UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LUZMARINA APARECIDA DORETTO BRACCIALLI

**OS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ESTUDANTE EM
UM CURRÍCULO POR COMPETÊNCIA**

SÃO PAULO
2009

LUZMARINA APARECIDA DORETTO BRACCIALLI

**OS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ESTUDANTE EM
UM CURRÍCULO POR COMPETÊNCIA**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Amélia de
Campos Oliveira

SÃO PAULO
2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Braccialli, Luzmarina Aparecida Doretto.

Os sentidos da avaliação de desempenho em um
currículo por competência / Luzmarina Aparecida Doretto
Braccialli. – São Paulo, 2009.
280p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira.

1. Competência profissional (educação) 2. Avaliação da
educação 3. Currículo de ensino superior 4. Enfermagem
(educação) 5. Educação médica.

I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali

Título: Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico
esse
trabalho
a
meus
quatro
grandes
homens

Celso, meu amor,
companheiro de todos os
momentos, que não mede
esforços para realizar
meu sonho pessoal e
profissional.

Caio, nosso filho mais
velho, que compreende
minha ausência pela
necessidade e importância
da construção do
conhecimento.

Gustavo, nosso filho, que
na sua adolescência soube
entender o quanto sua mãe
se sentiu dividida todo o
tempo entre sua casa, seu
trabalho e sua vida
acadêmica.

Hugo, nosso pequeno,
muitas vezes se sentiu

OFEREÇO

A **Deus**, por uma vida saudável, amor, por ter me iluminado o tempo todo e me concedido inúmeras graças.

A meus pais, **Luciano e Waldira**, por acreditarem em mim e torcerem por este momento repleto de felicidade. Sempre incentivaram e possibilitaram minha formação pessoal e profissional.

A meus irmãos, **Luciano, Paulo, Andressa, cunhadas (o), sobrinhos**, por serem solícitos para ajudar a enfrentar todas as dificuldades durante o percurso.

A meus sogros, **Vitório e Odila**, por me darem força no decorrer desta caminhada e se orgulharem de mim.

A meus padrinhos e amigos, **Carla, Carlinhos e Lorena**, como sempre gentis e calorosos, oferecendo seu lar.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é um desejo coletivo e para realizá-lo contei com o apoio, dedicação e a motivação de muitas pessoas. Desta forma, sinto-me no dever de agradecer.

À querida Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira – **Méia** – como carinhosamente é chamada, que com sua afetividade me permitiu refletir e aprender sempre. Sinto-me eternamente grata por fazer parte da minha vida. Tenho a certeza de que esse trabalho é fruto de nosso esforço.

Ao Prof.Dr. Fusari que contribuiu significativamente na qualificação, fazendo suas anotações minuciosas e fornecendo referências.

À Prof^a Dr^a Mara de Sordi, muito importante durante todo o processo, não mediu esforços para me receber e discutir o trabalho, sempre atenciosa e dedicada.

À Prof^a Dr^a Mara Chirelli, minha amiga, companheira de jornada profissional, sempre presente em todos os momentos, acompanhou minha qualificação, discutiu o trabalho em diferentes momentos e se propôs estar comigo até o final.

À Prof^a Dr^a Ana Chiesa que já faz parte da minha vida profissional, no mestrado, nas disciplinas de doutorado e na finalização deste trabalho, sempre solícita e acolhedora.

Às Professoras Dr^a Otília Maria Lúcia Barbosa Seifert, Dr^a Silvana Martins Mishima, Dr^a Maria Helena Trench Ciampone, Dr^a Magali Aparecida Alves de Morães, Dr^a Maria Rita Bertolozzi e Dr^a Silvia Franco da Rocha Tonhom, que se mostraram muito disponíveis para contribuírem na finalização deste trabalho.

Às professoras e funcionárias do departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, em especial a Sr^a Terezinha que sempre me acolheu e se preocupou comigo.

As bibliotecárias da USP, em especial a Andréia, pela revisão bibliográfica.

Às funcionárias da pós graduação Silvana, Deise, Renata, Regiane e Tiekó que sempre me atenderam prontamente, auxiliando-me em todas as dificuldades.

Aos colegas do grupo de pesquisa da EEUSP, em especial a Valéria, pela amizade, disponibilidade em me ajudar em todos os aspectos.

A minha grande amiga Débora. Cursamos disciplinas, publicamos, enfim construímos uma longa trajetória que faz parte de nossas vidas.

Às Coordenações e professores do Curso de Enfermagem e Medicina da FAMEMA que compartilharam esta jornada e sempre estiveram dispostos a contribuir.

Aos professores, estudantes e atores, objetos deste trabalho, obrigada! Sem o esforço e dedicação de vocês a realização deste seria impossível.

À FAMEMA, pela minha liberação, disponibilidade de documentos institucionais e por me possibilitar buscar a qualificação necessária neste momento de minha vida.

Ao grupo de construção e estudantes da 1ª série, por entenderem minha ausência em alguns momentos.

Aos professores Cristiano e Elaine por serem solícitos e me substituírem em minhas atividades.

À Profª Drª Sílvia Mussi da Silva Claro, docente da Disciplina da Língua Inglesa, que realizou a correção gramatical do texto.

Às amigas do grupo de pesquisa em enfermagem da FAMEMA, Mara, Ione, Kátia, Silvia, Betinha, Cristina Guimarães, Cristina Capel, Elizabeth Correa, Cassinha e Elaine por entenderem que neste momento minha presença não seria possível.

Às amigas de disciplina enfermagem em saúde coletiva e administração em enfermagem, obrigada por compartilharem as reflexões necessárias na prática pedagógica do professor.

À Profª Drª Cristina Capel que colaborou na reflexão da temática.

Aos integrantes do grupo de avaliação, à coordenação, Drª Maúde, e amigos, ao comitê da prática Magali, Cléber e Cristina Guimarães. Vocês foram importantes nesta caminhada e possibilitaram uma maior aproximação com o objeto de estudo.

Ao Carlos que, com todo seu esforço e dedicação, filmou cada EAPP.

Às bibliotecárias da FAMEMA, em especial a minha grande amiga Regina, que sempre esteve presente em minha vida profissional, inclusive no momento inicial deste trabalho. Infelizmente hoje já não compartilha momentos conosco, mas tenho a certeza que, próxima de Deus você torce por mim. As bibliotecárias Helena, Josefina e aos funcionários da biblioteca em especial o Marcel, muito obrigada por toda dedicação e correções bibliográficas.

A Renata Perri e às secretárias Alessandra, Simone, Claudinha, Maria Inês, Fernanda, Katy, Elaine, Marlene, Lessandra, Paola, Karina e Michele, por não medirem esforços para me atender em todas as necessidades.

A Vanessa, sempre cuidadosa e presente na formatação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Dagoberto que, com muito carinho, colaborou com o *design* final do trabalho.

A meus grandes amigos e famílias inseparáveis que me proporcionaram momentos de descontração e apoio: Cris, Lú, Giovana, Guilherme, Kátia, Beto, Vinicius, Milena, Tonhom, Silvia, Pedro, Vitinho, Ione, Isabela, Mara, Adriana, Silvana, Betinha, Marcia, Otacilio, Gustavo, Murilo, Simeão, Elaine, Letícia, Cris Guima, Mariana, Paulinho, Ioshie.....

À Keila, minha secretária, que assumiu todos os afazeres domésticos.

Ao Centro do Professorado Paulista e, em especial, a Srª Inês que providenciou alojamento quando precisei.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha realização pessoal e profissional.

" Não é no silêncio que os homens se
fazem, mas na
palavra,
no trabalho, na ação-reflexão "

(Paulo Freire)

Braccialli LAD. Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

O propósito deste trabalho foi analisar o processo de avaliação da aprendizagem do estudante em um currículo integrado, orientado por competência, nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Essa análise incide particularmente sobre o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), em que a avaliação do desempenho do estudante recai sobre aspectos cognitivos, habilidades e atitudes. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com os objetivos de descrever o processo avaliativo do EAPP na área do cuidado individual nas diferentes séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA; analisar a avaliação do desempenho do estudante, cotejando-a com o currículo prescrito e o apresentado aos professores e analisar as tendências convergentes e divergentes em relação aos sentidos do processo avaliativo encontrados no currículo prescrito, no currículo apresentado aos professores e nos currículos moldado e em ação pelos professores. Foram analisados 694 registros dos formatos de avaliação dos Cursos de Enfermagem e Medicina e realizadas 16 observações dos EAPPs, filmadas e transcritas. Procedeu-se ainda à análise documental dos projetos e manuais da FAMEMA, que foram submetidos ao Método de Interpretação dos Sentidos, que se baseia em princípios hermenêutico-dialéticos. O EAPP revelou-se uma estratégia que reforça a potencialidade da avaliação. Entretanto, exige de professores e estudantes um movimento de ruptura com o paradigma de origem no que toca a avaliação. Pôde-se constatar ainda a presença de diferentes concepções de avaliação, desde a mais tradicional, até a mais crítica, reflexiva, negociada, comprometida com a aprendizagem e com a prática profissional. A avaliação expressa no EAPP que a avaliação vivida nem sempre é a expressão daquela proposta no currículo prescrito e no apresentado aos professores: ora apresenta-se vinculada ao referencial condutivista, ora ao construtivista de competência. Constatou-se, portanto, a necessidade de construir uma reflexão coletiva sobre as práticas pedagógicas, em especial as práticas de avaliação, por meio de um processo de sucessivas aproximações, que permita à comunidade acadêmica da FAMEMA reconstruir e repensar as formas de organização do trabalho docente, com ênfase no processo avaliativo. Para isso, será necessário promover uma aliança de fato entre os Cursos de Enfermagem e Medicina em que os Projetos Político-Pedagógicos dos cursos expressem o referencial de educação e de avaliação dialógica adotados. Será necessário ainda promover a reconstrução dos formatos de avaliação do desempenho do estudante e a ação do professor no EAPP.

