equipe de saúde e usuários	Notas 0-10
5. Critério Receptividade às Críticas	Não aceita as orientações e críticas construtivas. Escuta as orientações e críticas, porém não as cumpre. Aceita e cumpre as orientações e críticas	Notas 0-10

6. Critério Atividades Internas e Externas da UBS (demonstra disponibilidade e organização para participar das atividades)	Reuniões administrativas. Seminários e palestras promovidos pela ESF. Campanhas de vacinação. Atividades de educação para a saúde. Mantém vínculo com pelo menos uma atividade comunitária	Notas 0-10
7. Critério Acolhimento	Verifica o cartão de identificação do usuário da ESF. Preenche o boletim de produtividade. Respeita os protocolos acordados pela equipe de saúde/ESF. Encaminha os problemas e situações a partir da escuta e da queixa dos usuários da ESF com a resolutividade esperada. Evolui no prontuário as ações realizadas no acolhimento	Notas 0-10
8. Critério Grupos	Identifica na comunidade a necessidade da realização do trabalho de grupo. Tem claro o objetivo geral da atividade de grupo e executa o seu planejamento de forma adequada. Respeita o contrato de trabalho do grupo conforme definido. Apresenta capacidade de realizar <i>feedback</i> com o grupo. Executa o registro das atividades realizadas no trabalho com grupos	Notas 0-10
9. Critério Articulação de Recursos da Comunidade (Conhece, reconhece, identifica e/ou é capaz de estabelecer vínculo ou participar)	Conselho local de saúde se houver. Conselho distrital de saúde se houver. Conselho municipal de saúde. Lideranças na comunidade. Estabelece relação de trabalho com entidades representativas da comunidade. Participa com entusiasmo de eventos promovidos pela comunidade. Participa com interesse da reunião mensal com os usuários da UBS. Articula recursos extra institucionais para benefício da comunidade	Notas 0-10
10. Critério Atividades Comunitárias (Creches)	Participa e colabora no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades dirigidas à creche. Trabalha com metodologia aplicada a sua área de núcleo. Executa com disponibilidade e entusiasmos atividades educativas com educadores, pais ou responsáveis e crianças. Encaminha a criança para outro profissional, quando necessário. Registrar sempre as atividades executadas e organizar o material de trabalho pertinente e necessário	Notas 0-10

11. Critério Comunitárias (Escolas)	Atividades	Participa da visita de apresentação da equipe à direção da escola. Participa de reunião para acerto, planejamento e avaliação das atividades com a equipe de saúde e com a direção da escola. Trabalha com a metodologia aplicada a sua área de núcleo. Planeja as atividades com os alunos com as demandas observadas. Executa atividades educativas com educadores, pais, alunos e demais funcionários. Encaminha o aluno para outro profissional quando necessário	Notas 0-10
12. Critério Comunitárias (VDs)	Atividades	Realiza as VDs de acordo com a necessidade da demanda. Quanto aos registros, preenche devidamente o nome do usuário, endereço, setor, residente, data, turno, objetivo, encaminhamento e evolução. As VDs realizadas apresentam resultado satisfatório. Retorno à equipe. Se a abordagem foi adequada	Notas 0-10
13. Critério Comunitárias (territorialização)	Atividades	Constrói com lideranças comunitárias ou informantes, a “história da vida” da região e de seus moradores (entrevista com moradores mais antigos, registros com fotos, etc.). Identifica em conjunto com a população as principais microáreas de risco e problemas da população. Identifica barreiras geográficas, áreas de risco ambiental e social. Identifica estabelecimentos de interesse para ações de vigilância à saúde. Sistematiza os dados demográficos e epidemiológicos já disponíveis e os coletados. Registra em mapa (georreferência) informações como microáreas de risco; barreiras geográficas; estabelecimentos de interesse para ação da vigilância em saúde, recursos sociais e educacionais. Planeja ações pautadas pela realidade identificada. Participa da avaliação do processo quanto a facilidades e dificuldades encontradas no trabalho	Notas 0-10
14. Critério Estudo de Caso		Participa da escolha do caso clínico e auxilia no planejamento das atividades necessárias para organização do estudo. Respeita as considerações dos preceptores. Assume tarefas como pesquisa, leitura, busca de material e as cumpre. Esforça-se para estabelecer um bom relacionamento com a equipe de trabalho encarregada do caso clínico	Notas 0-10

15. Critério Agenda	Organiza e mantém agenda de atendimento conforme o estabelecido pela equipe de saúde. No momento da ocorrência de falta dos pacientes agendados, considera as orientações da preceptoria presente para um melhor reordenamento dos atendimentos do dia. Realiza os registros adequados dos atendimentos realizados. O residente se coloca à disposição da equipe para interconsulta	Notas 0-10
16. Critério Processo Ensino-aprendizagem	Disponibiliza-se a auxiliar quando necessário, na preceptoria de residente do primeiro ano (R1), doutorando ou estagiário. Compartilha o conhecimento e experiência adquiridos na Residência com os demais residentes e com a equipe	Notas 0-10
17. Critério Conhecimentos e Habilidades	Frequência e complexidade da preceptoria solicitada de acordo com o momento vivenciado na Residência. Organização, participação e apresentação de seminários, estudos de caso ou outros. Adequação dos conteúdos teóricos à prática. Capacidade de identificar fatores e situações que tenham implicações nas condições da saúde individual e coletiva buscando alternativas para a resolução das mesmas. Senso de organização no exercício das funções profissionais. Habilidades técnicas	Notas 0-10
18. Critério Relação Profissional-usuário	Respeito ao usuário, cuidado e atenção na relação interpessoal. Sigilo das informações obtidas. Respeito às diferenças socioculturais	Notas 0-10
19. Critério Responsabilidade	Com o usuário – na condução do caso zelando pela sua melhor resolução. Com o serviço – no desempenho das tarefas relativas à sua função (realização de triagem, acolhimento, elaboração de agenda, etc). No registro completo das informações em prontuários, relatórios e fichas. No cumprimento das orientações dos preceptores. Com a equipe	Notas 0-10

Fonte: Informação recebida por e-mail, da coordenação da COREME, ESP-RS, 2020.

Buscando qualificar o processo avaliativo da residência, destaca-se a utilização da avaliação 360 graus para o preenchimento deste instrumento (itens 4, 5, 15, 18 e 19). A avaliação 360 graus foi inspirada em Rodgers e Manifold (2002), Zuckerman e Goldstein (2010), Probyn *et al.* (2014) e Björklund *et al.* (2022).

O Quadro 2 descreve os itens da avaliação 360 graus relacionados à equipe e aos cidadãos usuários. A avaliação busca um total de 8-15 avaliadores, com distribuição equivalente

entre equipe e cidadãos usuários (Holm; Holm; Sørensen, 2014). O preceptor não tem um questionário específico na avaliação 360 graus, responsabilizando-se não somente por coletar e organizar as avaliações da equipe e dos cidadãos usuários, mas também pela devolutiva ao residente. Este retorno se dá em três etapas: buscar inicialmente e sem emitir juízos a autoavaliação do educando, trazer os relatos (já selecionados), entendimentos juntamente com as próprias impressões do preceptor, culminando com perguntas reflexivas e, por último, estimulando uma nova autoavaliação guiada e formulação de pactuações para sondar, estudar e sanar as dificuldades encontradas. O registro é feito concomitantemente com a perspectiva de relembrar as impressões e pactuações.

Quadro 2 – Itens da avaliação 360 graus com cidadão usuário e pela equipe de saúde.

<p>Avaliação 360 graus – Cidadão Usuário</p>	<p>Por favor, escolher uma nota de 0 a 5 ao residente em cada quesito abaixo: (Sendo 0= Nunca, 1= Raramente, 2= Algumas vezes, 3= Muitas vezes, 4= Quase sempre, 5= Sempre e X= Não sei)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O profissional foi educado, atencioso e respeitoso 2. Falou comigo sem eu me sentir inferior a ela(e) 3. Me senti livre e estimulada(o) a fazer perguntas ou tirar minhas dúvidas 4. Me senti ouvida(o)/compreendida(o) quanto às minhas preocupações e meus problemas 5. Compreendi e consenti com as orientações recebidas 6. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Comentários adicionais
<p>Avaliação 360 graus – Equipe</p>	<p>Escolher uma nota de 0 a 5 ao residente em cada quesito abaixo nos últimos 3 meses: (Sendo 0= Nunca, 1= Raramente, 2= Algumas vezes, 3= Muitas vezes, 4= Quase sempre, 5= Sempre e X= Não sei)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. É discreto e respeita a ética do ambiente de trabalho 2. Mostra-se paciente e espera o momento mais adequado de agir com a equipe e paciente 3. Participa de forma apropriada e eficaz em diálogos com a equipe de saúde no formato de interconsulta ou consulta conjunta 4. Se mostra solícito (disponível) e buscando acrescentar/somar. 5. Consegue compartilhar minhas ideias voltadas aos pacientes e à comunidade 6. Se expressa (verbalmente, expressão corporal e no registro em prontuário) com clareza, concisão e em momentos adequados com colegas de trabalho da equipe e pacientes 7. Se comporta com tentativas de prevenir, negociar ou resolver conflitos entre profissionais de saúde 8. Se mostra responsável, entusiasmado e motivado 9. Demonstra integridade, honestidade, empatia e respeito pelos demais 10. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Tem comentários adicionais, contribuições sobre as questões acima

Fonte: O autor, 2023.

3.3 EXPERIÊNCIAS DE AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Boas experiências da avaliação 360 graus têm sido relatadas nos Estados Unidos (Stark; Korenstein; Karani, 2008; Ogunyemi *et al.*, 2009; Cousar *et al.*, 2019), principalmente após a *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (Holmboe; Lobst, 2020) instituir como uma das ferramentas necessárias para avaliação do médico residente. Esta seria referência para entender o desenvolvimento nos quesitos profissionalismo, habilidades interpessoais e de comunicação e do cuidado centrado no paciente incluído, neste último, a qualidade do serviço e segurança do paciente. Em uma residência de pediatria, Chandler *et al.* (2010) encontraram diferenças significativas entre as notas de membros da equipe, dos pacientes e da autoavaliação. Berger, Pan e Thomas (2009), no Departamento de Anestesiologia da Universidade The George Washington, perceberam que a exposição precoce a esta avaliação levou ao aumento da nota em habilidades de comunicação e habilidades interpessoais ao longo da residência. Hageman (2015), em um serviço de cirurgia, identificou forte relação da avaliação com a satisfação do paciente, respeito e clareza nas informações obtidas.

Dentre as contribuições da avaliação 360 graus no contexto internacional pode-se destacar o estudo de Holm, Holm e Sørensen (2014), na Dinamarca, que mostrou dificuldades no seu uso somativo, recomendando um total de 8-15 avaliadores e evidenciando o valor de se explicar previamente a finalidade desta avaliação aos próprios avaliadores. No Reino Unido, Palmer, Rayner e Wall (2007) demonstraram a validação de um questionário da avaliação 360 graus para gestores hospitalares e Whitehouse *et al.* (2007) identificaram a contribuição da avaliação para médicos residentes. Harsha *et al.* (2017), na residência de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, na Índia, encontraram diferenças significativas entre as avaliações de membros da equipe, dos pacientes e na autoavaliação. Tham (2007) aplicou em médicos emergencista em Singapura para conscientizar os colegas de fraquezas no relacionamento com outros trabalhadores, comunicação com paciente e cuidado humanizado. Em Alberta, província do Canadá e em Manitoba, no Reino Unido, a avaliação 360 graus se faz obrigatória para manter exercendo a profissão médica (Lewkonja *et al.*, 2013; Francois; Sisler; Mowat, 2018; General Medical Council, 2020).

No Brasil, a avaliação pela equipe e a autoavaliação já são utilizadas dentro do contexto da APS (Augusto, 2019), mas de forma incompleta, por vezes não há a participação dos pares residentes e pacientes sem conexão da avaliação por pares e pacientes com a autoavaliação. Experiência da avaliação 360 graus foi encontrada nas residências de Clínica Médica e Cardiologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (Sousa, 2015) e em residentes de Ginecologia e Obstetrícia (Fabricio *et al.*, 2020), onde na autoavaliação, avaliação por pares

(outros residentes) e dos preceptores foram acrescentados critérios técnicos como anamnese, exame físico, dentre outros inclusive guiados pelo Mini-Cex e confunde, desta forma, a relação de valores das habilidades de comunicação, empatia, respeito, labor interprofissional, ética e valores morais. Na residência de Anestesiologia do Hospital Universitário Walter Cantídio a avaliação 360 graus se limitou apenas à equipe sem menção da avaliação dos usuários ou autoavaliação (Fernandes *et al.*, 2012).

A composição da avaliação 360 graus foi construída a partir das experiências e ‘exigências citadas anteriormente, da intenção almejada para esta avaliação (Holmboe; Lobst, 2020) e os preceitos da abordagem centrada no educando (Weston; Brown, 2017). Coleta-se a avaliação da equipe (outros profissionais que atuam diretamente com o residente), dos cidadãos usuários atendidos pelo residente (ou cuidadores e familiares responsáveis) e do próprio residente (Björklund *et al.*, 2022). O preceptor faz, então, a análise destas avaliações somando e lapidando-a com suas próprias observações e leva ao residente em formato de perguntas e reflexões. Registram-se avanços percorridos, lacunas, dificuldades, obstáculos encontrados e as próximas metas e objetivos em conjunto com o residente, para sua evolução, que devem ser resgatados nas avaliações seguintes.

4 METODOLOGIA

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6 PRODUTO TÉCNICO

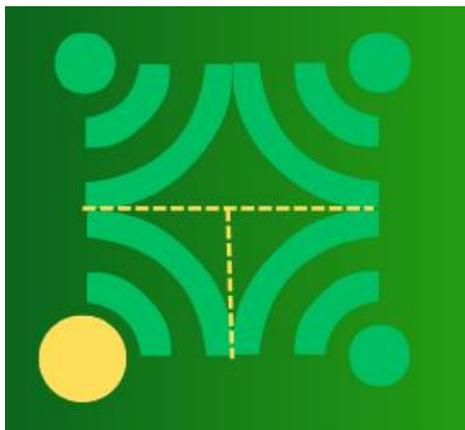
A construção de um material didático (guia educativo) sobre a avaliação 360 graus foi o produto desta pesquisa de Mestrado Profissional. Foi pensado tanto para o preceptor quanto para o residente, buscando facilitar e qualificar a aplicação desta avaliação no contexto das residências. A avaliação 360 graus ou multifonte pode ser aplicada em diferentes formatos (Holmboe; Lobst, 2020). A orientação de sua aplicação, por meio de um guia educacional, não pretende limitá-la a um único formato, mas sim, apoiar o formato estudado, à luz de evidências científicas e experiências relatadas. Destaca o valor da participação dos cidadãos usuários, profissionais da equipe e da mediação pelo preceptor, estimulando a autoavaliação e, portanto, a autopercepção do residente sobre seu processo de ensino-aprendizado-avaliação.

O guia educativo – ‘Avaliação 360 graus na Residência Médica e Multiprofissional: um guia para preceptores e residentes’ (Apêndice E) – foi produzido usando a plataforma do Canva. Seu conteúdo está baseado nos resultados desta pesquisa e no referencial teórico que a apoiou. Estabelece aderência tanto à pesquisa desenvolvida junto ao PPG EnSau, quanto à linha de pesquisa ‘Processos de Ensino na Saúde’. Tem o objetivo de orientar preceptores e residentes na aplicação da avaliação 360 graus. Pode ser utilizado em programas de residência médica e de residência multiprofissional em saúde, tendo potencial para qualificar a atuação do preceptor, e do residente enquanto educadores-educandos e do próprio programa de residência.

Ainda que este material educativo tenha sido planejado e constituído com foco nas residências, cabe considerar que a avaliação 360 graus tem aplicabilidade em diferentes atividades da educação de profissionais da saúde cujos cenários de prática/aprendizado sejam os serviços, com a possibilidade da atenção à saúde de cidadãos usuários realizada em equipe, como os estágios curriculares no SUS dos cursos da saúde. Trata-se de uma avaliação que pretende valorizar a voz dos cidadãos brasileiros na formação de profissionais da saúde.

A escolha das cores utilizadas no *layout* do produto teve a inspiração na bandeira brasileira, representando todo um país. A identidade visual construída para compor o guia educacional representa os protagonistas – acima estão os cidadãos usuários e profissionais da equipe e abaixo os preceptores e residentes. Os residentes educandos estão em evidência, na cor amarela. O tracejado amarelo separando o aprendiz e o docente dos demais e de si mesmos representa o filtro que estes devem construir para permitir que o diálogo seja construtivo e permanente, transformado os processos sociais em processos individuais e, assim, internalizando relações interpessoais colaborativas (Figura 1).

Figura 1 – Identidade visual do material didático.



Fonte: O autor, 2024.

Classifica-se como um material didático (Eixo Produtos e Processos), entendido como “produto de apoio/suporte com fins didáticos na mediação de processos de ensino e aprendizagem em diferentes contextos educacionais” (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2019, p. 43). A divulgação se dará por meio de documento eletrônico (extensão pdf), que poderá ser visualizado e salvo em diferentes espaços. Também ficará disponível no Repositório Digital LUME da UFRGS – portal de acesso às coleções digitais produzidas no âmbito da Universidade e de outros documentos de interesse – e na rede social *ResearchGate* (<https://www.researchgate.net/>), que integra profissionais/pesquisadores da área da saúde. A ficha catalográfica do produto foi elaborada por bibliotecária da Biblioteca da FAMED/UFRGS.

O Quadro 3 apresenta a ficha técnica do produto, considerando as recomendações do Grupos de Trabalho (GT) de Produção Técnica criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (2019). Está organizado de acordo com seguintes campos descritivos indicados pelo GT CAPES: descrição do material didático, cadastro da produção intelectual, natureza, finalidade, instituição promotora, demanda, URL, avanços tecnológicos/grau de novidade, produção resultante do trabalho realizado no programa de pós-graduação, docente autor, discente autor, projeto de pesquisa vinculado ao produto, linha de pesquisa vinculada à produção, financiamento, aplicabilidade do produto.

Quadro 3 – Ficha técnica do produto.

Descrição do material didático	Guia educativo
Cadastro da produção intelectual	Repositório Digital LUME
Natureza	Documento eletrônico (extensão pdf)
Finalidade	Orientar os preceptores e residentes sobre a aplicação da avaliação 360 graus
Instituição Promotora	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Demanda	Interna
URL	Será disponibilizada no Repositório Digital LUME
Avanços tecnológicos/grau de novidade	Produção com médio teor inovativo: combinação de conhecimentos pré-estabelecidos
Produção resultante do trabalho realizado no Programa de Pós-graduação	Ensino na Saúde (PPG EnSau)
Docente autor	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Discente autor	Mauro Sérgio Furtado de Souza
Projeto de pesquisa vinculado à produção	Análise da avaliação 360 graus na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade: percepção de cidadãos usuários e preceptores
Linha de pesquisa vinculado ao produto	Processos de Ensino na Saúde
Financiamento	Recursos próprios
Aplicabilidade do produto	O produto tem uma aplicabilidade potencialmente elevada, incluindo possibilidades de replicabilidade em programas de residência médica e de residência multiprofissional em saúde (considerando o contexto/legislação de cada programa).

Fonte: O autor, 2024.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa qualitativa propôs-se a analisar a avaliação 360 graus na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, na percepção de cidadãos usuários e preceptores.

Em relação à participação popular na formação do médico residente (Categoria 1), os resultados mostraram que a avaliação 360 graus foi reconhecida como ferramenta avaliativa que fomenta e valoriza o protagonismo popular, colocando-o no centro do processo de formação do médico residentes. Cidadãos usuários perceberam que, ao fazer parte da avaliação do residente, mudanças na conduta do médico podem acontecer. Nesse processo participativo, sentem-se privilegiados e contribuindo com o trabalho do médico residente. Sentimentos de confiança e de representatividade foram relatados pelos cidadãos usuários. Para os preceptores, a possibilidade de ter a visão do usuário na avaliação do médico residente é valorizada, sendo reconhecida como essencial na APS.

Quanto à equipe na formação/avaliação do médico residente (Categoria 2), os preceptores reconheceram que a participação da equipe no processo avaliativo do residente contribui com a avaliação 360 graus e fortalece a relação entre equipe e residente no cotidiano da formação e do trabalho interprofissional na APS. A presença de residentes médicos que trabalham de forma colaborativa, buscando a interação com outras profissões destacou-se nos relatos dos preceptores. Foram apontados, pelos preceptores, desafios relacionados ao momento de realizar a avaliação do residente com os profissionais da equipe, por conta da rotina de trabalho de cada profissão na APS.

Por fim, na Categoria 3 – Avaliação 360 graus como parte do processo de ensino e de aprendizagem do médico residente – os cidadãos usuários e preceptores vêem nesta avaliação uma oportunidade para o médico residente se sentir mais seguro, evoluir, perceber seus erros e se aproximar dos usuários e da equipe. A condução do momento do *feedback* foi identificada como outro desafio da avaliação 360 graus pelos preceptores. Relações de vínculo que vão se estabelecendo ao longo da formação entre o preceptor e o residente são facilitadoras do momento de *feedback*, assim como o ambiente adequado (silencioso e privativo) para este retorno avaliativo.

Os achados desta pesquisa mostraram que a avaliação 360 graus aplicada ao contexto da residência médica, uniprofissional, de Medicina de Família e Comunidade, no cenário da APS, tem potencial para construir um processo avaliativo participativo e colaborativo, baseado na cultura do aprendizado.

A avaliação 360 graus se apresenta como uma forma de avaliar o aprendizado do residente por meio do entendimento e percepção dos seres que são diretamente influenciados por este, incluindo o próprio residente com a mediação, facilitação e orientação do preceptor. Portanto, é uma tecnologia que fortalece a educação permanente pelo pensamento crítico/reflexivo que possibilita e enriquece o ensino-aprendizagem a partir da interação com a equipe e com a comunidade, tornando o profissional mais apto a contribuir com estes. Volta-se, especialmente, ao desenvolvimento de competências colaborativas, como a comunicação interprofissional, conhecimento da rotina do trabalho em equipe, liderança, reconhecimento dos papéis profissionais e o cuidado centrado no paciente-família-comunidade.

Ao mesmo tempo, se apresenta como uma estratégia que insere/valoriza o controle social na formação profissional e abre caminho para fomentar e normalizar a cultura da participação popular no SUS, a cultura da busca pela percepção do coletivo que o cerca para o crescimento de si próprio como um indivíduo. Ensina, também, o futuro profissional a buscar sua contribuição no ambiente de trabalho, sendo motivador e direcionador de seu futuro desenvolvimento. A avaliação 360 graus vai, portanto, ao encontro das necessidades do SUS/APS, e das instituições de ensino que oferecem pós-graduações *lato sensu* voltadas à saúde, como as residências médicas ou multiprofissionais em saúde.

A oportunidade da autoavaliação precedida pelo *feedback* do preceptor, estimula a autocrítica e a postura reflexiva do residente, contribuindo para o profissional não dominar ou ser dominado, para poder ter autonomia e responsabilidade por seus atos, por meio de uma relação com o preceptor que visa o próprio aprendizado, dando-lhe subsídio para sua continuidade após a conclusão da residência. Apoiada na humildade, na amorosidade e no diálogo, coloca o residente numa postura ativa, promotora do próprio aprendizado. É uma ferramenta que impulsiona o preceptor a se ver como educador e educando, aprendendo a partir das necessidades que uma cultura de aprendizado lhe exige. Este torna-se mais consciente dos elementos da própria avaliação que conduz, mas em si mesmo e consciente do exemplo que dá ao aprendiz no equilíbrio dos desafios do serviço com a educação.

Os pressupostos teóricos da avaliação 360 graus, assim como a discussão sobre seus aspectos facilitadores e dificultadores, devem fazer parte da educação permanente do profissional preceptor, ampliando-se à equipe que acompanha o residente na APS. Nesta perspectiva, espaços compartilhados de educação interprofissional entre os profissionais de diferentes núcleos/formações precisam existir nas equipes, iniciando na graduação, e serem estimulados pela gestão. A formação essencialmente uniprofissional não é potente para

promover a disponibilidade do aprender sobre e com o outro e o fazer saúde interprofissional/colaborativo das equipes.

O estudo não teve o propósito de mostrar uma ‘superioridade’ da avaliação 360 graus em relação a outras estratégias de avaliação educacional, mas sim, de trazê-la para a discussão no contexto da formação em saúde, compreendendo suas potencialidades e desafios, consolidando-a como uma estratégia efetiva em programas de residência. Novas pesquisas são recomendadas envolvendo a percepção dos residentes, demais profissionais da equipe e gestores sobre a avaliação 360 graus.

REFERÊNCIAS

- ABIB, J. A. D. Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. **Psicol. reflex. crit.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 107-117, 2001, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/KwFrct9k64c46BRrRzMxGZs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2023.
- AGUIAR, A. C. *et al.* Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis. *In: AGUIAR, A. C. (org.) Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017a. p. 60-96. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residencia.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- AGUIAR, A. C. *et al.* Introdução à pesquisa "Preceptoría em programas de residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão" premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. *In: AGUIAR, A. C. Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017b. p. 11-31. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residencia.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- AUGUSTO, D. K. Residência em medicina de família comunidade. *In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 447-453.
- ARAÚJO, E. F. S. *et al.* Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil. *In: AGUIAR, A. C. (org.) Preceptoría em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão.* Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. p. 32-48. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residencia.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- ARCHER, J. C. State of the science in health professional education: effective feedback. **Medical education**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 101-108, Jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARR, H. Competent to collaborate towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>. Acesso em: 20 fev. 2024.
- BARR, H.; LOW, W. **Introdução à educação interprofissional.** Reino Unido: CAIPE, jul. 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BERGER, J. S.; PAN, E.; THOMAS, J. A randomized, controlled crossover study to discern the value of 360-degree versus traditional, faculty-only evaluation for

performance improvement of anesthesiology residents. **The Journal of Education in Perioperative Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 53, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4719529/pdf/jepm-11-002_VolXI_IssueII_Berger.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

BERNHART, M. H. *et al.* Patient satisfaction in developing countries. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 48, n. 8, p. 989-996, Apr. 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00376-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00376-1). Acesso em: 20 fev. 2024.

BING-YOU, R. *et al.* The feedback tango: an integrative review and analysis of the content of the teacher-learner feedback exchange. **Acad. Med.**, [s. l.], v. 93, n. 4, p. 657-663, Apr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001927>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BITENCOURT, A. G. V. *et al.* Análise do erro médico em processos ético-profissionais: implicações na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 223-228, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000300004>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BJÖRKLUND, K. *et al.* Multisource feedback in medical students' workplace learning in primary health care. **BMC Med. Educ.** [s. l.], v. 22, p. 1-12, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03468-7>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BOURSICOT, K. Performance and workplace assessment. *In*: DENT, J. A.; HARDEN, R. M.; HUNT, D. **A practical guide for medical teachers**. 6th ed. Poland: Elsevier, 2021. p. 289-296.