PALAVRAS-CHAVE: Currículo, educação baseada em competências, avaliação educacional, educação em enfermagem, educação médica.

Braccialli LAD. The meaning of the student performance evaluation in a *competency-based curriculum* (thesis). Sao Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo; 2009.

SUMMARY

The purpose of this study was to analyze the student learning evaluation process in an integrated competency-based curriculum in the Nursing and Medical Courses at the Medical School of Marilia (FAMEMA). This analysis focuses particularly on the Professional Practice Evaluation Exercise (PPEE), in which the student performance evaluation falls back on cognitive aspects, abilities, and attitudes. A qualitative research was performed with the objectives of describing the PPEE evaluative process in the area of individual care, in the different series of the Nursing and Medical Courses at FAMEMA; analyzing the student performance evaluation, comparing it with the curriculum prescribed and presented to the teachers; and analyzing the convergent and divergent tendencies in relation to the meanings of the evaluative process presented in the prescribed curriculum, the one presented to the teachers, and those molded and in put into action by the teachers. There were 694 registrations of the evaluation instruments of the Nursing and Medical Courses that were analyzed and 16 observations of the PPEEs that were filmed and transcribed. The documental analysis was carried out with the projects and manuals of FAMEMA, which were submitted to the Interpretation of the Meaning Method, based on hermeneutic-dialectic principles. PPEE revealed itself as a strategy that reinforces the potentiality of the evaluation. However, it demands a paradigm rupture from the teachers and students concerning the evaluation. The presence of different evaluation concepts can still be verified, from the most traditional to the most critical, reflexive, negotiated, committed to learning, and to the professional practice. In PPEE, the experienced evaluation isn't always an expression of that proposed in the prescribed curriculum and in that presented to the teachers: either it is presented linked to the referential behaviorist or to the competence constructivist. Therefore, a collective reflection on the pedagogic practices, especially the evaluation practices, is needed, by means of a process of successive approaches that allows the academic community of FAMEMA to rebuild and rethink the forms of educational work organization, with emphasis on the evaluative process. To do this, it will be necessary to promote an alliance between the Nursing and Medical Courses in which the Political-Pedagogic Projects of the courses express the referential of education and the adopted dialogical evaluation. It will still be necessary to promote the reconstruction of the student performance evaluation instruments, as well as the action of the teacher in the PPEE.

KEYWORDS: Curriculum, competency-based education, educational evaluation, nursing education, medical education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Localização do Município de Marília, Estado de São Paulo	105
Figura 2 –	Unidades de Saúde no Município de Marília, Estado de São Paulo	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Formatos utilizados para a avaliação do desempenho do estudante	74
Quadro 2 - Instrumentos utilizados para a avaliação do estudante	74
Quadro 3 - Concepções de competência e suas implicações	94
Quadro 4 – Descrição dos formatos de avaliação do Curso de Enfermagem	111
Quadro 5 - Descrição dos formatos de avaliação do Curso de Medicina	112
Quadro 6 – Identificação dos sujeitos da pesquisa por cursos e séries	112
Quadro 07 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo e a idade. Marília, 2009.	136
Quadro 08 – Professores que registraram formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a formação e a titulação. Marília, 2009.	137
Quadro 09 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo vínculo com a instituição e o tempo de atuação na FAMEMA. Marília, 2009.	138

Quadro 10 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a área de atuação na FAMEMA. Marília, 2009. 138

Quadro 11 – Estudantes filmados nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo, a idade, a série e a estação desenvolvida. Marília, 2009. 139

Quadro 12 – Professores filmados nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a idade (I), o sexo (S), a formação (F), a titulação (T), a área de atuação (AA), o tempo de atuação na FAMEMA (TA), curso (C) e série (SE) que realizou o EAPP, cenário que atua com estudantes (CE) e função na FAMEMA (FU). Marília, 2009. 140

Quadro 13 - Tempo em minutos despendido nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina por professores e estudantes. Marília, 2009. 142

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABP	Aprendizagem Baseada em Problema
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CBEn	Congresso Brasileiro de Enfermagem
CES	Câmara de Educação Superior
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica
CNE	Conselho Nacional de Educação
COMUS	Conselho Municipal de Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIR	Direções Regionais de Saúde
DP	Dependência
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EABP	Exercício de Avaliação Baseado em Problemas
EAC	Exercício de Avaliação Cognitiva
EAPP	Exercício de Avaliação da Prática Profissional
EAPS	Exercício de Avaliação de Planejamento em Saúde
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ESF	Equipes de Saúde da Família
FAIP	Faculdade de Ensino Superior do Interior Paulista
FAJOPA	Faculdade João Paulo II
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FATEC	Faculdade de Tecnologia
FUMES	Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília
GA	Grupo de Avaliação
GERUS	Gerenciamento de Recursos Humanos para as Unidades de Saúde
HD	Hard Disk – disco rígido
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDA	Integração Docente Assistencial
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
JVC	Japan Victor Company
LDB	Lei de Diretrizes e Bases

LPP	Laboratório de Prática Profissional
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da família
REAC	Recuperação do Exercício de Avaliação Cognitiva
REDE UNIDA	Rede de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SENADEn	Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em saúde
SIGA	Sistema de Gestão Acadêmica
SMHS	Secretaria Municipal de Higiêne e Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
TP	Teste de Progresso
UES	Unidade Educacional Sistematizada
UH	Unidade Hospitalar
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
UNI	Uma Nova Iniciativa na Formação dos profissionais de Saúde: união com a comunidade
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMAR	Universidade de Marília
UNIVEM	Centro Universitário Eurípides de Marília
UPP	Unidade de Prática profissional
USF	Unidade Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO	29
1.1 O objeto e os objetivos do estudo.....	29
1.2 Educação e saúde.....	45
1.2.1 Educação e saúde: transformações na formação dos profissionais de saúde no Brasil	45
1.2.2 Os Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA: uma formação contextualizada para o SUS e orientada pelas DCNs.....	52
1.2.3 Construção histórica e processo de reconstrução do projeto político-pedagógico da FAMEMA	57
2 REFERENCIAL TEÓRICO	78
2.1 A avaliação educacional: possibilidades e limites.....	79
2.2 Avaliação na formação crítica e reflexiva em um currículo por competência ...	87
2.3 Avaliação como prática pedagógica em um projeto político-pedagógico orientado por competência	96
3 PERCURSO METODOLÓGICO	103
3.1 Construção do referencial metodológico	103
3.2 Campo da pesquisa	104
3.3 Fontes do material empírico e instrumentos para coleta de dados.....	108
3.4 Procedimentos analíticos	113
3.5 Procedimentos éticos e autorização legal	115
4 RESULTADOS	118
4.1 A avaliação expressa no currículo prescrito.....	118
4.2 O formato de avaliação do desempenho do estudante expresso no currículo apresentado aos professores.....	128
4.3 O currículo moldado e posto em ação pelos professores por meio do registro dos formatos de avaliação	133
4.4 Caracterização dos professores que registraram o EAPP nas séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina	136
4.5 Caracterizações dos grupos estudados no EAPP	139

4.6 O currículo em ação no EAPP	141
5. DISCUSSÃO	169
5.1 Os sentidos da avaliação e seus princípios expressos no EAPP	169
5.1.1 O sentido condutivista da avaliação	170
5.1.2 O sentido construtivista da avaliação	177
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	186
REFERÊNCIAS	194
ANEXOS	180
APÊNDICES.....	183

APRESENTAÇÃO

Fonte: Faculdade de Medicina de Marília, 2009.

APRESENTAÇÃO

A formação de um profissional de saúde numa perspectiva crítico-reflexiva, articulada ao mundo do trabalho, é preocupação constante dos professores da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Para tanto, têm empreendido esforços para desenvolver com os estudantes um processo de ensino e aprendizagem contextualizado, com integração entre teoria e prática, fazendo uso de metodologias ativas, para favorecer a aprendizagem significativa, com ênfase no compromisso social que assumirão profissionalmente.

O desenvolvimento do Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Formação dos profissionais de Saúde: união com a comunidade - permitiu que a FAMEMA iniciasse a construção de uma trajetória de desenvolvimento e implementação de novos modelos de formação.

O fato de ser, desde 1985, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMEMA, ministrando a disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva e, a partir de 1998, do Curso de Medicina, integrando a Unidade de Interação Comunitária e a Unidade de Prática Profissional (UPP), permitiu-me olhar para a prática do professor, enxergar seus limites e potencialidades e participar da reflexão coletiva da Instituição.

A formação dos profissionais de saúde, em especial de enfermeiros e médicos, sempre esteve entre meus interesses. Minha trajetória profissional, marcada pela vivência de conflitos e contradições entre as necessidades individuais, coletivas e de gestão do trabalho docente, permitiram-me perceber que a formação profissional em saúde deveria ser mais contextualizada, crítica e próxima das necessidades da população.

Incomodava-me também a prática pedagógica predominante, em geral restrita a procedimentos técnicos, com ênfase na transmissão de conteúdos e marcadas por uma relação de distanciamento entre professor e estudante. Chamava-me a atenção, particularmente, o processo de avaliação dos estudantes, tomado quase que exclusivamente no seu

aspecto somativo, com caráter classificatório e, muitas vezes, discriminatório.

Minha dissertação de mestrado, concluída em 2000, possibilitou-me, mais uma vez, constatar as dificuldades relativas ao ensino. O objetivo do estudo foi evidenciar os conteúdos ideológicos em relação ao aborto expressos nos discursos dos professores do Curso de Enfermagem da FAMEMA. As contradições presentes foram identificadas e tematizadas na perspectiva de gênero. Pude constatar as dificuldades encontradas para abordar a temática do aborto no ensino de Enfermagem (Braccialli, 2000; Braccialli, Oliveira, Fonseca, 2003).

Entretanto, alguns dos docentes entrevistados consideraram que suas experiências no ensino do tema aborto contribuíram de forma significativa para a transformação do ensino, do professor e do estudante. Na época, algumas disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMEMA, no planejamento da assistência à saúde da mulher em situação de aborto, levavam em conta o contexto, a história de vida e as repercussões do aborto em sua vida pessoal e familiar.

Esse estudo possibilitou-me enxergar a necessidade de construir um ensino mais contextualizado, com uso de metodologias ativas para formar enfermeiros capazes de instituir novos saberes e novas formas de intervenção em sua prática profissional.

Outras oportunidades, como a coordenação da capacitação de tutores do projeto de gerenciamento de recursos humanos para unidades de saúde (GERUS), iniciada em 1996, e a participação no Grupo de Avaliação Institucional da FAMEMA, desde 2004, permitiram o adensamento de minhas reflexões sobre a prática pedagógica e, em particular, sobre a avaliação.

Em 2006, durante o Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudanças, promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ e a Rede Unida tive a oportunidade de discutir novamente essas questões e

realizar o trabalho de conclusão do curso sobre a Avaliação Formativa do Estudante de Enfermagem e de Medicina.

Em 2008 realizei um estudo sobre a avaliação do estudante no Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), que teve como objetivo analisar a concepção de avaliação do professor que realizou o EAPP com estudantes de primeira a quarta séries do Curso de Enfermagem. Pude constatar que, no Curso de Enfermagem o EAPP, de forma geral, assume o caráter de um processo avaliativo formativo e somativo, implementado pelos docentes enfermeiros e médicos da Instituição, pelos professores colaboradores, enfermeiros e médicos da FAMEMA e da Rede Municipal de Saúde.

Observei que a avaliação ainda assume significados conflitantes e divergentes entre aqueles que participam da formação dos estudantes. Existe disparidade de ação entre os responsáveis por esta tarefa, revelando a diversidade de entendimentos da proposta pedagógica. Nessa construção coletiva, os professores são portadores de histórias de vida distintas, desenvolvidas em tempos diferentes, com concepções que se aproximam ou se distanciam da proposta do processo avaliativo institucional.

Esse estudo comprovou ainda que, embora também tenham sido identificadas contradições no processo avaliativo, as concepções de avaliação dos professores do Curso de Enfermagem aproximavam-se mais da competência dialógica (Braccialli et al., 2008).

Atualmente, meu trabalho como docente envolve a participação no Comitê de Avaliação do Estudante e no Grupo de Avaliação Institucional (GA), ambos voltados para a análise permanente da prática pedagógica dos professores da FAMEMA. O GA, constituído em 2001, tem como responsabilidades a análise de documentos formais de planejamento curricular, a elaboração e a análise de instrumentos de avaliação sobre o desenvolvimento do currículo e a produção científica.

Já o Comitê de Avaliação do Estudante auxilia as equipes da Unidade de Prática Profissional (UPP) na organização e na validação de instrumentos de avaliação do desempenho individual dos estudantes na

prática profissional, mais precisamente no Exercício de Avaliação da Prática Profissional – EAPP. O Comitê também é responsável pela sistematização dos resultados dos EAPPs para subsidiar o planejamento das séries e a elaboração dos critérios de referência para a avaliação dos estudantes.

Nos últimos anos, vários estudos realizados por docentes dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA contribuíram significativamente para as mudanças nos currículos e para o processo de ensino e aprendizagem, como os de Bracciali (2000), Lima (2000), Silva (2000), Zanolli (2000), Adachi (2001), D’Almeida (2001), Mazzoni (2001), Angeli (2002), Carvalho Júnior (2002), Chirelli (2002), Laluna (2002), Siqueira Júnior (2002), Vilela (2002), Komatsu (2003), Moraes (2004), Guimarães (2005), Tonhom (2006), Laluna (2007), entre outros.

Dentre eles, dois enfocaram a avaliação. Mazzoni (2001) realizou a correlação entre a avaliação subjetiva tradicional e a avaliação objetiva estruturada, ambas utilizadas no Curso de Medicina. Laluna (2007) analisou os sentidos atribuídos à avaliação do Curso de Enfermagem no cotidiano da formação orientada por competência. Considerou os projetos pedagógicos são capazes de transformar as práticas profissionais, visando à superação dos problemas de saúde e à melhoria do cuidado à saúde das pessoas e comunidades, contribuindo para a consolidação do SUS.

Mesmo frente à produção expressiva dos professores da FAMEMA, a avaliação do desempenho do estudante continua apresentando dificuldades na sua execução. Inúmeros são os questionamentos relativos à avaliação do desempenho, entre os quais destaco:

- Qual a concepção dos professores da FAMEMA de avaliação de desempenho do estudante em um currículo integrado, orientado por competência?
- Como acontece a avaliação de desempenho do estudante em uma situação simulada, no caso, o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP)?

- Qual o sentido e o significado da avaliação de desempenho do estudante na formação de Enfermagem e Medicina orientada por competência?
- Como os diferentes sujeitos do processo ensino e aprendizagem estão operando a avaliação no cotidiano?
- Qual a compreensão que os sujeitos envolvidos no processo avaliativo têm dessa prática?
- Qual a contribuição da avaliação praticada para o processo ensino e aprendizagem?
- Em que medida a avaliação aproxima-se ou se distancia do currículo proposto pela FAMEMA?
- Qual a dificuldade em avaliar a dimensão ética das atitudes? Essa é uma limitação do estudante, do professor, de ambos ou do processo ensino e aprendizagem?
- .Como a avaliação do desempenho do estudante integra-se às atividades curriculares previstas nos documentos formais da Instituição, nas Unidades Educacionais e do cotidiano do professor, em um currículo integrado e orientado por competência?

Face a essas indagações que mobilizam a comunidade acadêmica da FAMEMA, a presente investigação volta-se para a avaliação de desempenho do estudante em um currículo integrado e orientado por competência. Busca identificar e analisar as premissas curriculares, a prática pedagógica adotada como referência nos documentos institucionais e a prática pedagógica observada no Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) nos Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA.

Inicialmente o trabalho apresenta a delimitação do objeto de estudo, as transformações históricas da educação e da saúde na sociedade brasileira e, em especial, a formação em saúde e o principal marco das mudanças curriculares ocorrido nas instituições formadoras dos profissionais

da saúde, com ênfase nas profissões de Enfermagem e Medicina. Aborda ainda o contexto histórico de constituição da FAMEMA e as mudanças curriculares em seus cursos de graduação. E apresenta os objetivos do estudo.

Em seguida explora o referencial teórico com um histórico das concepções de avaliação, apontando limites e possibilidades da avaliação em diferentes momentos históricos. Também aborda a formação crítica e reflexiva em um currículo orientado por competência.

O referencial metodológico na presente investigação é a pesquisa qualitativa e o método de interpretação dos sentidos (Minayo, 1999, Gomes, 2007), é adotado para compreender o processo avaliativo vivido por docentes e estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA, identificando suas contradições.

O capítulo de resultados apresenta a análise dos instrumentos/formatos de avaliação dos EAPP, a descrição do processo avaliativo tal como consta dos documentos formais dos currículos, a caracterização da população que os preencheu e a descrição dos formatos do EAPP em ambos os cursos de Enfermagem e Medicina. Em seguida, apresenta os resultados da observação da filmagem dos EAPP, a caracterização dos grupos estudados, o tempo despendido e a descrição das atividades nas séries pesquisadas.

Na sequência, é apresentada a discussão dos sentidos da avaliação e seus princípios expressos nos Exercícios de Avaliação da Prática Profissional (EAPPs). Para finalizar o estudo, são apresentadas as considerações finais em que sinalizo para a necessidade da reflexão coletiva sobre a prática pedagógica docente, em particular a prática avaliativa.

INTRODUÇÃO

João Pessoa – Pb, 2009

1 INTRODUÇÃO

1.1 O objeto e os objetivos do estudo

Esta investigação toma por objeto a avaliação do desempenho dos estudantes dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA, em um currículo integrado e orientado por competência. Em ambos os cursos, o processo avaliativo consta de vários momentos, sobre os quais discutiremos oportunamente. Neste estudo, interessa-nos particularmente o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), que busca verificar como se articulam os atributos cognitivos, afetivos e de habilidades na prática simulada dos estudantes.

Existem diversos conceitos, concepções e origens para a palavra currículo, que vem do latim *curriculum* e significa o percurso. Nos séculos XVI, XVII, a palavra curriculum passou a ser utilizada por instituições educacionais para designar a carreira a ser seguida.

No ambiente escolar, o currículo tem duas compreensões: apresenta-se como uma “proposta curricular, a seleção e a organização de experiências de aprendizagem e o desenvolvimento feito pela instituição de ensino” e outra em que é compreendido como o “percurso efetivamente feito pelo sujeito na escola (vivido em ação, realizado, atividade) que necessariamente não coincide com a proposta curricular” (Vasconcelos, 2009, p.27).

O currículo é uma construção social, uma práxis repleta de contradições em que se fazem presentes a opção política (responsável por controlar e selecionar a distribuição do conhecimento), a concepção epistemológica (o conhecimento), a filosófica (concepção de mundo), a concepção psicológica (as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos), a econômica (a relação do conhecimento com a produção de bens e serviços), as culturais (tradições) e os valores sociais (questões éticas). Todas têm lugar na instituição escolar, implícita ou explicitamente.