BRASIL. **Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatuizada-pe.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6932, de 7 de julho de 1981**. Brasília, 1981. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-6932-7-julho-1981-357276-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial**: Brasília, DF, p. 18056, 19 set. 1990a. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial**: Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da Casa Civil. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF. 1994. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d1232.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 05, de 2002**. Brasília, DF, 2002. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/CNRM052002.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução nº 003, de 23 de dezembro de 2003**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 2003a. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2018.pdf/95541-resolucao-3-2003/file>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2003b.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica **Resolução CNRM nº 02, de 07 de julho de 2005**. Brasília, DF, 2005. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/resolcnrm002_2005.pdf. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. **Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006**. Brasília, DF, 2006. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**: volume 2 Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. p. 76-91.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política

Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.** Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Brasília, DF, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial:** República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 2.761 de 19 de novembro de 2013:** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015.** Brasília, DF, 2015a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-res01-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015.** Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial:** República Federativa do Brasil: Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 9 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436,** de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a

revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=168061-matriz-medicina-familia-e-comunidade&category_slug=2020&Itemid=30192. Acesso em: 11 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.598, de 15 de julho de 2021**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/07/2021&jornal=515&pagina=58&totalArquivos=98>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 16, de 30 de setembro de 2022. Dispõe sobre estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica (COREMEs) nas instituições de saúde que oferecem os Programas de Residência Médica (PRMs) e dá outras providências. **Diário Oficial**: seção 1, Brasília, DF, edição 188, p. 55, 3 out. 2022a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRM-016-2022-09-30.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 17, de 21 de dezembro de 2022. Dispõe sobre o processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica autorizados em Instituições Credenciadas pela Comissão Nacional de Residência e dá outras providências. **Diário Oficial**: seção 1, Brasília, DF, edição 240, p. 142, 22 dez. 2022b. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Resolucao-CNRM-017-2022-12-21.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. **Diário Oficial**: seção 1, Brasília, DF, ed. 203, p. 23, 25 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023RESOLUON4DE1DENOVEMBRODE2023DOUImprensaNacional.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRITTEN, N. Entrevista qualitativa. In: POPE, C.; NICHOLAS, M. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 23-32.

BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-449, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CALIARI, R. V. *et al.* Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 205-218, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413->

81232022271.30712020. Acesso em: 25 dez. 2023.

CATE, O. ten. Entrustment decisions: bringing the patient into the assessment equation. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 92, n. 6, p. 736-738, June 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001623>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CATE, O. ten. Guia Atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 721-730, 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190238>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jan. 2024.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 2 jan. 2024.

CHANDLER, N. *et al.* Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. **Journal of Graduate Medical Education**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 430-434, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951785/pdf/i1949-8357-2-3-430.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CHERAGHI-SOHI, S.; BOWER, P. Can the feedback of patient assessments, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systematic review. **BMC Health Serv. Res.**, [s. l.], v. 8, p. 179, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-179>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CUSTERS, E. J. F. M.; CATE, O. ten. The History of Medical Education in Europe and the United States, with respect to time and proficiency. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 93, p. S49-S54, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0000000000002079>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **The Dawson report on the future provision of medical and allied services: an interim report to the minister of health by the consultative council on medical and allied services.** 1920. Reimpressão King Edward's Hospital Fund for London, Sept. 1950. Disponível em: https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000018795?locale=fr#?cv=9&xywh=-3373,-129,8114,2079. Acesso em: 22 out. 2023.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma Ata, Cazaquistão, URSS, set. 1978. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 33. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 22 out. 2023.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. GT de Produção Técnica. **Produção Técnica**. Ministério da Educação: Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf/view>. Acesso em: 24 fev. 2024.

COSTA, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editoria da Rede Unida, 2017. p. 14-27. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 11 fev. 2024.

COSTA, R. L. S. Neurociência e aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, v. 28, e280010, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782023280010>. Acesso em: 29 dez. 2023.

COUSAR, M. *et al.* Too scared to teach? The unintended impact of 360-degree feedback on resident education. **Current Problems Diagnostic Radiology**, [s. l.], v. 49, n. 4, p. 239-242, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31103250/>. Acesso em: 11 fev. 2024.

CUNHA, A. G. Competência. *In*: **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2015. p. 166.

D'AMOUR, D. *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, p. 116-131, May 2005. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>. Acesso em: 11 fev. 2024.

DAUDT, C. V. G.; PINTO, M. E. B.; LOPES, J. M. C. Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 461-473.

DIAS, R. B.; NOGUEIRA, F. P. S. Trabalho em equipe. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 340-348.

DIAS, L. F. *et al.* Promoção da saúde: coerência nas estratégias de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 641-651, 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190104>. Acesso em: 11 fev. 2024.

DONNON, T. *et al.* The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 3, p. 511-516, 2014.

DUSSAULT, J. A. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. **Defining and assessing professional competence.** **JAMA**, Chicago, v. 287, p. 2, p. 226-235, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.2.226>. Acesso em: 11 fev. 2024.

FABRICIO, T. N. *et al.* Experience of the 360-degree evaluation and feedback system among obstetrics and gynecology residents: a pilot study. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s. l.], v. 152, n. 2, p. 264-266, 2020.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 10 jan. 2024.

FERNANDES, C. R. *et al.* Currículo baseado em competências na residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 129-136, 2012.

FERREIRA, D. C. *et al.* A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em Medicina. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 304-310, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)782](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)782). Acesso em: 11 fev. 2024.

FERREIRA, A. B. H. Competência. *In:* **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 495-541.

FERREIRA, I. G.; ALMEIDA, C. S. **Preceptoría médica: guia básico de ensino-aprendizagem** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2022. Disponível em: <https://ufcspa.edu.br/vida-no-campus/editora-da-ufcspa/obras-publicadas>. Acesso em: 26 set. 2022.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Acesso em: 28 set. 2022.

FRANCOIS, J.; SISLER, J.; MOWAT, S. Peer-assisted debriefing of multisource feedback: an exploratory qualitative study. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 18, p. 2-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1137-y>. Acesso em: 11 fev. 2024.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, N. K. Representações mentais, imagens visuais e conhecimento no pensamento de Vygotsky. **Ciênc. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 109-112, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v6n1/v6a12.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2024.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, [s. l.], v. 376, n. 9756, p. 5-40, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 21 jan. 2024.

FRENK, J. *et al.* Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. **The Lancet**, [s. l.], v. 400, n. 10362, p. 1539-1556, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(22\)02092-X](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(22)02092-X). Acesso em: 21 jan. 2024.

GAION, J. P. B. F.; KISHI, R. G. B.; NORDI, A. B. A. Preceptoría na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, e096, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210391>. Acesso em: 11 fev. 2024.

GAVIN, K. **Doctors in the house**: history of medical interns and residents at U-M hospitals. Michigan Medicine, 2020. Disponível em: <https://www.uofmhealth.org/news/archive/202007/doctors-house-history-medical-interns-and-residents-u-m>. Acesso em: 22 jun. 2022.

GENERAL MEDICAL COUNCIL. **Guidance on supporting information for appraisal and revalidation**. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/rt---supporting-information-for-appraisal-and-revalidation---dc5485_pdf55024594.pdf?la=en&hash=1CA018A10A29AEEA7CDE433E0B901B97DFE96402. Acesso em: 24 set. 2022.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>. Acesso em: 11 fev. 2024.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidade. **Rev. HCPA**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

HAFNER, M. de L. M. B. *et al.* A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1715-1724, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700083>. Acesso em: 11 fev. 2024.

HAGEMAN, M. G. J. S. Do 360-degree feedback survey results relate to patient satisfaction measures? **Clinical Orthopaedics and Related Research**, [s. l.], v. 473, n. 5, p. 1590-1597, 2015.

HAN, H. *et al.* How students learn. In: DENT, J. A.; HARDEN, R. M.; HUNT, D. A **practical guide for medical teachers**. 6th ed. Poland: Elsevier, 2021. p. 57-64.

HARSHA, J. *et al.* Evaluation of competencies related to personal attributes of resident doctors by 360 degrees. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 9-11, 2017.

HODGES, B. *et al.* Assessment of professionalism: from where have we come – to where are we going? An update from the Ottawa Consensus Group on the assessment of professionalism. **Medical Teacher**, London, v. 41, n. 3, p. 249-255, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1543862>. Acesso em: 11 fev. 2024.

HOJAT, M. *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, Sept. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>. Acesso em: 11 fev. 2024.

HOLM, E.; HOLM, K.; SØRENSEN, J. L. 360-degree feedback for medical trainees. **Ugeskr Laeger**, [s. l.], v. 176, n. 49, p. 1933, 2014.

HOLMBOE, E. S.; LOBST, W. **Accreditation Council for Graduate Medical Education: assessment guidebook**. ACGM, 2020. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/guidebooks/assessmentguidebook.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.

HOSPITAL DO CORAÇÃO. **Manual de apoio às instituições proponentes de programas de residência em área profissional de saúde: uniprofissional e multiprofissional**. São Paulo: HCor, 2020.

HUMPHREY, K. E. *et al.* Frequency and nature of communication and handoff failures in medical malpractice claims. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 18, n. 2, p. 130-137, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000937>. Acesso em: 11 fev. 2024.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. **Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update**. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. 2016. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2024.

JUG, R.; JIANG, X. S.; BEAN, S. M. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, [s. l.], v. 143, n. 2, p. 244-250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-RA>. Acesso em: 11 fev. 2024.

KASPER, M. J. *et al.* Atenção Primária como cenário de prática e aprendizagem na formação de fisioterapeutas no Brasil: percepção de estudantes, profissionais e usuários. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 26, e210508, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210508>. Acesso em: 11 fev. 2024.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>. Acesso em: 20 fev. 2024.

LEWKONIA, R. *et al.* Family physician practice visits arising from the Alberta Physician Achievement Review. **BMC Medical Education**, [s. l.], v. 13, n. 121, p. 1, 2013. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-13-121>. Acesso em: 20 fev. 2024.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 1-10.

LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudos e proposições. 22. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

LUDMERER, K. M. **Let me heal**: the opportunity to preserve excellence in american medicine. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2014.

MAGNAGO, C. Educação interprofissional no Brasil: tendências e desafios para sua implementação. *In*: TEIXEIRA, C. P. *et al.* (org.). **Educação na Saúde**: fundamentos e perspectivas. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2023. p. 117-129. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Educacao-na-Saude-fundamentos-e-perspectivas.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MARTINS, M. R. I. *et al.* Estudo randomizado e controlado de uma intervenção terapêutica grupal em pacientes com síndrome fibromiálgica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s. l.], v. 54, n. 3, p. 179-184, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.10.005>. Acesso em: 4 jan. 2024.

MARX, D. Patient safety and the just culture. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, [s. l.], v. 46, n. 2, p. 239-245, June 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.01.003>. Acesso em: 11 fev. 2024.

MCCORMACK, J.; ELWYN, G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. **BMJ Evid. Based Med. [Internet]**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 137-139, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110922>. Acesso em: 28 dez. 2023.

MELLO FILHO, J. de; SILVEIRA, L. M. C. da. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-151, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-021>. Acesso em: 11 fev. 2024.

MENDEZ, J. M. A. Avaliar a aprendizagem em um ensino centrado nas competências. *In*: SACRISTAN, J. G. *et al.* **Educar por competências**: o que há de novo? Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 233-264.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 139-153.

MERCER, S. W. *et al.* The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. **Fam. Pract.**, [s. l.], v. 21, p. 699-705, 2004.

METERSKY, K. *et al.* Patient roles in primary care interprofessional teams: a constructivist grounded theory of patient and health care provider perspectives. **Journal of**

Interprofessional Care, Abingdon, v. 36, n. 2, p. 177-185, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1892616>. Acesso em: 12 fev. 2024.

MICHEL, J. L. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. P. T. Residência Médica no Brasil. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 7-12, out. 2011. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol07.pdf. Acesso em: 11 fev. 2024.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 65, n. 9, p. S63-7, Sept. 1990.

NATIONAL QUALITY FORUM. **Shared decision making**: a standard of care for all patients. [S. l.]: National Quality Forum, Oct. 2017. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2017/10/NQP_Shared_Decision_Making_Action_Brief.aspx. Acesso em: 11 fev. 2024.

NORCINI, J.; MCKINLEY, D. W. Concepts in assessment including standard setting. In: DENT, J. A.; HARDEN, R. M.; HUNT, D. **A practical guide for medical teachers**. 6th ed. Poland: Elsevier, 2021. p. 271-278.

NORDI, A. B. A. *et al.* Experiências mundiais em preceptoria na graduação médica: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 1, e012, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.1-20210228>. Acesso em: 20 fev. 2024.

OGUNYEMI, D. *et al.* From the eye of the nurses: 360-degree evaluation of residents. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 105-110, 2009.

OH, J. *et al.* An integrative review on development of "Quality Of care Through the patients' Eyes" (QUOTE) Instruments. **J. Nurs. Care Qual.**, [s. l.], v. 30, n. 4, E26-31, Oct./Dec. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000127>. Acesso em: 11 fev. 2024.

PALMER, R.; RAYNER, H.; WALL, D. Multisource feedback: 360-degree assessment of professional skills of clinical directors. **Health Services Management Research**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 183-188, Aug. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/095148407781395973>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PAPADAKIS, M. A. *et al.* Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 22, n. 353, p. 2673-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMsa052596>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31/26>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PECOTCHE, C. B. G. **Curso de iniciação logosófica**. 16. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2001. Disponível em: <https://logosofia.org.br/livros/curso-de-iniciacao->

logosofica/. Acesso em: 18 set. 2022.

PECOTCHE, C. B. G. **Bases para sua conduta**. 20. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2012. Disponível em: <https://logosofia.org.br/livros/bases-para-sua-conduta/>. Acesso em: 10 set. 2022.

PECOTCHE, C. B. G. Logosofia prática. *In*: PECOTCHE, C. B. G. **Coletânea da revista logosófica**. 3. ed. São Paulo: Editora Logosófica, 2014. p. 1-2. Disponível em: <https://logosofia.org.br/livros/coletanea-da-revista-logosofia-tomo-i/>. Acesso em: 9 dez. 2021.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p.785-794, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qJSmkKp3Qs5FYWr7NyvpYhK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5090801/mod_resource/content/1/PERRENOUD_Construir%20as%20competen%C7ncias%20desde%20a%20escola.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

PRICE, R. A. *et al.* Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. **Medical Care Research and Review**, [s. l.], v. 71, n. 5, p. 522-554, Oct. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1077558714541480>. Acesso em: 20 fev. 2024.

PRICINOTE, S. C. M. N. *et al.* The meaning of feedback: medical students' view. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, e179, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200517.ING>. Acesso em: 11 fev. 2024.

PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Percepção de discentes de Medicina sobre o feedback no ambiente de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 470-480, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00422014>. Acesso em: 11 fev. 2024.

PROBYN, L. *et al.* Multisource feedback and self-assessment of the communicator, collaborator, and professional CanMEDS roles for diagnostic radiology residents. **Canadian Association of Radiologists Journal**, [s. l.], v. 65, n. 4, p. 379-384, Nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.carj.2014.04.003>. Acesso em: 20 fev. 2024.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide n.º 39. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, May 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 21 jan. 2024.

REIS, C. T. Cultura de segurança em organizações de saúde. *In*: SOUSA, P. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 81-87.

RIBEIRO, L. G. **Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade**. 2022. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2022.

RIBEIRO, P. K. C. *et al.* Os profissionais de saúde e a prática de preceptoria na atenção básica: assistência, formação e transformações possíveis. **J. Manag. Prim. Health Care**, [s. l.], v. 12, e21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.977>. Acesso em: 20 fev. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Escola de Saúde Pública. **Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI 2014-2018**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: https://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/upload/1418144065_PDI%20-%202008%20dez%202014.pdf. Acesso em: 4 fev. 2024.

RODGERS, K. G.; MANIFOLD, C. 360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents. **Academic Emergency Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. 1300-1304, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01591.x>. Acesso em: 20 fev. 2024.

RODRIGUES, R. D. R.; ANDERSON, M. I. P. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 81-92.

RODRIGUEZ, E. M. Melhorar o currículo por meio de sua avaliação. *In*: SACRISTÁN, J. G. (org.). **Saberes e incertezas sobre o currículo**. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 525-534.

ROSAS, J. B. M. *et al.* Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2509, jan./dez. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2509](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509). Acesso em: 8 jan. 2024.

SACRISTÁN, J. G. Dez teses sobre a aparente utilidade das competências em educação. *In*: SACRISTAN, J. G. *et al.* **Educar por competências: o que há de novo?** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 13-63.

SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2020.

SANDMAN, L.; MUNTHE, C. Shared decision-making and patient autonomy. **Theor. Med. Bioeth**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 289-310, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11017-009-9114-4>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SANTOS, M. C. C.; GRILO, A. M. Envolvimento e segurança do paciente: desafios e estratégias. *In*: SOUSA, P. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed (revista e ampliada). Rio de Janeiro, RJ: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 81-87.

SCHUWIRTH, L.; VLEUTEN, C. How to design a useful test: the principles of assessment. *In*: SWANWICK, T.; FORREST, K.; O'BRIEN, B. **Understanding medical education: evidence, theory, and practice**. The Association for the Study of Medical Education (ASME). 3. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2019. p. 277-290.

SILVA, R. P. da; RIBEIRO, V. M. B. Inovação curricular nos cursos de graduação em Medicina: o ensino da bioética como uma possibilidade. **Revista Brasileira em Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 134-143, mar. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100017>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900018>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SIQUEIRA, R. H. M. **Análise das diretrizes curriculares nacionais e da Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil**. Ponta Grossa: Atena, 2022.

SIXMA, H. J. *et al.* Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. **Health Expect.**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 82-95, Nov. 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>. Acesso em: 20 fev. 2024.

SMIT, D. *et al.* European Forum for Primary Care: position paper for primary care mental health. **Prim. Health Care Res. Dev.**, [s. l.], v. 21, e56, Dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423620000304>. Acesso em: 4 jan. 2024.

SOARES, A. C. P. *et al.* A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. **Cadernos da Abem**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 14-23, out. 2013. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol09.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

SOARES, R. S. *et al.* Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, [s. l.], v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1629](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1629). Acesso em: 22 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 9 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Recomendações para qualidade dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade**: manual de orientações grupo de trabalho de ensinagem da

SBMFC. 1. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, fev. 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2024.

SOUSA, J. C. V. **Implementação da avaliação 360 do residente no programa de residência médica em cardiologia e clínica médica do Hospital Universitário Onofre Lopes**. 2015. 51f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21259>. Acesso em: 11 dez. 2021.

SOUSA-UVA, A.; SERRANHEIRA, F. Saúde do trabalhador, ergonomia e segurança do paciente. In: SOUSA, P. (org.). **Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras**. 2. ed (revista e ampliada). Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. p. 81-87.

SOUZA, C. S.; IGLESIAS, A. G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-292, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86617>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SOUZA, R. S.; ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Educação interprofissional em saúde: aprendizados de uma experiência inovadora de integração entre pessoas, currículos e profissões. **Pro-Posições**, Campinas, v. 33, e2020001, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2020-0011>. Acesso em: 11 fev. 2024.

SOUZA, V. R. dos S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul. Enferm.**, [s. l.], v. 34, eAPE02631, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaaep/2021AO02631>. Acesso em: 20 fev. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

STARK, R.; KORENSTEIN, D.; KARANI, R. Impact of a 360-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feedback delivery. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 969-972, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0586-0>. Acesso em: 20 fev. 2024.

STERKENBURG, A. *et al.* When do supervising physicians decide to entrust residents with unsupervised tasks? **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 85, n. 9, p. 1408-1417, Sept. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181eab0ec>. Acesso em: 11 fev. 2024.

THAM, K. Y. 360 Degrees feedback for emergency physicians in Singapore. **Emergency Medicine Journal**, [s. l.], v. 24, n. 8, p. 574-575, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/emj.2007.047530>. Acesso em: 20 fev. 2024.

TOASSI, R. F. C. *et al.* Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026798, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>. Acesso em: 11 fev. 2024.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 21 jan. 2024.

TOPOL, E. **Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future: an independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care**. Health Education England, Feb. 2019. Disponível em: <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2024.

TOWLE, A. *et al.* Active patient involvement in the education of health professionals. **Medical Education**, Oxford, v. 44, p. 64-74, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x>. Acesso em: 11 fev. 2024.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7CmmFq59rbTB7NK68jKgF9c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2024.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>. Acesso em: 20 fev. 2024.

YIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. 4. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1991. p. 86-87.

VENTURELLI, J.; FIORINI, V. M. L. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: capacitação docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 7-21, set. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v25.3-002>. Acesso em: 11 fev. 2024.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WESTON, W.; BROWN, J. B. Educação médica centrada no educando. *In*: STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 172-194.

WHITEHOUSE, A. *et al.* 360 degree assessment (multisource feedback) of UK trainee doctors: field testing of team assessment of behaviours (TAB). **Medical Teacher**, London, v. 29, n. 2-3, p. 171-176, 2007. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/01421590701302951>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ZERMIANI, T. C. *et al.* A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. **Interações**, Campo Grande, v. 20, n. 4, p. 1015-1126, out./dez. 2019. Disponível em:
<https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1971>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ZUCKERMAN, B.; GOLDSTEIN, R. A perspective on 360-degree evaluations. **The Journal of Pediatrics**, [s. l.], v. 156, n. 1, p. 1-2, 2010. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.09.027>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ANEXO A – TERMO DE ANUENCIA INSTITUCIONAL DE CANOAS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CANOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
DIRETORIA DE POLÍTICAS E AÇÕES EM SAÚDE

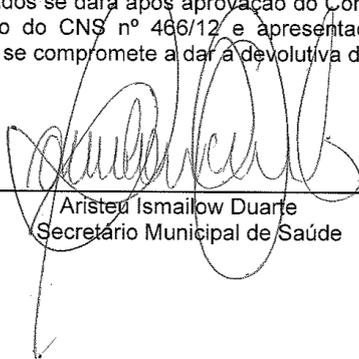
Canoas, 10 de novembro de 2022.

TERMO DE APROVAÇÃO PARA PROJETO DE PESQUISA

A Secretaria Municipal de Saúde do Município de Canoas, através da avaliação e deliberação do DAB e da Diretoria Técnica da FMSC, vem por este termo manifestar **APROVAÇÃO** para a realização do Projeto de Pesquisa de **Mauro Sérgio Furtado de Souza**, com orientação da Profa. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, para a conclusão do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, sob o título:

“ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES E CIDADÃOS USUÁRIOS”

A pesquisa tem como objetivo analisar a avaliação 360 graus ou multifonte na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), na percepção de preceptores e cidadãos usuários. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. O estudo será conduzido nos municípios de Canoas e Farroupilha, no Rio Grande do Sul, locais onde os residentes médicos em Medicina de Família e Comunidade da ESP-RS desenvolvem suas atividades de formação. A amostra será intencional. Serão convidados a participar do estudo os dois preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e cidadãos usuários, atendidos pelos residentes deste Programa. A coleta de dados contempla a realização de entrevista individual semiestruturada e será realizada no período de um ano, durante a avaliação trimestral dos residentes (quatro avaliações ao ano). O tamanho da amostra para os cidadãos usuários será definido pelo critério da saturação teórica. A entrevista será realizada em sala reservada, na Unidade de Saúde, conduzida por um único pesquisador (mestrando), de forma presencial, com duração estimada em 40 minutos. Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados de contexto dos participantes serão analisados pela estatística descritiva. Os dados qualitativos produzidos pelas entrevistas serão analisados pela análise de conteúdo. O software ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis) apoiará a organização do material textual da pesquisa e a unitarização por temas e categorias emergentes. Cada entrevista será codificada por números sequenciais para preservar a identificação das participantes de pesquisa. A coleta de dados se dará após aprovação do Comitê de Ética conforme diretrizes e normas da Resolução do CNS nº 466/12 e apresentação da carta de aprovação ao Numesc. O pesquisador se compromete a dar a devolutiva da referida pesquisa ao Numesc.


Aristeu Ismailow Duarte
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DE FARROUPILHA

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL PARA PESQUISA EM FARROUPILHA

Eu, Gabriela Müller Lehmen

responsável pelo serviço de Atenção Primária à Saúde do município de Farroupilha, estou ciente da realização do projeto de pesquisa, intitulado 'Análise da avaliação 360 graus na residência médica de Medicina de Família e Comunidade: percepção de preceptores e cidadãos usuários'. O estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e tem o objetivo de analisar a avaliação 360 graus ou múltiplas fontes na residência médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), trazendo a percepção de preceptores e cidadão usuários.

O estudo será conduzido na Unidade de Saúde onde os residentes médicos em Medicina de Família e Comunidade da ESP-RS desenvolvem suas atividades de formação. Serão convidados a participar do estudo os preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e cidadãos usuários, atendidos pelos residentes deste Programa no período de um ano, durante a avaliação trimestral dos residentes (quatro avaliações ao ano). A coleta de dados contempla a realização de entrevista individual semiestruturada. As entrevistas serão realizadas em sala reservada, na Unidade de Saúde, conduzidas pelo pesquisador (mestrando). Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo será desenvolvido pelo médico mestrando-pesquisador Mauro Sérgio Furtado de Souza, trabalhador da Fundação Municipal de Saúde de Canoas, sob orientação da professora Doutora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, da UFRGS.

Estou ciente de que esta autorização não interferirá no fluxo normal de trabalho e de atendimento da Unidade de Saúde onde a pesquisa será realizada, nem trará constrangimento aos cidadãos usuários e preceptores que trabalham no serviço e que não quiserem ingressar no estudo como participantes. Estou ciente também da minha responsabilidade em relação à confidencialidade dos dados ao autorizar o acesso às informações, conforme as Resoluções no 466/2012 e no 510/2016 e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei no 13.709/2018).

Autorizo, por meio deste termo*, a sua execução para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos participantes. A coleta de dados/informações requeridos deverá ter início somente após o parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Local Farroupilha Data 11/11/2022

ESF São José - Farroupilha.

Nome, assinatura e CARIMBO do local onde será realizada a coleta

02.722.307/0001-21

ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE
PRÓ SAÚDE

Rua Thomas F. 11, 500 - Sala 12
Centro

CEP: 95170-472
FARROUPILHA - RS

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO COMPESQ-FAMED

09/12/2022 09:11

Chasque Webmail :: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Medicina

Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Medicina



De <compesq-famed@ufrgs.br>
Para <ramona.fernanda@ufrgs.br>
Data 2022-12-08 16:06

Prezado Pesquisador RAMONA FERNANDA CERIOTTI TOASSI,

Informamos que o projeto de pesquisa ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES E CIDADÃOS USUÁRIOS encaminhado para análise em 16/11/2022 foi aprovado quanto ao mérito pela Comissão de Pesquisa de Medicina com o seguinte parecer:

Estudo qualitativo, empregando como método a realização de entrevistas semiestruturadas, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde ? Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com o seguinte problema de pesquisa: Como os preceptores e cidadãos usuários percebem a avaliação 360 graus do residente médico no seu processo de formação na Residência de Medicina de Família e Comunidade? O estudo será conduzido nos municípios de Canoas e Farroupilha, no Rio Grande do Sul, locais onde os residentes médicos em Medicina de Família e Comunidade da ESP-RS desenvolvem suas atividades de formação. A amostra será intencional: os dois preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (n=2) e cidadãos usuários, atendidos pelos dois residentes deste Programa.

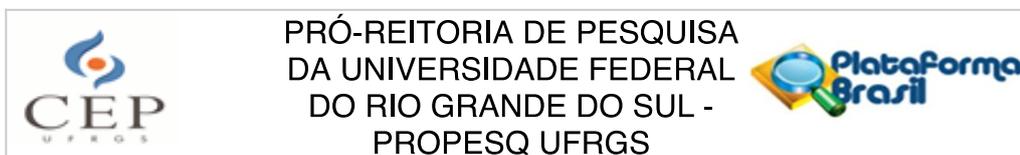
Instrumento de coleta de dados, proposta de análise, cronograma e orçamento consistentes com o projeto.

Pela aprovação do mesmo, demandando encaminhamento posterior ao CEP/UFRGS e registro na Plataforma Brasil. Consta dos documentos anexados as autorizações institucionais.

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Medicina

ANEXO D – PARECER DE APROVAÇÃO CEP-UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES E CIDADÃOS

Pesquisador: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66054622.6.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.875.955

Apresentação do Projeto:

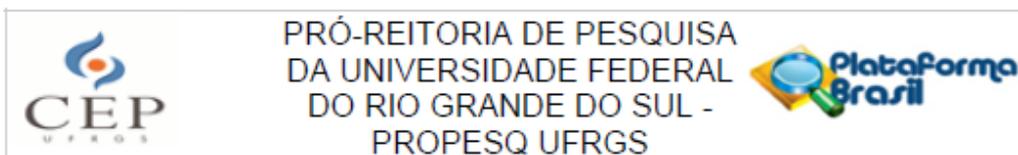
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento Informações Básicas da Pesquisa n.º 2065168, datado em 28/01/2023, e "Projeto Detalhado" (arquivo janeiro2023_Projeto_Mestrado_CEP_UFRGS_versearevisada.pdf).