O currículo não é uma realidade abstrata, à beira do sistema educativo em que se propaga e para o qual se planeja. Diz respeito aos conteúdos e às formas de desenvolvê-los e incorpora os conflitos de interesses dentro de uma sociedade e os valores dominantes presentes nos processos educativos. É um ponto central de referência na melhora da qualidade do ensino, na mudança das condições da prática, na qualificação dos professores, na renovação da instituição e nos projetos de inovação das escolas (Gimeno Sacristán, 2000).

Os currículos cumprem suas funções como expressões do projeto de cultura e socialização, por meio das práticas pedagógicas exercidas pelos sujeitos que as viabilizam e pelos seus conteúdos culturais, intelectuais e formativos. Para Gimeno Sacristán (2000, p.101), o currículo

é desde um enfoque processual ou prático, um objeto que se constrói no processo de configuração, implantação, concretização e expressão de determinadas práticas pedagógicas e em sua própria avaliação, como resultado das diversas intervenções que nele se operam. Seu valor para os estudantes, que aprendem seus conteúdos, depende desses processos de transformação aos quais se vê submetido.

Lima (2000) em seu estudo sobre educação médica, intitulado “A dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999”, apoiando-se em Gimeno Sacristán (2000), identificou três tipos de currículo: o prescrito, o planejado e o desenvolvido.

Gimeno Sacristán (2000) denominou **currículo prescrito** o sistema educativo submetido à regulações e com significação social; é o currículo idealizado, aquilo que se gostaria que acontecesse na prática, um campo de poder em que são tomadas as decisões políticas e administrativas da escola, refletidas pelas influências da dimensão estrutural. No presente estudo, é representado por documentos oficiais da instituição: o Projeto Político-Pedagógico (PPP), o Manual de Avaliação, o projeto e o relatório encaminhados ao Promed e o projeto e o relatório do Pró-Saúde.

O currículo planejado, definido por Gimeno Sacristán como o **currículo apresentado aos professores**, representa o significado e os conteúdos do currículo prescrito traduzidos, por exemplo, nos cadernos das

Unidades Educacionais das séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA e nos instrumentos/formatos que sistematizam a avaliação.

Gimeno Sacristán conceitua ainda **o currículo em ação**, que “sustenta a ação pedagógica, [e é nele] que podemos notar o significado real do que são as propostas curriculares” (Gimeno Sacristán, 2000, p. 105). É permanentemente moldado pelo professor nos diversos momentos e espaços do processo ensino e aprendizagem. No presente estudo, manifesta-se no formato - F3 do EAPP, em que o professor avalia o desempenho do estudante revelando assim sua prática pedagógica no momento em que discute a avaliação do estudante e sua auto-avaliação, em um movimento de reflexão sobre sua prática profissional.

Gimeno Sacristán enfatiza a forma como o currículo é moldado pelos professores, pois julga que esses são ativos e decisivos na concretização dos conteúdos e dos diferentes significados do currículo. Os professores moldam os currículos a partir de suas culturas, por prescrições administrativas, agem como mediadores das propostas curriculares, no plano individual ou coletivo, o que acarreta consequências importantes para a prática.

Currículos são expressões de determinadas tendências pedagógicas que Libâneo (1990), Gadotti (1995), Saviani (2006), entre outros educadores, classificam em **liberais e progressistas**.

A concepção liberal, entendida como uma teoria não crítica, sai em defesa dos direitos individuais construídos em uma sociedade capitalista e da forma de organização social que se baseia na posse privada dos meios de produção. Nas tendências liberais encontramos quatro vertentes pedagógicas: a tradicional, a escola nova, diretiva e não diretiva, e a tecnicista (Libâneo, 1990).

A pedagogia tradicional apóia-se em conhecimentos e valores sociais acumulados no decorrer dos tempos e que são repassados aos estudantes de forma linear, como verdades absolutas e inquestionáveis, por meio de exposições e demonstrações, as “famosas aulas magistrais”. A aprendizagem torna-se repetitiva, memorizada e mecanizada, como se todos

os estudantes estivessem no mesmo patamar do processo de ensino e aprendizagem. O professor é a autoridade nesse processo, detendo todo poder decisório. Cabe ao estudante uma atitude passiva, de submissão, receptiva, sujeita ao cumprimento das ordens e ao castigo.

Na tendência pedagógica tradicional, a avaliação em geral é classificatória, valorizada pelos seus aspectos cognitivos e quantitativos, com ênfase na memorização. Os resultados são verificados por meio de testes, provas orais ou escritas em que o desempenho é avaliado pela exatidão na reprodução das informações.

As tendências renovadoras são representadas pela Escola Nova na Europa e Progressista nos Estados Unidos. Suas variantes são a pedagogia liberal renovadora progressiva, a pedagogia liberal renovada não diretiva e a liberal tecnicista (Gadotti, 1995).

A tendência liberal renovadora progressiva considera que a escola deve adequar as necessidades individuais ao meio social, que o estudante é o centro do processo de aprendizagem, em que está presente o aprender a aprender. Os conteúdos são apreendidos no momento em que os estudantes se deparam com situações-problema e essas são os estímulos e as motivações para a aprendizagem. O professor é um facilitador de todo o processo. Essa tendência é influenciada pelo modelo piagetiano e a avaliação adota escalas, testes de prontidão, com ênfase na auto-avaliação. Valoriza os aspectos afetivos (as atitudes, interesse, assiduidade, responsabilidade e pontualidade), cognitivos (o conhecimento) e biopsicossociais.

A tendência liberal renovada não diretiva preocupa-se com problemas psicológicos e com a mudança interna do indivíduo. A educação é centrada no estudante e a prática pedagógica é considerada anti-autoritária. As estratégias utilizadas para a aprendizagem são seminários, pesquisas, trabalho individuais e grupais, entre outros. Considera-se que o aprender se faz fazendo e o pensar, pensando, em situações contextualizadas. Nesse processo, todos os que acompanham o estudante são facilitadores do processo de aprendizagem. Privilegia-se a auto-

avaliação e a avaliação da aprendizagem utiliza as estratégias citadas para atribuir um conceito de acordo com os níveis de aproveitamento do estudante.

A tendência tecnicista é marcada pela modelagem do comportamento, com base nos princípios behavioristas de condicionamento (o reforço da resposta que se deseja obter) e da teoria da aprendizagem social, de origem americana. O estudante deve atingir os objetivos educacionais previamente estabelecidos, a preocupação que se tem nessa pedagogia não é com a operação mental que o estudante realiza, mas sim com o produto final esperado. O responsável pelo ensino é um técnico, o professor é um elo entre o estudante e as questões científicas, o modelo de ensino é a transmissão do conhecimento, sendo o estudante um mero espectador do mercado de trabalho, no sentido de aprender a fazer. A avaliação vale-se de testes objetivos, exercícios programados diretamente relacionados aos objetivos estabelecidos, e ocorre no final do processo.

A outra tendência pedagógica é a progressista, compreendida como uma teoria crítica que está relacionada com a escola pelos seus aspectos políticos, sociais e culturais, orientada para a possibilidade de transformação social. Essa tendência entende a realidade construída com seus fenômenos históricos e sociais, construídos e transformados pelos sujeitos.

Segundo Libâneo (1990), a tendência progressista também assume três vertentes: a libertadora, a libertária e a crítico-social dos conteúdos, também chamada de histórico-crítica.

A pedagogia libertadora tem seu marco traçado pelo grande mestre Paulo Freire ao construir o processo dialógico, a educação libertadora, a problematização do ensino e da aprendizagem e seus projetos de educação voltados para a educação de adultos. Nessa concepção, educadores e estudantes constroem juntos a aprendizagem, que não é linear e sim repleta de contradições. A teoria sustenta a prática e a prática retroalimenta a teoria. Os estudantes são sujeitos autônomos capazes de intervir em uma realidade mutável. A relação professor-estudante é

horizontal, não existe subordinação, ou melhor, relação de poder. A aprendizagem dá-se pela resolução de situações cotidianas, com métodos ativos, críticos que possibilitam a vivência de relações afetivas e efetivas entre professor e estudante. A avaliação é definida como uma prática emancipadora e grupal em que se fazem presentes a auto-avaliação, os trabalhos orais ou escritos, enfim, o que for acordo e significativo para o grupo.

A pedagogia libertária tem como premissa a autogestão, o anti-autoritarismo e é fundamentada na proposta pedagógica anarquista, rejeitando toda a forma de governo. Considera que a escola pode transformar a personalidade do estudante num sentido libertário e de autogestão. O estudante deve ser visto na sua integralidade, em seu aspecto físico, mental, intelectual e afetivo. O ensino é livre, os conteúdos são colocados à disposição dos estudantes, porém não são exigidos, o mais importante são as vivências grupais. O professor exerce o papel de orientação, mas não é diretivo nas suas ações, o estudante tem livre escolha. O conhecimento ocorre como resposta às necessidades levantadas na vida social, não se restringindo aos conteúdos. Da mesma forma, no processo avaliativo, não há nada estruturado *a priori* e nem há relação com o conteúdo estruturado.

Na pedagogia histórico-crítica, ou crítico-social dos conteúdos, há uma completa interação entre conteúdo e realidade contextualizada, visando à transformação da sociedade com um movimento de ação, reflexão e ação. Os conteúdos são considerados “vivos”, imersos na realidade sociopolítica, significativos para estudantes e professores e socialmente construídos, oriundos do confronto entre os saberes eruditos e populares, mesclando processos de continuidade e ruptura. A ação educativa fundamenta-se na articulação do ato político e do ato pedagógico, a teoria e a prática fundem-se em uma relação de cumplicidade, na práxis educativa. A avaliação tem um papel fundamental, tem caráter diagnóstico, é permanente, contínua com o propósito de revelar e refletir as necessidades dos estudantes para orientar a prática pedagógica, poder intervir e

reconstruir os processos de ensino e aprendizagem. Na prática avaliativa, o estudante tem consciência dos resultados de sua aprendizagem e reorganiza-se para as devidas modificações. Nessa pedagogia, professor e estudante têm uma relação de interação, ambos são sujeitos ativos, social e historicamente construídos. O professor não deixa de ser uma autoridade competente do processo ensino e aprendizagem, porém é o facilitador de todo o processo pedagógico, criando espaços individuais e coletivos para a aprendizagem, com diversidades de estratégias, como aulas dialogadas, leituras, discussões e outros.

Na educação os processos não são estanques, ora predomina uma tendência mais tecnicista, ora uma mais crítica articulada com a realidade, proporcionando a transformação desta. O ensino em saúde é influenciado por estas correntes pedagógicas, que muitas vezes sequer são conhecidas pelos professores, que carecem de formação pedagógica. Mesmo em uma reforma curricular vinculada à tendência crítico-reflexiva, como é o caso da FAMEMA, as contradições estão presentes e muitas vezes explicitam uma tendência tecnicista construída historicamente por professores que transitam na área da saúde.

Apoiada em Gimeno Sacristán, Lima (2000, p. 58) afirma que com a tendência tecnicista houve um aumento significativo de pesquisas e estudos sobre currículo, em “busca da racionalização e formas de administração da educação que obtivessem eficiência, controle e eficácia em relação aos resultados pretendidos”.

Em uma concepção funcionalista, o currículo é entendido como necessidades administrativas pré-estabelecidas, estruturadas a partir de resultados de aprendizagem. A interdisciplinaridade é uma estratégia organizativa e metodológica, fica reduzida a um mero *slogan* ou a conceito sem conteúdo e contexto.

As concepções mais ampliadas de currículo considera-se que a aprendizagem é algo que ocorre com estudantes e professores, que envolve toda a coletividade acadêmica e que se vale de inúmeras estratégias (Torres Santomé, 2000).

O modo como se organiza um currículo explicita os compromissos e as crenças dos sujeitos envolvidos sobre as funções a serem desempenhadas pela escola em nossa sociedade, partindo daquilo que pensam sobre as possibilidades das pessoas adquirirem conhecimentos, habilidades, atitudes e valores e, por outro lado, atingirem o que pretendem.

O currículo pode ser organizado de diversas formas, sendo uma delas por disciplinas. Essa forma de organização é linear, pouco flexível e os conteúdos tendem a ser estudados à força, por coerção mais ou menos manifesta, pois a fragmentação de conhecimentos causa dificuldade para compreender o que foi estudado, memorizado. Valoriza-se o conhecimento puro e simplesmente acadêmico, no qual “a realidade cotidiana aparece desconfigurada, em informações e saberes aparentemente sem qualquer ideologia e descontextualizada da realidade” (Torres Santomé, 2000, p.141).

Os estudantes têm uma única intenção, a de progredir para a etapa posterior, comumente referida como “passar de ano”. O conhecimento não é considerado um instrumento para entender, analisar, refletir e agir na realidade contextualizada do dia a dia e nas situações vivenciadas.

Torres Santomé (2000) defende o currículo integrado como forma de organização escolar. Para ele, “integração” significa a unidade das partes. Mais que a simples soma ou agrupamentos de partes ou objetos distintos, a palavra integração expressa a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e as formas de conhecimento. Os movimentos pedagógicos em direção à interdisciplinaridade surgiram a partir das reivindicações progressistas de grupos ideológicos e políticos em direção a uma sociedade mais democrática.

Davini (1989) considera que um currículo integrado caracteriza-se pela efetiva integração do ensino e da prática profissional, com benefícios para as coletividades, articulação entre teoria e prática, avanços na construção de teorias e busca de soluções específicas para diferentes situações, adaptadas à realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Uma razão para a implantação do currículo integrado é que esse não se limita à memorização de conteúdos. O processo ensino-aprendizagem volta-se para a prática cotidiana, para avaliar limitações e desenvolver meios para solucionar problemas da vida real. Trata-se de um processo contra- hegemônico, que não se viabiliza por força de lei. O currículo oficial é aquele que a Instituição elege, mas são sujeitos sociais concretos, envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem, que o colocam em ação.

Um currículo integrado cria as condições necessárias para propiciar a motivação para a aprendizagem, para que essa seja significativa para a vida pessoal e profissional do estudante; proporciona maior liberdade para selecionar questões de estudo, assim como para realizar pesquisas relacionadas ao contexto vivido.

Os argumentos sociológicos para um currículo integrado são vários, sendo um deles a necessidade de “humanizar o conhecimento com o qual se entra em contato nas instituições escolares” (Torres Santomé, 2000, p.118). Outro diz respeito às visões que se tem da realidade, considerando as pessoas como sujeitos da história e promovendo uma postura mais ativa, crítica e responsável por parte dos estudantes.

Essa proposta curricular fundamenta-se no pensamento de Dewey (1989) e nas psicologias piagetiana e vygotkskiana, citadas por Torres Santomé (2000). John Dewey, americano, nascido em 1859, foi filósofo, psicólogo e educador, fundador do movimento da Escola Ativa fez críticas às instituições de ensino que fragmentavam e utilizavam de forma pontual a cultura em matérias, temas e lições para os estudantes.

Piaget, suíço, nascido em 1896, biólogo, contribuiu significativamente para a pesquisa em psicologia e educação. Considerava que, para existir aprendizagem, há “necessidade de uma atividade organizadora do sujeito na interação estabelecida entre ele e o conteúdo por ser apreendido” (Leite, 1991, p. 26).

Vygotsky, educador russo, nascido no mesmo ano que Piaget, fez direito e literatura, dedicou-se aos campos da psicologia e da pedagogia.

Também trouxe contribuições valiosas para essas áreas, com sua visão sócio-interacionista, em que “ressalta o papel da interação social ao longo do desenvolvimento onto-genético; o objeto social interage com o sujeito e é bastante enfatizado” (Leite, 1991, p.26). Sua teoria da educação é conhecida como sócio-cultural ou sócio-histórica.

Inspirada nesses autores, a proposta curricular integrada reforça a importância da ação e da experiência em situações concretas, reais e significativas, mesmo que na presença de conflitos e contradições, capazes de promover interesses dos sujeitos envolvidos a fim de buscar soluções para uma possível intervenção (Torres Santomé, 2000).

A opção pelo currículo integrado é valorizada pelos seguintes argumentos:

I – argumentos epistemológicos e metodológicos relacionados à estrutura substantiva (conceitual) e sintática (metodológica) da ciência;

II. razões psicológicas;

III. argumentos sociológicos (Torres Santomé, 2000, p. 112).

No currículo integrado, a experiência vivida proporciona a reflexão como um componente indispensável para a reorganização do processo de ensino e aprendizagem, necessária à transformação da prática. John Dewey (1989) destacou “que a ação da educação poderia ser definida como de emancipação e ampliação da experiência” (Torres Santomé, 2000, p. 112).

O currículo integrado orientado por competência, entende-se por competência a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, ou seja, saberes, capacidades, informações, relações, valores, postura, cultura, princípios éticos, destrezas e habilidades, entre outros, para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações (Perrenoud, 1999; Hernandez, 1999; Hager, Gonczi, 1996). Os autores concordam que não existe uma definição clara e partilhada em relação à competência. Seu significado deve ser reconstruído em cada instituição ou meio profissional. Consideram também que a

competência acompanha o sujeito da aprendizagem nas diversas situações vividas durante a formação.

Ramos (2002), Ropé e Tanguy (1997), concordam com Perrenoud em que não há uma definição conclusiva de competência, que nem sempre aparece com o mesmo sentido na esfera educacional e trabalhista.

A competência é um atributo que só pode ser verificado em ação, em uma determinada situação. Na prática educativa, a avaliação de competência deixa de ser centrada em disciplinas e passa a ser verificada por meio de situações e tarefas específicas (Ropé, Tanguy, 1997).

Ao se adotar um currículo por competência, há necessidade de mudanças nos processos de ensino e aprendizagem e também na avaliação do funcionamento das instituições, das classes, do papel do professor e do estudante.

Na formação por competência, a aprendizagem tem como referência o mundo do trabalho e realiza-se no confronto com situações reais da prática profissional. A avaliação tem importância à medida que proporciona a reflexão sobre o processo ensino-aprendizagem, identificando fragilidades e potencialidades, apontando para sua permanente reconstrução.

Avaliação no Projeto Político-Pedagógico da FAMEMA

A implementação do Projeto Político-Pedagógico construído pelos professores da FAMEMA por meio de um currículo integrado orientado por competência, demandou uma nova concepção de avaliação educacional visando ao alcance dos desempenhos esperados para as diferentes séries dos cursos de Enfermagem e Medicina. Essa proposta deveria ser coerente com os princípios curriculares e promover maior aproximação entre o processo ensino-aprendizagem e as demandas do mundo do trabalho.

Tratava-se de uma mudança de paradigma, em direção a uma pedagogia universitária diferenciada, inovadora, comprometida com outra visão de saúde, ser humano, enfermagem e medicina.

A finalidade de tal mudança é a formação de novos trabalhadores da saúde, comprometidos com a produção de um cuidado da melhor qualidade, capazes de induzir mudanças nos modelos assistenciais que promovam a recuperação dos valores éticos, filosóficos, ideológicos, culturais, educacionais e políticos, entre outros, que norteiam a ação profissional em saúde.