Trata-se de uma pesquisa intitulada ANÁLISE DA AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES E CIDADÃOS USUÁRIOS da pesquisadora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi e do mestrando Mauro Sergio Furtado de Souza, ambos vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/Mestrado Profissional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

A residência médica de Medicina de Família e Comunidade constitui-se um processo de formação em serviço. A avaliação na residência é uma ferramenta que busca a qualificação e o desenvolvimento do residente. A Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul tem um instrumento de avaliação somativo aplicado trimestralmente e a Sociedade Brasileira de Medicina

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.875.955

de Família e Comunidade trouxe competências essenciais a serem alcançadas pelo residente. Dentro dessas exigências avaliativas, destaca-se a necessidade de avaliar o profissionalismo, a comunicação, as habilidades interpessoais e o respeito do residente no seu processo formativo.

Questão de pesquisa

Como os preceptores e cidadãos usuários percebem a avaliação 360 graus do residente médico no seu processo de formação na Residência de Medicina de Família e Comunidade?

Hipótese

A utilização da avaliação 360 graus tem potencial para qualificar o processo avaliativo na residência médica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Analisar a avaliação 360 graus ou multifonte no Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na percepção de preceptores e cidadãos usuários.

Objetivos Secundários

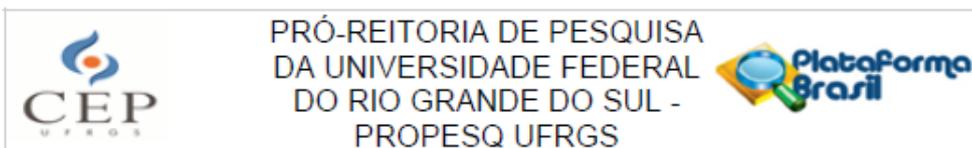
- Identificar potências, lacunas e perspectivas da avaliação 360 graus para os preceptores e cidadãos usuários.
- Compreender aspectos da avaliação do residentes no processo de cuidado em saúde, a partir da percepção de preceptores e cidadãos usuários.
- Produzir, como produtos desta pesquisa de Mestrado Profissional, relatório sobre a aplicação da avaliação 360 graus nos cenários da residência estudada e um Guia sobre esta avaliação, tanto para o residente quanto para o preceptor.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Nesta pesquisa, o tempo de duração e os assuntos tratados na entrevista poderá causar algum tipo de desconforto ou incômodo. Se me sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim e meu trabalho. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, meu nome não será divulgado em qualquer meio e os dados originais da pesquisa

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.875.955

serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

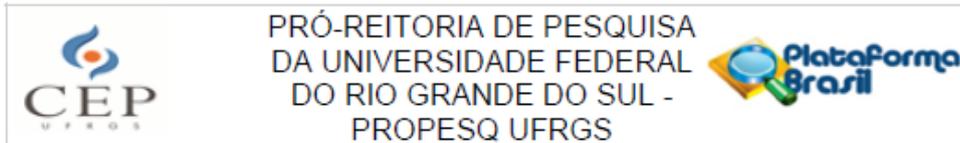
Benefícios

Espera-se que esta pesquisa contribua com a qualificação do processo de avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade – trazendo potências, lacunas/desafios e perspectivas – e das práticas de cuidado, aproximando a formação do profissional da saúde das necessidades das pessoas-famílias-comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Estudo proposto é de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. O caso a ser estudado é a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da ESP-RS, focando no processo de avaliação do residente.
- O estudo será conduzido em Unidades de APS dos municípios de Canoas e Farroupilha, no Rio Grande do Sul, locais onde os residentes médicos de Medicina de Família e Comunidade desenvolvem suas atividades de formação.
- A amostra será intencional. Serão convidados a participar do estudo os dois médicos preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, trabalhadores da APS de Canoas e Farroupilha (n=2) e cidadãos usuários da APS, atendidos pelos dois residentes deste Programa.
- Em relação aos cidadãos usuários, estes deverão ter sido atendidos pelos médicos residentes no período da coleta de dados e ter participado da avaliação do residente.
- O convite para a participação no estudo será realizado durante a semana da avaliação trimestral do residente, após o encontro do usuário com o médico residente.
- A coleta de dados acontecerá ao longo do ano de 2023 e contempla a realização de entrevista individual semiestruturada com preceptores e cidadãos usuários.
- Há um roteiro da entrevista com preceptores e com cidadãos usuário.
- A entrevista com os dois preceptores será realizada ao final do ciclo de avaliação anual do residente, durante a semana de avaliação do último trimestre do ano. Em relação aos cidadãos usuários, a entrevista será realizada no mesmo dia do convite para participação no estudo, após o encontro do usuário com o médico residente, evitando um possível 'viés' de memória.
- A decisão pela inclusão dos usuários que possam expressar suas percepções e contribuir com o

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.875.955

estudo será definida pelo preceptor, sendo excluídos usuários menores de 18 anos e que não possuam condições cognitivas-emocionais de participar da entrevista.

- O tamanho final da amostra para os usuários será definido pelo critério da saturação teórica aliado à análise da densidade do material textual produzido.

- Estima-se um número de cinco usuários atendidos por cada um dos dois médicos residentes (em consultas individuais e atividades coletivas, como visitas domiciliares e grupos), que tenham participado da avaliação 360 graus na semana da avaliação trimestral (n=40 nas quatro avaliações do ano).

- As entrevistas serão realizadas em sala reservada, nas Unidades de APS participantes do estudo, conduzidas por um único pesquisador (mestrando), de forma presencial e terão duração estimada de 40 minutos.

- No momento inicial da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será lido ao participante e possíveis dúvidas serão esclarecidas pelo pesquisador. Somente após a assinatura do TCLE é que a gravação será iniciada.

- Os dados qualitativos, produzidos pelas entrevistas serão analisados pela análise de conteúdo.

- O material textual transcrito das entrevistas será devolvido aos participantes, oportunizando uma releitura e possível complementação das ideias apresentadas.

- Cada entrevista será codificada por números sequenciais (Entrevista 1, Entrevista 2, ...), para preservar a identificação das participantes de pesquisa.

- Total de participantes: 42 (2 preceptores médicos e 40 cidadãos usuários).

- Cronograma: coleta de dados prevista após aprovação ética para 15/02/2023.

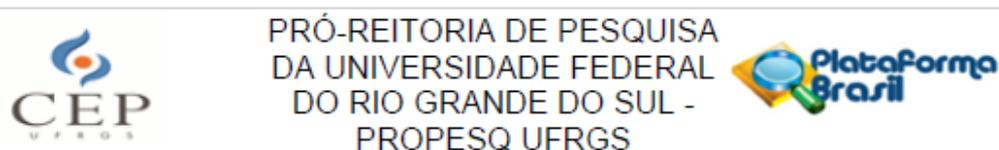
- Orçamento: R\$ 16.690,00 (itens de capital e custeio: computador, HD externo, impressora a laser). No projeto de pesquisa está dito que "O pesquisador responsável (principal) é o responsável pela viabilização financeira do estudo".

- Reitera-se que esta pesquisa será realizada com trabalhadores da saúde e usuários do SUS/APS nos municípios de Canoas e Farroupilha, no Rio Grande do Sul (RS). Não envolverá residentes ou profissionais vinculados à Escola de Saúde Pública-RS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.875.955

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma resposta ao parecer consubstanciado CEP n.º 5.864.434, datado de 26/01/2023:

1. Termos "paciente", "sujeito", "voluntário", entre outros:

Entende-se que a terminologia adotada pela Resolução CNS nº 466 de 2012, item II.10 – participante de pesquisa deva ser empregada em todos os documentos do protocolo de pesquisa, incluindo o TCLE, em substituição a voluntário, paciente, etc. Solicita-se retirar o trecho "como voluntário (a)", constantes nos dois TCLEs: Eu _____, concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada 'Análise da avaliação 360 graus na residência médica de Medicina de Família e Comunidade...'

Resposta: o termo "voluntário" foi retirado dos TCLEs.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

2. Modificar a redação do objetivo do estudo no TCLE dos usuários para deixar em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa (Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 15), uma vez que "avaliação 360°" possa não ser compreensível para todos os usuários convidados para a pesquisa.

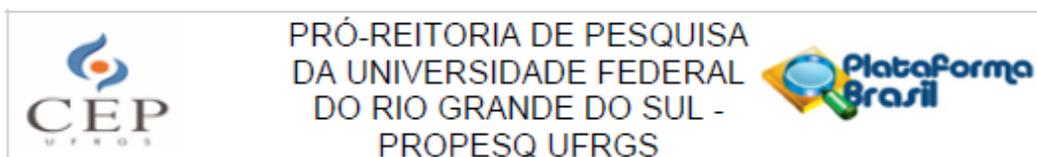
Resposta: O objetivo do estudo nos TCLEs foram modificados para: O presente estudo tem o objetivo de analisar como o médico residente está sendo avaliado (relação com a equipe de saúde e com os usuários) no seu processo de formação na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na percepção de preceptores e cidadãos usuários.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

3. Indenização:

Solicita-se informar, no Registro do Consentimento Livre e Esclarecido, que o participante tem garantido o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 9º, Inciso VI).

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 5.875.955

Resposta: Indenização incluída nos TCLEs.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Solicita-se a inclusão do texto explicando o que é o CEP: O projeto foi avaliado pelo CEP-UFRGS, órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição.

Resposta: trecho solicitado foi incluído nos TCLEs.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Orienta-se, por fim, atenção ao cronograma do estudo, uma vez que o projeto apresenta pendências e a coleta de dados está prevista para iniciar em 31/01/2023. Considerar ajustar o cronograma, no projeto e Plataforma Brasil, para data posterior a aprovação ética.

Resposta: O cronograma foi alterado (no projeto e na Plataforma Brasil). A coleta de dados tem previsão de início em 15/02/2023 (considerando a necessidade de aprovação do CEP).

Análise: Solicitação atendida.

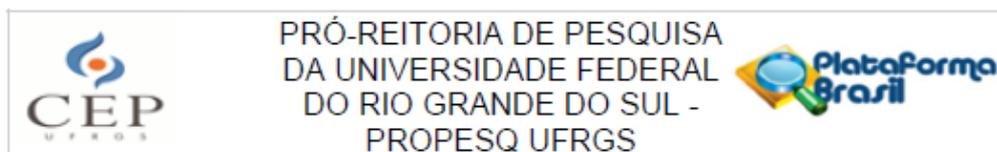
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n.º 510, de 2016, na Resolução CNS n.º 466, de 2012, e na Norma Operacional n.º 001, de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Reitera-se aos pesquisadores a necessidade de elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa, como preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: "d.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 5.875.955

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2065168.pdf	28/01/2023 16:58:56		Aceito
Outros	janeiro2023_CartarespostaCEP.pdf	28/01/2023 16:56:40	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRECEPTORES_E_USUARIOSrevisado.pdf	28/01/2023 16:52:57	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	janeiro2023_Projeto_Mestrado_CEP UFRGS_versaorevisada.pdf	28/01/2023 16:52:34	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PRECEPTORES_E_USUARIOS.pdf	13/12/2022 17:03:31	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARA_USUARIO_S_CEP UFRGS.pdf	13/12/2022 16:51:06	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_PARA_PRECEPTORES_CEP UFRGS.pdf	13/12/2022 16:47:36	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	11122022_Projeto_Mestrado_CEP UFRGS.pdf	13/12/2022 16:46:17	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinadoCEP.pdf	13/12/2022 16:20:42	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Parecer_aprovacao_Comissao_de_Pesquisa_de_Medicina.pdf	11/12/2022 22:13:06	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Carta_de_Ciencia_da_pesquisa_Canoas.pdf	11/12/2022 22:11:32	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito
Outros	Carta_de_Ciencia_da_pesquisa_Farroupilha.pdf	11/12/2022 22:11:10	Ramona Fernanda Ceriotti Toassi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.875.955

PORTO ALEGRE, 03 de Fevereiro de 2023

Assinado por:
Patricia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-080
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3787 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PRECEPTORES

Entrevista n^o: _____

DADOS DE CONTEXTO DO PARTICIPANTE

1. Sexo
2. Idade
3. Tempo de formação na graduação (anos)
4. Formação na pós-graduação
5. Tempo de atuação profissional no SUS

SOBRE A AVALIAÇÃO DO RESIDENTE

1. Na sua percepção, a avaliação do residente (360 graus) lhe auxiliou/subsidiou para que pudesse avaliar a comunicação e respeito do residente para com o paciente?
2. Na sua percepção, a avaliação do residente (360 graus) lhe auxiliou/subsidiou para que pudesse avaliar o relacionamento e respeito do residente para com a equipe?
3. Na sua percepção, a avaliação do residente (360 graus) lhe auxiliou/subsidiou para que pudesse avaliar a capacidade autorreflexiva do residente?
4. Na sua percepção, a avaliação do residente (360 graus) lhe auxiliou/subsidiou para que pudesse avaliar a receptividade crítica do residente?
5. Você teve dificuldade para realizar esta avaliação?
6. Você teve dificuldade para realizar seu retorno/feedback ao residente de forma confidencial?
7. Você teve dificuldade quanto ao tempo ou organização das agendas para a aplicação do questionário de avaliação?
8. Você teve dificuldade para oferecer o retorno ou feedback ao residente?
9. Como você percebe a comunicação do médico com os outros profissionais da Unidade (equipe de Enfermagem, recepcionistas, equipe de saúde bucal)?
10. Como é, para você, preceptor, participar do processo de avaliação e do acompanhamento destes médicos que estão fazendo sua formação em serviço?
11. Pela sua experiência de preceptor, como você percebe a avaliação 360 graus na formação do residente (considerar a relevância para o desenvolvimento de competências e se esta forma de avaliação repercute nas práticas de cuidado dos residentes às pessoas-famílias)?
12. Você entende que esta forma de avaliação deva ter continuidade? É aplicável para outros profissionais da saúde?