A dificuldade para formar trabalhadores cidadãos não é exclusiva da área da saúde e pode ser constatada em todas as áreas de formação. No entanto, o desafio que caracteriza a formação do profissional de saúde, em especial enfermeiros e médicos, é assegurar que estes, ao se depararem com a realidade, possam agir eticamente, realizar o cuidado integral, humanizado. Igualmente desafiador é formá-los de modo que se mantenham atualizados o tempo todo e abertos à busca de novos conhecimentos.

A formação dos trabalhadores da saúde com uma nova visão de mundo é uma meta presente nos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA que, em seus projetos político-pedagógicos, querem que seus estudantes reflitam antes de agir, não falem sem pensar e que, ao pensar, levem em conta a realidade a ser transformada. A proposta da FAMEMA está alinhada com as teorias educacionais e de saúde nacionais para a formação de um novo profissional comprometido com SUS.

Mudanças curriculares orientadas para a reconstrução da prática profissional, nas quais os estudantes sejam sujeitos da própria aprendizagem, requerem novas formas de avaliação. Em um currículo integrado e orientado por competência, a avaliação ocupa um novo espaço, como parte de um processo formativo que permite a integração de aspectos cognitivos (aprender a aprender), habilidades (aprender a fazer) e as atitudes (aprender ser e conviver). O uso de metodologias ativas demanda

uma avaliação que fomente o diálogo entre professores e estudantes sobre o processo ensino-aprendizagem, visando a sua permanente reconstrução.

A avaliação, como um referencial de qualidade, é parte do trabalho pedagógico, nos diversos cenários de ensino-aprendizagem. Embora seja apenas uma dentre as inúmeras expressões do trabalho do professor, culturalmente foi colocada em um lugar de destaque, adquirindo uma centralidade excessiva.

Na prática da maioria dos professores, a avaliação é uma categoria poderosa do trabalho pedagógico e permite inferir como os professores praticam a docência. A avaliação pode reiterar práticas pedagógicas tradicionais e pode levar ao abandono de estratégias mais inovadoras.

Ademais, a prática avaliativa é um processo permeado por contradições, porque realizada por um conjunto de sujeitos sociais—professores, estudantes e profissionais de saúde envolvidos na formação - com suas idiosincrasias, culturas e histórias pessoais e profissionais.

A fragmentação do processo avaliativo durante a graduação pode ser responsável pela ocorrência de insucessos na prática profissional, em razão do despreparo do profissional ou da incompatibilidade de valores, sem a postura ética e de responsabilidade social necessária ao exercício da profissão. “Se a avaliação focalizar apenas os aspectos cognitivos (saber) e ou habilidades e destrezas (fazer), a inadequação desse processo estará mantida, uma vez que reduz e fragmenta a avaliação de competência” (Lima, 2005, p. 375).

Nas mudanças curriculares ocorridas na FAMEMA, a resignificação da avaliação é um dos eixos estruturantes no processo educacional. A avaliação é uma atividade contínua, sistematizada e inerente ao processo educacional, tornando-se uma das atividades educacionais mais expressivas sob a perspectiva de estudantes e professores, como estratégica para integrar os recursos pessoais em relação aos resultados obtidos, orientados para a prática profissional.

Para tanto, faz-se necessário assegurar a coerência entre as avaliações diagnósticas (identificar onde o estudante se encontra no processo educacional), as avaliações formativas (realizadas durante o processo de ensino-aprendizagem) e as somativas (que definem a progressão do estudante) e entre essas e o perfil profissional pretendido, assim como os fundamentos filosóficos e pedagógicos traçados pelo coletivo da instituição.

Na proposta curricular dos Cursos de Graduação de Enfermagem e Medicina da FAMEMA, a avaliação assume papel relevante. Seu caráter processual, dinâmico, co-participativo, integrado ao processo ensino- aprendizagem está voltado para o estudante, para o professor e para as unidades educacionais, com a finalidade de concretizar a verificação dos desempenhos, parte visível da competência. O que dá concretude a formação não são mais os conteúdos e sim a competência, que só pode ser ativada porque está em ação.

Porém, nas diferentes séries dos cursos de Enfermagem e Medicina e entre as séries dos dois cursos, há diversidade no que toca à compreensão do referencial pedagógico, do projeto político-pedagógico adotado pelos sujeitos que integram a comunidade acadêmica da FAMEMA e, conseqüentemente, sua prática pedagógica, particularmente o processo avaliativo. Possivelmente, os determinantes se devam à historicidade das profissões, ao movimento de luta dos professores e estudantes, um processo contra-hegemônico nas escolas em geral e em especial a saúde, à organização das instituições, das escolas, das práticas pedagógicas e à dificuldade de se ter condição efetiva para o processo ensino-aprendizagem-avaliação.

Estudo anterior realizado com docentes do Curso de Enfermagem da FAMEMA concluiu que a concepção de avaliação desses professores fundamenta-se na concepção de competência de origem francesa, a qual focaliza os atributos pessoais desarticulados da prática do enfermeiro, com foco nos resultados e com reprodução da prática

profissional. Porém, também se faz presente entre os docentes concepções que se aproximam da matriz de competência dialógica (Laluna, 2007).

É necessário verificar permanentemente em que medida a avaliação adotada reafirma o projeto político-pedagógico dos cursos e o quanto se aproxima ou se distancia das Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da saúde, que postulam a necessidade de promover mudanças na formação profissional, de modo a aproximá-la dos conceitos e princípios que permitam formar os profissionais de saúde para a educação permanente em saúde, como parte de sua competência profissional (Brasil, 2001).

A presente investigação incidirá sobre a avaliação do desempenho do estudante no Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) para verificar como está se dando o processo avaliativo na prática pedagógica dos professores em diferentes séries dos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA.

OBJETIVOS

Geral

- Analisar o processo de avaliação da aprendizagem do estudante em um currículo integrado, orientado por competência, nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da FAMEMA, por meio do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Específicos

- Descrever o processo avaliativo do EAPP na área do cuidado individual nas diferentes séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA;
- Analisar a avaliação do desempenho do estudante, cotejando-a com o currículo prescrito e o apresentado aos professores;
- Analisar as tendências convergentes e divergentes em relação aos sentidos do processo avaliativo encontrados no currículo prescrito, no currículo apresentado apresentados aos professores e nos currículos moldado e posto em ação pelos professores.

1.2 Educação e saúde

As necessidades de mudanças na formação de profissionais da área de saúde são objeto de estudos e pesquisas, assim como tema de debates em diversos espaços políticos e institucionais, frente à percepção de que a assistência prestada não tem respondido às necessidades de saúde da população.

Neste capítulo, abordaremos a formação em saúde e os principais marcos das mudanças curriculares que têm ocorrido nas instituições formadoras de profissionais da saúde, com ênfase nas profissões de Enfermagem e Medicina. Também será abordado o contexto histórico de constituição da FAMEMA e as mudanças curriculares em seus cursos de graduação.

1.2.1 Educação e saúde: transformações na formação dos profissionais de saúde no Brasil

O objeto de trabalho de médicos e enfermeiros é o processo saúde-doença de indivíduos, famílias e grupos sociais. Embora compartilhem um mesmo objeto de trabalho, há especificidades que distinguem o trabalho médico do trabalho da enfermagem. Enquanto o primeiro volta-se predominantemente para o diagnóstico e a instituição da terapêutica, o segundo relaciona-se ao cuidado em enfermagem que se apresenta como estratégia para qualificar o cuidado de saúde e aprofundar as lutas pela integralidade da atenção à saúde em nosso país (Sena, et al., 2008).

No século XX, a formação dos profissionais de saúde, especialmente de médicos e enfermeiros, sofreu profundas influências do modelo flexneriano, marcado pela ênfase nas ciências básicas, separação entre a formação básica e o ensino clínico orientado para a assistência individual, centrada no corpo doente.

Trata-se de um modelo organizado em torno do hospital-escola, com laboratórios para as práticas profissionais, que trouxe inúmeras consequências para a formação em saúde. Como um paradigma dominante para explicar os fenômenos do processo saúde-doença, privilegiou argumentos mecanicistas, em que o corpo é visto como uma máquina, e explicações focadas na dimensão biológica, ocultando os determinantes da doença, com ênfase nos aspectos curativos, de base fisiopatológica.

Na Medicina, assumiu a feição do modelo clínico individual, que tem o paciente como objeto da ação médica, valendo-se da especialização resultante da fragmentação dos processos de ensino-aprendizagem e, sobretudo, apoiando-se na estrutura organizacional e no funcionamento do sistema de saúde.

O modelo flexneriano também orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil, que manteve a subdivisão em especialidades médicas na área temática assistência de enfermagem, reforçando uma formação prioritariamente voltada à assistência curativa e individual (Galleguillos, Oliveira, 2001).

No Brasil, apesar do novo modelo em saúde implantado com o SUS, ainda se convive nas instituições de saúde com o modelo flexneriano, a despeito deste ter se mostrado insuficiente para responder à complexidade do processo saúde-doença (Scherer, Marino, Ramos, 2005).

A formação médica no Brasil

A história da educação médica no Brasil data de 1808, com a vinda da família real. O primeiro curso de medicina teve início em Salvador. Posteriormente, escolas médicas foram criadas no Rio de Janeiro e em São Paulo. Em 1932, essas escolas foram transformadas em Faculdades de Medicina e passaram a adotar normas e programas da Escola Médica de Paris.

Durante o período colonial, o acesso à assistência médica era bastante limitado. Em 1841 foram publicados formulários de plantas e um

guia médico, que continha descrições de doenças, e ambos se tornaram muito populares. As escolas de medicina eram muito precárias na época, não tinham infra-estrutura adequada, a formação ficava restrita a partos e cirurgias e os recursos destinados ao ensino de medicina eram inferiores se comparadas a outras escolas, no caso, a Politécnica (Edler, Fonseca, 2006).

Aos poucos, a pesquisa experimental foi sendo inserida no ensino médico. Fortes críticas foram feitas ao modelo institucional francês, considerado centralizador, que separava a atividade de pesquisa da prática de formação médica.

Em 1891, com a constituição republicana, aconteceu a reforma do ensino superior que ficou conhecida como a Reforma Benjamin Constant, a qual deu autonomia para os constituintes providenciais definirem a organização do ensino, o que culminou na criação de faculdades médicas, como as do Rio Grande do Sul (1897) e de São Paulo (1901). Em 1912, essa reforma efetivou-se com a formulação de uma estrutura curricular para o ensino médico, com aulas teóricas e práticas de laboratório, com possibilidades de uma formação científica e não somente clínica (Edler; Fonseca, 2006).

Entre 1918 e 1925, com apoio de especialistas da Fundação Rockefeller, os cursos de medicina estruturaram-se em disciplinas, departamentos e institutos. A partir de 1926, o modelo flexneriano passou a predominar e os cursos passaram a ser em tempo integral (Edler; Fonseca, 2006). Até 1930, entretanto, curandeiros, feiticeiros, pajés, exerciam livremente seus serviços, concorrendo com o serviço médico.

Na década de 50, o início da residência médica veio reforçar as especialidades, com ênfase no uso de tecnologias, produzindo uma reorganização do processo de trabalho do médico e, conseqüentemente, do mercado de trabalho. Nos hospitais-escola, o ensino adquiriu maior relevância, com maior atenção para a assistência (Feurwerker, 2002).

A partir dessa década, na América Latina, teve início o debate sobre a formação médica, relacionado ao conteúdo curricular e ao processo de ensino. Organizações internacionais como a Organização Panamericana

de Saúde (OPS), Fundação Rockefeller e Fundação Kellog promoveram a crítica sobre a separação entre a medicina curativa e preventiva e sobre a crise da educação médica e do modelo liberal de medicina. Também nessa época os movimentos de promoção à saúde, ligados aos valores de cidadania, cultura e democracia, passaram a questionar o antigo padrão de formação (Edler; Fonseca, 2006).

Na década de 60, já havia se consolidado o diagnóstico da insuficiência da formação médica para atender aos problemas de saúde da população. Implantaram-se experiências com base nos modelos de medicina preventiva, comunitária e familiar, que levavam em conta a sua condição social do paciente. Nesse momento, houve uma grande expansão das escolas de medicina, públicas e privadas, com repercussões no ensino médico, em razão da falta de infra-estrutura inadequada e de capacitação docente, entre outras razões.

Na América Latina, na década de 70, o programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) teve como propósito inserir o estudante de medicina em vários níveis de atuação dos serviços de saúde, ampliando o aprendizado e não ficando restrito a patologias de alta complexidade. O projeto IDA, entretanto, não permitiu a criação de novas relações entre universidades e os serviços de saúde, e a experiência ficou limitada aos departamentos de medicina preventiva e pediatria.

No Brasil, a década de 70 foi marcada por movimentos de atenção à saúde, com projetos de medicina comunitária que influenciaram a formação dos profissionais de saúde. A história retrata movimentos sociais que se esforçaram para se libertar do regime autoritário vivido no país e alcançar os pleitos referentes à educação e a saúde. Particularmente na saúde, movimentos originários da academia, mas também da sociedade civil, propuseram a reorganização do sistema e do modelo assistencial vigentes.

Uma das estratégias para implementação e reorganização do modelo assistência foi à reformulação dos processos de formação dos profissionais de saúde, construindo novos paradigmas de saúde e de

educação com modelos assistenciais e pedagógicos que procuravam se aproximar das necessidades de saúde da população.

Nas instituições de ensino superior, responsáveis pela formação de profissionais em saúde, houve tentativas de mudanças curriculares e de introdução de novas metodologias de ensino. Entretanto, prevaleceu o modelo das escolas tradicionais e continuaram os problemas na formação de profissionais da saúde.

Em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizou-se a conferência de Alma-Ata, que lançou o lema “saúde para todos no ano 2000”, o que impulsionou a reorganização dos serviços de saúde no mundo.

Nos anos 80, no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária teve como propósito articular a produção científica e as novas práticas em saúde em torno de uma nova consciência sanitária. Resultou na proposição do SUS que, incorporado à Constituição de 1988, levou à reorganização dos serviços de saúde no país.

No início da década de 90, a introdução do Programa Saúde da Família (PSF) passou a demandar a formação de médicos e enfermeiros generalistas, orientados para a atenção primária. As instituições formadoras responderam com dificuldades a essa demanda, habituadas que estavam à formação tradicional (Edler, Fonseca, 2006).

A educação médica no Brasil vem sendo discutida pela Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM e por outras instâncias que sinalizam a necessidade de mudanças na formação. Pressões das mais variadas naturezas fortaleceram a necessidade do ensino médico ocorrer em outros cenários além do hospital-escola e da formação profissional assumir um perfil mais generalista.

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os

pacientes, os recursos disponíveis e as medidas mais eficazes (Feurwerker, 2002, p.1).

A formação de enfermeiros no Brasil

Oficialmente, o ensino de Enfermagem teve início no Brasil a partir de 1890, com a preparação de enfermeiros para trabalhar em hospícios e hospitais civis e militares, como acontecia nas escolas existentes na França. Entretanto, o marco da institucionalização da Enfermagem moderna no país foi a criação, em 1923, da Escola de Enfermeiras D. Ana Néri, no Rio de Janeiro, ligada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Considerada primeira escola de enfermagem no Brasil, seu currículo inspirou o das demais escolas, que seguiam o “padrão” Ana Néri. Por quase 70 anos a Enfermagem teve seu modelo de ensino e assistência baseado no modelo flexneriano (Galleguilhos, Oliveira, 2001).

Na década de 80, a Enfermagem brasileira sofreu influências do cenário nacional, com o movimento da Reforma Sanitária, promulgação da Constituição de 88 e a criação do SUS. Teve início um processo nacional de discussão sobre as mudanças na formação profissional e a elaboração do projeto político para a profissão, que culminou com a construção de um currículo mínimo para a profissão, conforme portaria nº1721 de 15 de dezembro de 1994. Esse estabelecia a formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo, com competência técnico-científica, ético-política, social e educativa. O currículo previa uma articulação das ciências biológicas e humanas, com novos conhecimentos e metodologias, articulando a universidade com os serviços de saúde (Brasil, 1994).

Essas mudanças foram discutidas em diversos fóruns coordenados pela Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, adquiriram relevância e passaram a ser debatidas em âmbito nacional, em diversas instâncias, principalmente nos Congressos Brasileiros de Enfermagem – CBen e nos Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem – SENADEn.

Os movimentos para a mudança na formação de profissionais de saúde foram impulsionados pela promulgação, em 1996, da Lei nº 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). A nova lei conceitua educação como o conjunto dos processos formativos que ocorrem na família, no trabalho, nas instituições de ensino, nos movimentos sociais, nas organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Reforça que a educação escolar deve articular-se com o mundo do trabalho e com as práticas sociais.

A LDB postula que a finalidade da educação superior é favorecer o desenvolvimento cultural, o espírito científico e a reflexão; graduar profissionais nas diferentes áreas de conhecimento para o desenvolvimento da sociedade brasileira e para a sua formação contínua, por meio da pesquisa, do desenvolvimento da ciência, da tecnologia e da difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas nas instituições de ensino superior. Deve ainda favorecer o reconhecimento das necessidades e dos problemas da população, promover a participação da comunidade e promover a extensão do ensino e da assistência (Brasil, 1996).

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Superior (CES) instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação na área de saúde. As DCNs passaram a nortear a formulação dos projetos político-pedagógicos dos cursos, definindo as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que orientam o processo formativo em saúde.

Em colaboração com o Sistema Educacional, o Ministério da Saúde está empenhado na implementação das Diretrizes Curriculares para todos os cursos da área da saúde, apoiando as iniciativas que vêm sendo empreendidas pelas instituições formadoras e pelas comunidades acadêmicas para reorientar a formação em saúde, com base nas Diretrizes Curriculares. As mudanças têm permitido acumular forças e conhecimentos para avançar rumo a uma formação comprometida com os princípios do SUS.

Desde então, instituições de ensino vêm implementando mudanças curriculares, mesmo com uma série de dificuldades e contradições presentes nas atuais políticas de educação. Promover mudanças curriculares não é simples, porém, quando as instituições de ensino logram alinhá-las às Diretrizes Curriculares Nacionais, há um avanço, como a inserção precoce dos estudantes em contato com o mundo do trabalho e adesão a metodologias ativas. O estudante passa a ser sujeito de sua aprendizagem e, em geral, um processo de avaliação mais democrático é adotado. No entanto, outras contradições estruturais, econômicas, políticas afloram, uma vez que o currículo é um campo de disputa e poder.

1.2.2 Os Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA: uma formação contextualizada para o SUS e orientada pelas DCNs

Criada em 1966, a FAMEMA é contemporânea do movimento da Reforma Sanitária e da implantação do SUS, um cenário propício à discussão da formação dos profissionais da saúde. Na própria FAMEMA, essa discussão intensificou-se a partir da década de 80, quando teve início o Programa IDA, financiado pela Fundação Kellogg, em um movimento que posteriormente se transformou na Rede UNIDA (1998), sendo estratégico para atuar com setores que trabalhavam com a formação de profissionais de saúde.