13. Poderia comentar sobre as questões abordadas na avaliação 360 graus ou outra observação, benefício, prejuízo, dificuldade que esta entrevista possa não ter abrangido?

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA COM CIDADÃOS USUÁRIOS

Entrevista n^o: _____

DADOS DE CONTEXTO DO PARTICIPANTE

1. Sexo
2. Idade
3. Tempo que é atendido nesta Unidade de Saúde

SOBRE O CUIDADO REALIZADO PELO RESIDENTE E SUA AVALIAÇÃO

1. Como você se sente participando da avaliação de um médico residente?
2. Se sentiu à vontade para ser sincera(o) com a/o médica(o) residente ou na avaliação?
3. Se sentiu prejudicado(a) ou com medo de avaliar o médico residente?
4. O que o(a) fez se sentir à vontade ou não na avaliação?
5. Você percebe que a avaliação de outros pacientes, assim como a sua, pode ajudar na formação de um médico residente?
6. Você percebe que os outros médicos devem ser avaliados pelos pacientes? Fale sobre isso.
7. Você considera que outros profissionais de saúde devem ser avaliados pelos pacientes?
8. O que você espera de um atendimento médico numa Unidade de Saúde?
9. O que os pacientes podem acrescentar na formação de um médico?
10. Fique à vontade para fazer comentários e sugestões.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PRECEPTORES

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas (2) vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo (ou escute atentamente) e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento.

Eu _____, concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada ‘Análise da avaliação 360 graus na residência médica de Medicina de Família e Comunidade: percepção de preceptores e cidadãos usuários’. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1o - Foram explicados os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a avaliação 360 graus ou multifonte na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na percepção de preceptores e cidadãos usuários.

2o - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, a qual será guiada por um roteiro com cinco (5) questões iniciais sobre sexo, idade, tempo de formação na graduação (anos), formação na pós-graduação, tempo de atuação profissional no SUS e treze (13) questões abertas sobre o tema da pesquisa e que, se eu estiver de acordo, será gravada. Essa entrevista será realizada após a avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul que usualmente já participo. Levará cerca de 40 minutos para ser finalizada e será realizada em uma sala reservada da Unidade de Saúde da Família, evitando constrangimentos e exposição desnecessária.

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

Se eu concordar com a gravação, estou ciente de que haverá a transcrição da entrevista para um texto em computador e que somente os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão o conteúdo. Os pesquisadores estarão submetidos às normas do sigilo profissional. A gravação da entrevista ficará armazenadas em um HD externo específico, sem acesso de terceiros, por um período de cinco anos e após, serão destruídas. O material textual das entrevistas será utilizado somente para este estudo, não sendo usado em estudos futuros.

3º - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

Espera-se que esta pesquisa contribua com a qualificação do processo de avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade – trazendo potências, lacunas/desafios e perspectivas – e das práticas de cuidado, aproximando a formação do profissional da saúde das necessidades das pessoas-famílias-comunidade.

4º - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa, o tempo de duração e os assuntos tratados na entrevista poderá causar algum tipo de desconforto ou incômodo. Se me sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim e meu trabalho. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, meu nome não será divulgado em qualquer meio e os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

5º - Entendi que não há previsão de despesas que decorram da minha participação no estudo, porém, caso ocorram, são de responsabilidade dos pesquisadores.

6º - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa ou, quando for necessário, para que seja salvaguardada a segurança dos participantes da pesquisa.

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a pesquisadora professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi no telefone (51) 98178-5269, e-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br, Av. Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS, ou com o pesquisador mestrando Mauro Sérgio Furtado de Souza pelo telefone (51) 3236-1666, e-mail: maurosouza@msn.com, Rua Machado de Assis, 201, Canoas – RS, das 10 às 19h ou, ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308- 3787, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, Sala 311 do Prédio Anexo/Reitoria, horário de atendimento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30

_____ (local), ____ (dia) de _____ (mês) de 2023.

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIDADÃOS USUÁRIOS

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas (2) vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo (ou escute atentamente) e não se apresse em decidir. Se você concordar em participar da pesquisa basta preencher os seus dados e assinar esse Termo de Consentimento.

Eu _____, concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada ‘Análise da avaliação 360 graus na residência médica de Medicina de Família e Comunidade: percepção de preceptores e cidadãos usuários’. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1o - Foram explicados os objetivos da pesquisa.

O presente estudo tem o objetivo de analisar a avaliação 360 graus ou multifonte na Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na percepção de preceptores e cidadãos usuários.

2o - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

Entendi que se concordar em fazer parte deste estudo terei que participar de uma entrevista individual, a qual será guiada por um roteiro com três (3) questões iniciais sobre sexo, idade, tempo de formação na graduação (anos), formação na pós-graduação, tempo de atuação profissional no SUS e dez (10) questões abertas sobre o tema da pesquisa e que, se eu estiver de acordo, será gravada. Essa entrevista será realizada após a avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul que recém participei. Levará cerca de 40 minutos para ser finalizada e será realizada em uma sala reservada e silenciosa da Unidade de Saúde da Família, evitando constrangimentos e exposição desnecessária.

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

Se eu concordar com a gravação, estou ciente de que haverá a transcrição da entrevista para um texto em computador e que somente os pesquisadores envolvidos nesse estudo conhecerão o conteúdo. Os pesquisadores estarão submetidos às normas do sigilo profissional. A gravação da entrevista ficará armazenadas em um HD externo específico, sem acesso de terceiros, por um período de cinco anos e após, serão destruídas. O material textual das entrevistas será utilizado somente para este estudo, não sendo usado em estudos futuros.

3o - Foram descritos os benefícios que poderão ser obtidos.

Espera-se que esta pesquisa contribua com a qualificação do processo de avaliação do residente de Medicina de Família e Comunidade – trazendo potências, lacunas/desafios e perspectivas – e das práticas de cuidado, aproximando a formação do profissional da saúde das necessidades das pessoas-famílias-comunidade.

4o - Estou ciente de que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa, o tempo de duração e o conteúdo da entrevista poderá causar algum tipo de desconforto ou incômodo. Se me sentir incomodado (a) ou desconfortável com a entrevista, posso parar de responder as perguntas a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para mim e para meu atendimento na Unidade de Saúde. Também me foi explicado que para proteger minha identificação, meu nome não será divulgado em qualquer meio e os dados originais da pesquisa serão utilizados somente pelos pesquisadores envolvidos no estudo, sempre garantindo privacidade e confidencialidade.

5o - Entendi que não há previsão de despesas que decorram da minha participação no estudo, porém, caso ocorram, são de responsabilidade dos pesquisadores.

6o - Foi dada a garantia de poder optar por aceitar ou não o convite para participar da pesquisa, recebendo resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a possíveis dúvidas acerca dos procedimentos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa ou, quando for necessário, para que seja salvaguardada a segurança dos participantes da pesquisa.

Caso você tenha novas perguntas, ou se pensar que houve algum prejuízo pela sua participação nesse estudo, pode conversar a qualquer hora com a pesquisadora professora Ramona Fernanda Ceriotti Toassi no telefone (51) 98178-5269, e-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br, Av. Ramiro Barcelos, 2492, Porto Alegre – RS, ou com o

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

pesquisador mestrando Mauro Sérgio Furtado de Souza pelo telefone (51) 3236-1666, e-mail: maurossouza@msn.com, Rua Machado de Assis, 201, Canoas – RS, das 10 às 19h ou, ainda, com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308-3787, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, Sala 311 do Prédio Anexo/Reitoria, horário de atendimento: de segunda a sexta, das 08:00 às 12:00 e das 13:30 às 17:30.

_____ (local), ____ (dia) de _____ (mês) de 2023.

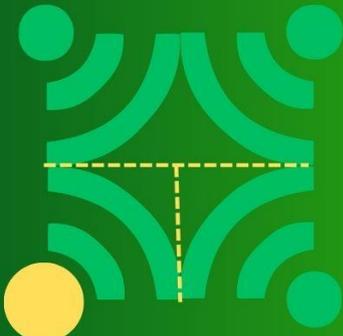
Nome e assinatura do participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Rubrica do pesquisador: Rubrica do participante de pesquisa:

APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

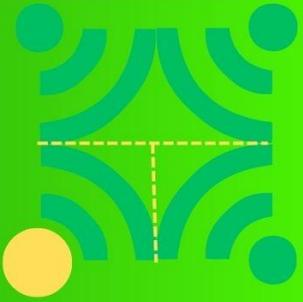
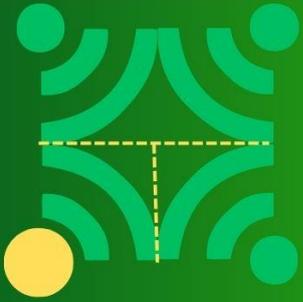


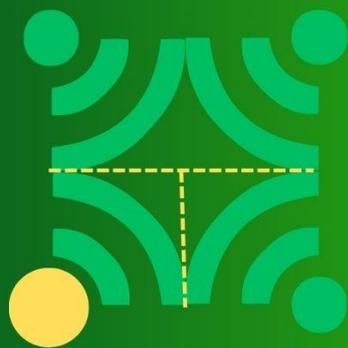
AVALIAÇÃO 360 GRAUS NA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL: UM GUIA PARA PRECEPTORES E RESIDENTES

Mauro Sérgio Furtado de Souza

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

2024





U58a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde

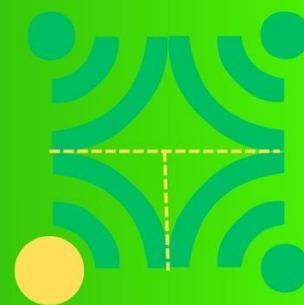
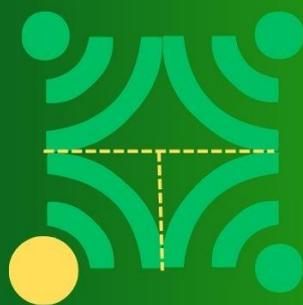
Avaliação 360 graus na residência médica e multiprofissional : um guia para preceptores e residentes [recurso eletrônico] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Mauro Sergio Furtado de Souza, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – Porto Alegre: UFRGS, 2024.

17 p. ; il. color. ; digital

1. Educação em saúde 2. Internato não médico 3. Internato e residência I. Souza, Mauro Sergio Furtado de II. Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti III. Título.

NLM: W18

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Maiara Bettio – CRB10/2414)



Sumário

Introdução.....04

**Etapas da avaliação 360 graus
ou multifonte.....07**

Entrevista com os cidadãos
usuários.....07

Entrevista com a equipe.....09

Autoavaliação do residente com a
retroalimentação das etapas
anteriores.....11

Fluxograma da avaliação 360 graus.....13

Referências.....14

Sobre os autores.....16



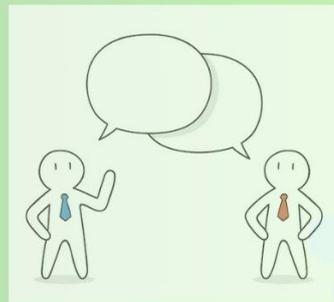
Introdução

No âmbito das residências (médica e multiprofissional), diferentes desafios se apresentam no sentido de qualificar o processo educativo. A avaliação, neste contexto, desempenha um papel fundamental por buscar analisar as competências desenvolvidas pelo educando, acompanhando a aplicação de seus aprendizados (Luckesi, 2011; Mendez, 2011). A avaliação deve assumir os objetivos de aprovar o desenvolvimento do residente, conferindo-lhe um conceito ou nota em atividade de ensino ou no curso como um todo, culminando com sua aprovação ou reprovação (avaliação somativa). Além disso, deve monitorar e fornecer o *feedback* ou retroalimentação ao residente sobre suas lacunas, traçar planos para melhorias, reorientar e enriquecer o processo ensino-aprendizagem (avaliação formativa). Esta crítica construtiva não se limita ao educando, mas também deve orientar o aprimoramento didático dos preceptores e do próprio programa, curso ou disciplina, juntamente com seu conteúdo programático (Luckesi, 2011; Daudt; Pinto; Lopes, 2019; Schuwirth; Vleuten, 2019; Sacristán, 2020; Ferreira; Almeida, 2022).

Este guia trata da avaliação 360 graus ou multifonte. Foi desenvolvido como produto técnico (material didático) no Programa Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) - Mestrado Profissional - da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tem o objetivo de orientar preceptores e residentes na aplicação da avaliação 360 graus. A recomendação para a aplicação da avaliação 360 graus é no mínimo quadrimestral (Brasil, 2023). Pode ser mais frequente, de acordo com o Programa de Residência ou com o interesse da Comissão Regional de Residência Médica (COREME), Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) ou do preceptor, a partir da observação das características do residente. Diferentes competências (mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes) podem ser avaliadas na avaliação 360 graus.

O Quadro 1 traz as competências colaborativas que podem ser avaliadas pela avaliação 360 graus, independente da residência a ser aplicada. E, como exemplo, no Quadro 2, são apresentadas as áreas de competências (currículo baseado em competências) que podem ser avaliadas pela avaliação 360 graus, exigidas para os residentes de Medicina de Família e Comunidade ao final de sua formação (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015). Tais áreas de competências necessitam ser adaptadas para outros programas de residência, considerando suas especificidades.



No componente formativo, o processo avaliativo busca a promoção e o desenvolvimento profissional e interpessoal, ao destacar potencialidades e fragilidades do residente, que merecem a atenção deste e do preceptor. Com isso, há o estímulo à autocrítica e corresponsabilização do residente com o próprio aprendizado. Ao trazer a percepção do usuário, a avaliação 360 graus fortalece o compromisso com a qualidade da atenção à saúde centrada no paciente e com a participação popular na formação. Ao trazer a percepção da equipe/colegas de trabalho, corrobora com o desenvolvimento de competências colaborativas. No caráter somativo, destaca-se a necessidade da avaliação incluir o domínio afetivo-profissional/avaliação atitudinal em ambientes da prática profissional do residente (Brasil, 2023), o que é observado na avaliação 360 graus.

Quadro 1:

Competências colaborativas que podem ser avaliadas pela avaliação 360 graus

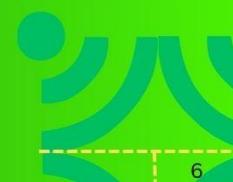
1. Valores e ética (Snell *et al.*, 2015; IPEC, 2016; Holmboe; Lobst, 2020)
2. Comunicação interprofissional (Barr, 1998; Rodgers; Manifold, 2002; IPEC, 2016; Holmboe; Lobst, 2020)
3. Trabalho em equipe (Rodgers; Manifold, 2002; IPEC, 2016; Holmboe; Lobst, 2020)
4. Liderança (Rodgers; Manifold, 2002; Frank; Snell; Sherbino, 2015; Siqueira, 2022)
5. Educação permanente (Richardson *et al.*, 2015a; Siqueira, 2022)
6. Reconhecimento dos papéis profissionais e responsabilidades (Barr, 1998; IPEC, 2016; Holmboe; Lobst, 2020)
7. Pensamento crítico/ reflexivo (Frenk *et al.*, 2022)
8. Competência do cuidado centrado no paciente-família-comunidade (Barr, 1998; Holmboe; Lobst, 2020)
9. Defesa do paciente (Frank; Snell; Sherbino, 2015; Holmboe; Lobst, 2020)

Quadro 2:

Exemplo de áreas de competências a serem desenvolvidas pelo residente de Medicina de Família e Comunidade (currículo baseado em competências) que podem ser avaliadas pela avaliação 360 graus

1. Princípios da Medicina de Família e Comunidade
2. Princípios da Atenção Primária à Saúde
3. Abordagem Individual
4. Abordagem Familiar
5. Abordagem Comunitária
6. Habilidades de Comunicação
7. Ética Médica e Bioética
8. Educação Permanente
9. Gestão e Organização do Processo de Trabalho
10. Trabalho em Equipe Multiprofissional
11. Cuidado Domiciliar

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015



Etapas da Avaliação 360 graus ou Multifonte

ENTREVISTA COM OS CIDADÃOS USUÁRIOS

Na avaliação 360 graus, o usuário ensina ao preceptor algo que somente o primeiro pôde sentir e perceber por depender da sua cultura, personalidade e formação biopsicossocial (Lopes; Dias, 2019; Rodrigues; Anderson, 2019). Na abordagem centrada no paciente, o profissional de saúde deve buscar o melhor para este, sabendo ouvir, explorar os sintomas, a doença, a saúde, a experiência da doença, entender a pessoa como um todo e elaborar um plano em conjunto com o usuário, combinando as preferências deste com as melhores evidências disponíveis para melhorar sua saúde (Sandman; Munthe, 2009; Neville *et al.*, 2015; Stewart *et al.*, 2017; NQF, 2017; McCormack; Elwyn, 2018).

É preciso considerar, entretanto, que a avaliação dos usuários sobre o residente, precisa ser analisada pelo preceptor antes de ser compartilhada com o residente. O preceptor deve selecionar as informações necessárias para o crescimento do residente, excluindo informações que não agreguem ao aprendizado do residente.

Lembrando que o sentimento de gratidão do usuário na participação da avaliação do residente pode vir de baixas expectativas com instituições públicas ou pela ausência/fragilidade do controle social sobre as questões de saúde, ou pela própria desvalorização de suas queixas.

O que pode gerar, na população, uma cultura de supervalorização dos cuidados prestados (Bernhart *et al.*, 1999; Vaitsman; Andrade, 2005).

Além de considerar que a avaliação positiva pode ser produto do medo de não interferir negativamente no acesso à saúde ou no atendimento daquele profissional, assim como pode ser uma comparação com momentos em que a população carecia de profissionais ou de profissionais qualificados na APS, magnificando atendimentos considerados 'simples' ao residente e do cotidiano dos serviços (Bernhart *et al.*, 1999).

O preceptor deve, portanto, conhecer e considerar a característica da população que participa, o que inclui aspectos da história e cultura local, idade, gênero, classe social, aspectos psicológicos, dentre outros (Vaitsman; Andrade, 2005). Por outro lado, a própria cultura criada ao longo de um tempo pela avaliação 360 graus pode mudar esse referencial no momento da avaliação e, a curto prazo, a explicação prévia do preceptor sobre a avaliação e o objetivo pretendido, além da garantia da confidencialidade na participação, podem contribuir para qualificar a avaliação (Towle *et al.*, 2010).

A avaliação não deve ser limitada a um dia ou um turno e sim deixar aberto por uma semana para poder abranger uma população mais randomizada e aleatória, aproveitando a participação da equipe nesta decisão, que pode perceber pacientes mais desafiadores ou com interesse em participar, além de evitar condicionar o comportamento do residente durante o período da avaliação. E, ao entrevistar o cidadão usuário, recomenda-se explorar a consciência de coletivo durante as perguntas, como por exemplo, que responda não apenas pensando em si, mas também em sua família, vizinhos ou coletivo equivalente. Reforçar que a identidade não será compartilhada ou qualquer dado que possa identificá-lo, apenas o conteúdo será compartilhado, além de não prejudicar o atendimento deste cidadão ou da família e somente iniciará após consentida, precedida de uma explicação sobre sua finalidade pelo preceptor (Towle *et al.*, 2010; Zuckerman; Goldstein, 2010).

A entrevista que traz a perspectiva dos cidadãos usuários não deve ter um período maior que duas (2) semanas da retroalimentação com o residente (Pricinote; Pereira, 2016; Weston; Brown, 2017) e pode envolver todos que possam ter interações com o residente (Holmboe; Lobst, 2020). Idealmente, o paciente deve responder logo após a interação e não deve demorar mais que 10 minutos para completar o questionário ou responder verbalmente (Holmboe; Lobst, 2020). O Quadro 3 apresenta os itens de avaliação (formato de questões) para os cidadãos usuários ou familiares para compor este eixo da avaliação 360 graus. Foi inspirado em Rodgers e Manifold (2002), Joshi, Ling e Jaeger (2004), Chandler *et al.* (2010), Zuckerman e Goldstein (2010), Moonen-van Loon *et al.* (2015), Neville *et al.* (2015), Holmboe e Lobst, 2020, Ortega *et al.* (2021) e Björklund *et al.* (2022).

Quadro 3:

Questões para a entrevista com o cidadão usuário ou familiar

POR FAVOR, ESCOLHER UMA NOTA DE 0 A 5 AO RESIDENTE EM CADA QUESITO ABAIXO: (SENDO 0= NUNCA, 1= RARAMENTE, 2= ALGUMAS VEZES, 3= MUITAS VEZES, 4= QUASE SEMPRE, 5= SEMPRE E X= NÃO SEI)

1. O profissional foi educado, atencioso e respeitoso?
2. Falou comigo sem eu me sentir inferior a ele?
3. Me senti livre e estimulado a fazer perguntas ou tirar minhas dúvidas?
4. Me senti ouvido/compreendido quanto às minhas preocupações e meus problemas?
5. Compreendi e consenti com as orientações recebidas?
6. Tentou ser positivo e me encorajar/incentivar?
7. Voltaria a consultar com o mesmo profissional?
8. Se sentiria tranquilo se algum familiar consultasse com ele?
9. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Comentários adicionais

ENTREVISTA COM A EQUIPE

É imprescindível que estudantes e profissionais da saúde participem ativamente de experiências colaborativas interprofissionais para ampliar a compreensão das disparidades em saúde e promover o desenvolvimento de identidades profissionais que tenham senso compartilhado de responsabilidade social (Frenk *et al.*, 2010; Mendes, 2012; Smit *et al.*, 2020; Frenk *et al.*, 2022; Magnago, 2023). Tal prática deve ser sempre baseada em evidências científicas e incentivadas pelos gestores acadêmicos e docentes como parte dos currículos e Projetos Pedagógicos dos Programas e legitimado pelos gestores das instituições ou secretarias de saúde, incluindo-os na agenda do serviço (Costa, 2017; Magnago, 2023).

No Brasil, a responsabilidade do município em fomentar a participação da equipe e demais trabalhadores no aprendizado de profissionais de saúde, incluindo médicos, está prevista na legislação (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 2009; Brasil, 2013; Brasil, 2017). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça que todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, são considerados potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço e inovação (Brasil, 2017).

O desenvolvimento das competências colaborativas desde a formação pode normalizar este aprendizado como pretendido nas linhas de ação da Educação Interprofissional (EIP) onde componentes ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para desenvolver a colaboração e qualidade do serviço e do cuidado (Reeves *et al.*, 2016).

Gestores, trabalhadores e educandos aprendem juntos e com os pares a desenvolver a cultura de escutar a comunidade para se desenvolverem no que esta mais precisa (Reeves *et al.*, 2016; Smit *et al.*, 2020; Metersky *et al.*, 2021).

A entrevista que traz a perspectiva da equipe não deve ter um período maior do que 2 semanas da retroalimentação com o residente (Pricinote; Pereira, 2016; Weston; Brown, 2017) e deve corresponder a um período de observação de 3-6 meses (Hennel *et al.*, 2022), podendo envolver todos que tenham interações com o residente (Holmboe; Lobst, 2020), mas deve ser precedida de uma explicação sobre sua finalidade e implicações pelo preceptor (Towle *et al.*, 2010; Zuckerman; Goldstein, 2010). A PNAB traz como equipe de saúde da família: enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal, agente de combate às endemias (Brasil, 2017), além de outros trabalhadores que podem participar, de acordo com organização municipal – gestor, agentes de acolhimento, recepcionistas – ou outros discentes, como residentes da multiprofissional ou residentes médicos e graduandos em estágios ou internatos de Medicina. A sugestão de cinco a seis avaliadores de cada grupo – cidadãos usuários e trabalhadores da equipe – tem sido indicada na literatura (Massagli; Carline, 2007; Holm; Holm; Soorensen, 2014). A entrevista com a equipe (Quadro 4) foi inspirada em Rodgers e Manifold (2002); Joshi, Ling e Jaeger (2004); Massagli e Carline (2007); Chandler *et al.* (2010); Zuckerman e Goldstein (2010); Probyn *et al.* (2014); Moonen-van Loon *et al.* (2015) e Richardson *et al.* (2015b).

Quadro 4:

Questões para a entrevista com a equipe

ESCOLHER UMA NOTA DE 0 A 5 AO RESIDENTE EM CADA QUESITO ABAIXO NOS ÚLTIMOS 3 MESES: (SENDO 0= NUNCA, 1= RARAMENTE, 2= ALGUMAS VEZES, 3= MUITAS VEZES, 4= QUASE SEMPRE, 5= SEMPRE E X= NÃO SEI)

1. O residente é discreto e respeita a ética do ambiente de trabalho?
2. O residente mostra-se paciente e espera o momento mais adequado de falar e agir com a equipe e paciente?
3. O residente considera minhas opiniões e reflexões mesmo que não as acate?
4. O residente participa de forma apropriada e eficaz em diálogos com a equipe de saúde (me incluindo) no formato de interconsulta, consulta conjunta ou discussões de caso?
5. Se mostra solícito (disponível quando solicitado) e buscando acrescentar/somar?
6. A equipe (me incluindo) consegue compartilhar ideias voltadas aos pacientes e à comunidade?
7. O residente se expressa (verbalmente e no prontuário) com clareza, concisão e em momentos adequados com colegas de trabalho da equipe e pacientes?
8. O residente explica suas decisões e razões com clareza em momentos de compartilhamento?
9. O residente se comporta com tentativas de prevenir, negociar ou resolver conflitos entre profissionais de saúde?
10. O residente se mostra responsável, entusiasmado e motivado?
11. O residente demonstra integridade, honestidade, empatia e respeito por todos da equipe (me incluindo)?
12. O residente assume e admite seus erros com maturidade?
13. O que foi bom? O que poderia ser melhor? Comentários adicionais, contribuições sobre as questões acima

AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE COM A RETROALIMENTAÇÃO DAS ETAPAS ANTERIORES

Antes de levar as informações colhidas pela equipe e usuários, deve-se estimular a autorreflexão e autoconhecimento, questionando como o residente se viu nos últimos meses em relação às competências avaliadas (Quadros 1 e 2). Este momento é do *feedback*, retroalimentação, retorno, parecer ou devolução da avaliação 360 graus. Deve ser realizado em ambiente privativo, confidencial, com o mínimo de interrupções, contando apenas com o preceptor e residente e, preferencialmente, sem a pressão assistencial que pode prejudicar a qualidade da retroalimentação (Trajman *et al.*, 2009; Ludmerer, 2014; Gaion; Kishi; Nordi, 2022; Ferreira; Almeida, 2022).

Ao trazer as informações coletadas, o preceptor deve recordar ao residente que o propósito principal é estimular mudanças no comportamento por meio do aprendizado. Ao fazer isso, o preceptor deve excluir os fragmentos que não acrescentem (Towle *et al.*, 2010), compartilhando as observações dos demais às próprias e evitando tratar as informações como verdades inquestionáveis, mas como provocadoras de reflexões. O preceptor assume, nesse cenário educacional, o papel de facilitador e potencializador do aprendizado (Parente, 2008). A retroalimentação não pode acontecer sem o diálogo (bidirecional), sem a humildade de ambos e sem a amorosidade, imprescindíveis ao ensino (Freire, 1987; Archer, 2010; Brasil, 2013).

Para que seja construtiva, a retroalimentação da avaliação 360 graus deve ser personalizada, ou seja, a expectativa do preceptor deve ser balizada pelo potencial do residente naquele momento. Para isso, uma aliança entre o preceptor e o residente deve ser estabelecida com o compromisso de compreender os objetivos do ensino, a capacidade e aspectos culturais deste residente, inclusive na decisão sobre a prioridade das informações compartilhadas, evitando excesso ou sobrecargas. A partir desta relação, cria-se um plano de ação de comum acordo, selando o compromisso com o aprendizado (Archer, 2010; Bing-You *et al.*, 2018; Jug; Jiang; Bean, 2019; Ferreira; Almeida, 2022).

Apesar desse foco e especificidade do *feedback*, o conteúdo não pode ser dirigido à personalidade do residente preservando sua autoestima, mas sim ao comportamento e à tarefa executada por este e contendo, preferencialmente, uma sugestão de como melhorar ou traçando objetivos relevantes, mas simples de serem realizados (Archer, 2010; Pricinote; Pereira, 2016; Jug; Jiang; Bean, 2019).

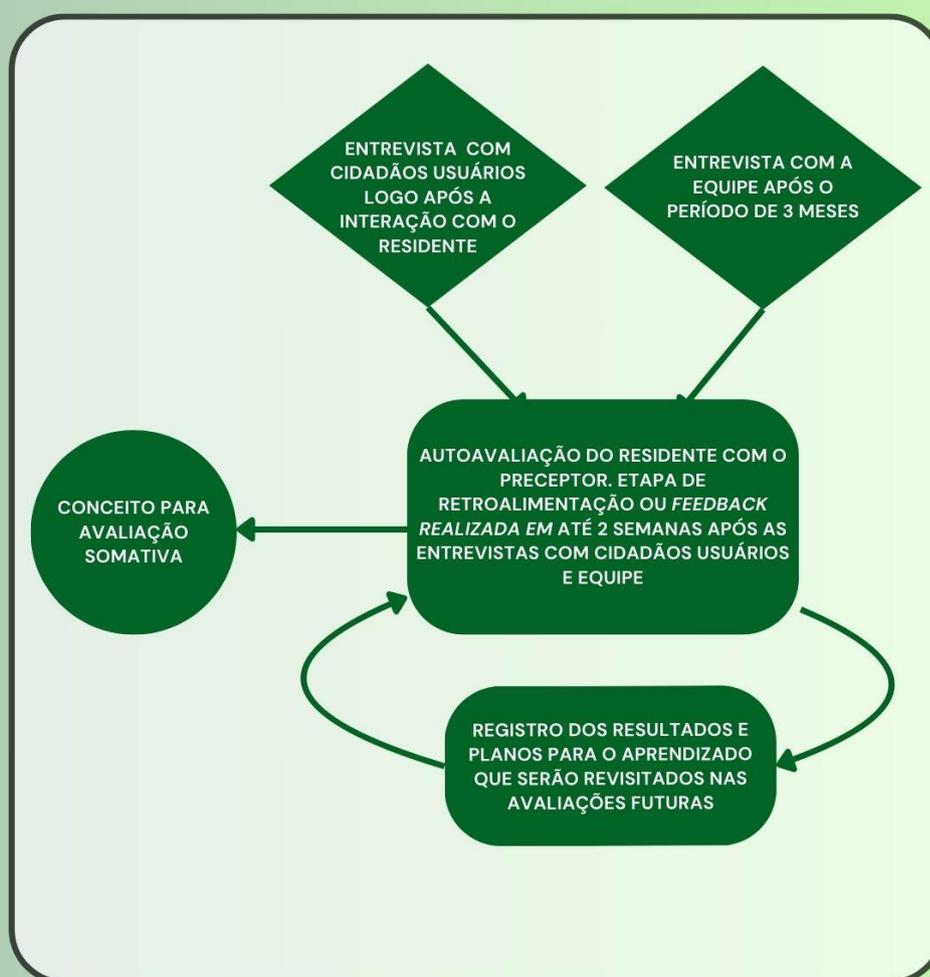
O Quadro 5 mostra as questões que podem auxiliar o residente nesta autorreflexão à respeito das interações com os cidadãos usuários, colegas da equipe (mesma ou outra profissão) e preceptor (Joshi; Ling; Jaeger, 2004; Chandler *et al.*, 2010; Moonen-van Loon *et al.*, 2015; Richardson *et al.*, 2015a; Snell *et al.*, 2015; Brondfield *et al.*, 2019).

Quadro 5:

Questões para auxiliar o residente na autoavaliação

1. Durante as interações que tive, eu escutei atentamente os meus pacientes e colegas da equipe (mesma ou outra profissão)?
2. Interrompi meus pacientes ou colegas da equipe?
3. Advogo meus cidadão usuários, famílias e a comunidade?
4. Fui educado, respeitoso quando interagi com os pacientes e colegas de equipe
5. Considerei seus sentimentos e percepções?
6. Decido o custo benefício dos diagnósticos, tratamentos e prevenções com meus pacientes ou pares (colegas de equipe)?
7. Demostro iniciativa e confiança em projetos, responsabilidades e aprendizados?
8. Busco minhas iniciativa a partir das evidências?
9. Compartilho minhas ações e razões com meus colegas de equipe?
10. Consigo me expressar com precisão?
11. Considero que posso não estar certo nas minhas convicções?
12. Entendo que não há uma conduta correta e me interesso em descobrir o que pode ser o mais adequado para os pacientes, famílias e comunidade?
13. Respondo às criticas sem entrar em conflito ou atribuir somente a fatores externos?
14. Respondo às criticas sem abalar minha confiança em mim mesmo?
15. Trabalho em equipe e busco acrescentar para o aprendizado de todos
16. Reconheço meus erros e limitações?
17. Assumo a responsabilidade pelos meus erros?
18. Reconheço minhas competências e capacidades?
19. Compreendo minhas próprias necessidades de aprendizagem?
20. Estabeleço e cumprio com minhas metas de aprendizagem?
21. Assumo responsabilidade pelo meu desenvolvimento profissional?

Fluxograma da avaliação 360 graus



Referências

- ARCHER, J. C. State of the science in health professional education: effective feedback. *Medical education*, Oxford, v. 44, n. 1, p. 101-108, Jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.
- BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 48, n. 8, p. 989-996, 1999.
- BING-YOU, R. et al. The feedback tango: an integrative review and analysis of the content of the teacher-learner feedback exchange. *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 93, n. 4, p. 657-663, Apr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001927>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BJÖRKLUND, K. et al. Multisource feedback in medical students' workplace learning in primary health care. *BMC Med. Educ.*, [s. l.], v. 22, n. 401, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03468-7>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BRASIL. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 11 fev. 2024.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil, p. 18056, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 2 jan. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/educacao-e-pesquisa/publicacoes-sobre-educacao-epesquisa/politica-nacional-de-educacao-permanente-emsaudefdf/@download/file/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Permanente%20em%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de nº 2.761 de 19 de novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: Acesso em:
- BRASIL. **Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023**. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-4-de-1-de-novembro-de-2023-51853919>. Acesso em: 17 fev. 2024.
- BRONDFIELD, S. et al. A medical student inquiry behavior assessment tool: development and validity evidence. *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 94, n. 4, p. 586-594, Apr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002520>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- CHANDLER, N. et al. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. *Journal of Graduate Medical Education*, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 430-434, 2010.
- COSTA, M. V. da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Editora da Rede Unida, 2017, p. 14-27. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf/view>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- DAUDT, C. V. G.; PINTO, M. E. B.; LOPES, J. M. C. Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 461-473.
- FERREIRA, I. G.; ALMEIDA, C. S. **Preceptorial médica: guia básico de ensino-aprendizagem** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2022. Disponível em: <https://ufcspa.edu.br/vida-no-campus/editora-da-ufcspa/obras-publicadas>. Acesso em: 26 set. 2022.
- FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 5-40, 2010. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5). Acesso em: 21 jan. 2024.
- FRENK, J. et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *Lancet*, London, v. 400, n. 10362, p. 1539-1556, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736\(22\)02092-X](https://doi.org/10.1016%2FS0140-6736(22)02092-X). Acesso em: 21 jan. 2024.
- GAION, J. P. B. F.; KISHI, R. G. B.; NORDI, A. B. A. Preceptorial na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 3, e096, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210391>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- HENNEL, E. K. et al. How does multisource feedback influence residency training? A qualitative case study. *Medical education*, Oxford, v. 56, n. 6, p. 660-669, June 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/medu.14798>. Acesso em: 20 dez. 2023.
- HOLM, E.; HOLM, K.; SØRENSEN, J. L. 360-degree feedback for medical trainees. *Ugeskr Laeger*, [s. l.], v. 176, n. 49, p. 1933, 2014.
- HOLMBOE, E. S.; LOBST, W. **Accreditation Council for Graduate Medical Education: assessment guidebook**. ACGM, 2020. Disponível em: <https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/guidebooks/assessmentguidebook.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). **Core competencies for interprofessional collaborative practice**: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2016. Disponível em: <https://ipec.memberclicks.net/assets/2016-Update.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2024.
- JOSHI, R.; LING, F. W.; JAEGER, J. Assessment of a 360-degree instrument to evaluate residents' competency in interpersonal and communication skills. *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 79, n. 5, p. 458-463, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/0001888-200405000-00017>. Acesso em: 6 jan. 2024.
- JUG, R.; JIANG, X. S.; BEAN, S. M. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, [s. l.], v. 143, n. 2, p. 244-250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-RA>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- LUDMERER, K. M. **Let me heal: the opportunity to preserve excellence in american medicine**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2014.
- LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. 22. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

- MAGNAGO, C. Educação interprofissional no Brasil: tendências e desafios para sua implementação. In: TEIXEIRA, C. P. et al. (org.). **Educação na Saúde: fundamentos e perspectivas**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p. 117-129, 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/04/Livro-Educacao-na-Saude-fundamentos-e-perspectivas.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2024.
- MASSAGLI, T. L.; CARLINE, J. D. Reliability of a 360-degree evaluation to assess resident competence. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.*, [s. l.], v. 86, n. 10, p. 845-852, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e318151ff5a>. Acesso em: 5 fev. 2024.
- MCCORMACK, J.; ELWYN, G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. *BMJ Evid. Based Med. [Internet]*, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 137-139, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110922>. Acesso em: 28 dez. 2023.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 139-153.
- MENDES, J. M. A. Avaliar a aprendizagem em um ensino centrado nas competências. In: SACRISTAN, J. G. **Educar por competências: o que há de novo?**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 233-264.
- METERSKY, K. et al. Patient roles in primary care interprofessional teams: a constructivist grounded theory of patient and health care provider perspectives. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 36, n. 2, p. 177-185, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1892616>. Acesso em: 12 fev. 2024.
- MOONEN-van LOON, J. M. W. et al. The reliability of multisource feedback in competency-based assessment programs: the effects of multiple occasions and assessor groups. *Academic Medicine*, Philadelphia, v. 90, n. 8, p. 1093-1099, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000763>. Acesso em: 4 fev. 2024.
- NATIONAL QUALITY FORUM (NQF). **Shared decision making: a standard of care for all patients**. [S. l.]: National Quality Forum, Oct. 2017. Disponível em: https://www.qualityforum.org/Publications/2017/10/NQF_Shared_Decision_Making_Action_Brief.aspx. Acesso em: 11 fev. 2024.
- NEVILLE, A. et al. Communicator. In: FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
- ORTEGA, P. et al. Validity evidence supporting the Comunicación y Habilidades Interpersonales (CAI) Scale for Medical Spanish Communication and Interpersonal Skills Assessment. *Academic Medicine*, Philadelphia, [s. l.], v. 96, n. 11S, p. S93-S102, Nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004266>. Acesso em: 4 fev. 2024.
- PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/31/26>. Acesso em: 12 fev. 2024.
- PRICINOTE, S. C. M. N.; PEREIRA, E. R. S. Percepção de discentes de Medicina sobre o feedback no ambiente de aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 470-480, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n3e00422014>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- PROBYN, L. et al. Multisource feedback and self-assessment of the communicator, collaborator, and professional CanMEDS roles for diagnostic radiology residents. *Canadian Association of Radiologists Journal*, [s. l.], v. 65, n. 4, p. 379-384, 2014.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no. 39. *Medical teacher*, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, May 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Acesso em: 21 jan. 2024.
- RICHARDSON, D. et al. Scholar. In: FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015a.
- RICHARDSON, D. et al. Collaborator. In: FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015b.
- RODGERS, K. G.; MANIFOLD, C. 360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine*, [s. l.], v. 9, n. 11, p. 1300-1304, 2002.
- RODRIGUES, R. D. R.; ANDERSON, M. I. P. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019, p. 81-92.
- SACRISTÁN, J. G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2020. Cap. 10. p. 318-327.
- SANDMAN L.; MUNTHE, C. Shared decision-making and patient autonomy. *Theor. Med. Bioeth.*, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 289-310, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11017-009-9114-4>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- SIQUEIRA, R. H. M. **Análise das diretrizes curriculares nacionais e da Política Nacional da Atenção Básica em foco nas competências das profissões de saúde no Brasil**. Ponta Grossa: Atena, 2022.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2015. Disponível em: [http://www.sbfmc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbfmc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf). Acesso em: 9 dez. 2021.
- SCHUWIRTH, L.; VLEUTEN, C. How to design a useful test: the principles of assessment. In: SWANWICK, T.; FORREST, K.; O'BRIEN, B. **Understanding medical Education: evidence, theory, and practice**. The Association for the Study of Medical Education (ASME). 3. ed. Oxford, UK: Wiley Online Books, 2019. p. 277-289. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119373780.ch20>. Acesso em: 11 dez. 2023.
- SMIT, D. et al. European Forum for Primary Care: position paper for primary care mental health. *Prim. Health Care Res. Dev.*, [s. l.], v. 21, e56, Dec. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423620000304>. Acesso em: 4 jan. 2024.
- SNELL, L. et al. Professional. In: FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. **CanMEDS 2015 Physician Competency Framework**. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.
- STEWART, M. et al. Introdução. In: STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 29-46.
- TOWLE, A. et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical education*, Oxford, v. 44, p. 64-74, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x>. Acesso em: 11 fev. 2024.
- TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- WESTON, W.; BROWN, J. B. Educação médica centrada no educando. In: STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 240-272.
- ZUCKERMAN, B.; GOLDSTEIN, R. A perspective on 360-degree evaluations. *The Journal of Pediatrics*, [s. l.], v. 156, n. 1, p. 1-2, 2010.

Sobre os autores

MAURO SÉRGIO FURTADO DE SOUZA

Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Mestrando do PPG em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0173556949299036>.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6715-6259>.

RAMONA FERNANDA CERIOTTI TOASSI

Cirurgiã-dentista. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Educação. Professora Associada do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (PPG EnSau) da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1885442160941630>.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4653-5732>.