Feuerwerker (2002) postula que mudanças nos processos de ensino e aprendizagem passam necessariamente pela transformação do modelo de atenção em saúde, em todos os níveis de atuação. Considera, entretanto, que no Programa de Integração Docente-Assistencial, assim como em vários Projetos UNI - Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde em união com a comunidade, as mudanças ficaram restritas à Atenção Primária, em ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Na década de 90, a FAMEMA, em parceria com os serviços de saúde, passou a integrar o Projeto UNI, originado de estudos pioneiros sobre

a educação médica realizados nos países da América Latina, o projeto contou com recursos financeiros da Fundação Kellogg que apoiou estudos que permitiram conhecer melhor a situação do ensino de enfermagem, medicina, odontologia e administração dos serviços de saúde na América Latina.

O projeto UNI tinha como premissa a formação de um “novo” profissional de saúde, a partir de modelos inovadores de ensino e assistência, baseados na integração entre ensino e serviço, no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, de base epidemiológica, voltado para a formação de lideranças comunitárias. Tinha como horizonte a construção de um novo paradigma para a formação nas profissões da saúde para o século XXI, indo além do que já tinha sido possível alcançar nas escolas, nos serviços e na comunidade.

Adotava como princípio que a graduação deveria possibilitar o exercício das profissões da área da saúde em todos os níveis de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário), tendo a clareza do profissional a ser formado e de sua competência, a ser buscada na assistência, na pesquisa e no gerenciamento dos serviços de saúde. Ações clínicas, assim como outras, de natureza preventiva e de promoção à saúde, deveriam ser incorporadas às atividades cotidianas dos profissionais de saúde (Fuerwerker, 2002).

A formação não deveria restringir-se ao ensino dos conteúdos das disciplinas, mas se fundamentar na prática realizada em serviços de saúde, por meio de integração docente-assistencial. Para superar os limites do projeto IDA, em que as mudanças ocorreram essencialmente na Atenção Primária e nas disciplinas de Pediatria e Medicina Preventiva, o Projeto UNI recomendava que, ao longo do curso, deveriam ser introduzidas atividades curriculares regulares e obrigatórias, integrando disciplinas básicas e clínicas, ensino e serviço, proporcionando interação de professores e estudantes com os novos ambientes de ensino e aprendizagem, pesquisa e assistência.

Em relação à concepção pedagógica “o estudante aprenderia o que ele próprio faz ou descobre, não o que faz ou ensina o professor” (Fuerwerker, 2002, p.60). A formação estaria voltada para o estudante enquanto sujeito do seu processo de construção do conhecimento. Preconizava a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, em pequenos grupos integrados por estudantes de diferentes cursos, buscando produzir mudanças de atitude e o trabalho em equipe, compartilhado e interdependente.

Na concepção pedagógica do projeto UNI, a avaliação educacional não deveria verificar a memorização de conhecimentos e sim se voltar para a verificação de desempenhos desejados ao longo do curso e a competência profissional a ser atingida, o que exigiria desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores a serem incorporados durante a formação.

O Projeto UNI deveria:

se constituir em um espaço de transformação das práticas de saúde e de mudanças nos perfis epidemiológicos da população da área de desenvolvimento do projeto. Para isso implica processos de distintas naturezas, como políticos, normativos, gerenciais, organizativos e operacionais (Silva, 2000, p. 33).

Após a aprovação do Projeto UNI Marília em 1991, teve início à discussão ampliada da proposta na comunidade acadêmica da FAMEMA e uma série de dificuldades, inclusive operacionais, foram enfrentadas durante a implantação. Progressivamente, entretanto, a FAMEMA

[...] começou a ser reconhecida no movimento nacional por mudanças na educação médica – o que, sem dúvida, reforçou o processo interno [...]. Com o tempo, a FAMEMA conquistou o posto de referência nacional como experiência de mudança na formação dos profissionais de saúde e como exemplo de parceria bem sucedida entre academia e serviços (Fuerwerker, 2002, p. 166 -7).

O acúmulo de conhecimentos gerado pelas diversas atividades promovidas permitiu a elaboração de um novo projeto educacional para a instituição, denominado Projeto FAMEMA 2000. Esse projeto desencadeou

uma reforma curricular significativa nos cursos de Enfermagem e Medicina, com destaque para a introdução de metodologias ativas de ensino.

A partir de avaliações constantes dos programas, foi desenvolvido o Projeto FAMEMA Século XXI. Essa nova proposta, elaborada em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, buscou superar as deficiências identificadas nos projetos anteriores. Foi então submetida ao Programa de Incentivo às mudanças Curriculares nos Cursos de medicina - PROMED, um recurso político e financeiro estratégico para a continuidade do processo, e obteve aprovação.

O PROMED estruturou-se em torno de quatro eixos: orientação teórica, abordagem pedagógica, currículo e cenários de prática. O eixo da orientação teórica dizia respeito à produção de conhecimento baseada no modelo de vigilância à saúde, desenvolvida em parceria com os profissionais de serviço. A abordagem pedagógica estava relacionada a uma concepção de ensino centrado no estudante, orientada para a comunidade e baseada em problemas, com trabalho em pequenos grupos. O currículo integrado e orientado por competência voltava-se para a prática clínica ampliada, em um modelo de vigilância à saúde. Os cenários de prática, por sua vez, diversificavam-se em todas as séries do curso, para propiciar o desenvolvimento da prática profissional, com enfoque na vigilância à saúde, levando em conta o grau de autonomia crescente dos estudantes e a complexidade das ações (Faculdade de Medicina de Marília, 2003).

Com base nessa proposta, em 2003, introduziu-se a Metodologia da Problemática na Unidade de Prática Profissional (UPP) dos cursos de Enfermagem e Medicina e a Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) para as Unidades Sistematizadas na Enfermagem.

A FAMEMA tem contribuído para o projeto nacional de educação e saúde, participando ampla e profundamente das discussões sobre educação médica e de enfermagem, implementando novos currículos em sintonia com as DCNs.

A busca por um novo perfil profissional, compatível com as necessidades do sistema de saúde brasileiro, ocorreu em um contexto

mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde. A Educação tem sido uma grande alavanca para as mudanças e desenvolvimento, tanto das pessoas como das sociedades.

A implementação das DCNs reforçou o processo de construção curricular na FAMEMA, iniciado na década de 80, ampliando os espaços de reflexão coletiva e deliberação sobre os rumos educacionais, políticos e institucionais, expressos na missão institucional. Nela, a FAMEMA expressa seu compromisso como instituição formadora, responsável pela formação de profissionais capazes de desenvolver elevados padrões de excelência no exercício da Enfermagem e Medicina, na geração e disseminação do conhecimento científico e de práticas de prevenção, promoção e intervenção, que expressem efetivo compromisso com a melhoria da saúde e com os direitos das pessoas (Faculdade de Medicina de Marília, 2008b).

As DCNs para o curso de graduação em Enfermagem estabelecem a competência geral e habilidades específicas esperadas ao final da formação inicial. A competência refere-se à atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. As habilidades específicas incluem: competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas (Brasil, 2001 a).

As DCNs para os cursos de Medicina fazem referência a quatro áreas de competência: atenção à saúde de pessoas; atenção à saúde de coletividades; administração e gerenciamento do trabalho em saúde, e educação. Mencionam ainda capacidades essenciais como comunicação, tomada de decisão e liderança, entre outros (Brasil, 2001 b).

Em 2005, inspirado nos resultados alcançados pelo PROMED, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde - SGTES, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior - SESu e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira - INEP, do Ministério da Educação, propôs o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE.

Compartilhando as premissas das políticas governamentais materializadas no PROMED e no PRÓ-SAÚDE, a FAMEMA elaborou seu projeto, no qual reafirmou a compreensão de que o currículo é uma construção social na qual estão presentes contradições e conflitos entre diferentes sujeitos que estabelecem os limites, assim como as possibilidades de avanço na implantação de um novo modelo de formação (Faculdade de Medicina de Marília 2003; Faculdade de Medicina de Marília, 2005a, Faculdade de Medicina de Marília, 2005b).

O desafio assumido de dar respostas às necessidades concretas da população na formação de profissionais de saúde, na produção do conhecimento e na prestação de serviços de saúde, tem como foco o fortalecimento do SUS. Essa iniciativa visa a aproximar a formação no nível de graduação às necessidades da Atenção Básica, ação ainda mais premente face à implantação da Estratégia Saúde da Família (Faculdade de Medicina de Marília, 2005a, Faculdade de Medicina de Marília, 2005b).

Nessa ótica, a formação dos profissionais de saúde, particularmente de médicos e enfermeiros, deve favorecer o desenvolvimento de competências que permitam criar e implementar novas experiências, práticas e saberes que gerem outros processos de mudanças, tanto na academia como nos serviços, e que tenham impacto na qualidade de vida da população.

Para tanto, como apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação de Enfermagem e Medicina, há necessidade de acompanhamento do processo ensino e aprendizagem e de uma avaliação constante e reconstrução permanente dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos.

1.2.3 Construção histórica e processo de reconstrução do projeto político-pedagógico da FAMEMA

As duas últimas décadas na FAMEMA foram marcadas por um movimento intenso de discussão e avaliação das propostas de mudanças

curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Inúmeros eventos de reflexão, sensibilização, debate e proposição contribuíram para o desenvolvimento de uma massa crítica forte e atuante, formada por professores, estudantes e profissionais de saúde envolvidos na formação.

Até 1997, os currículos da FAMEMA seguiam o modelo tradicional, que imperava na maioria dos cursos de Enfermagem e Medicina do país: organizados em disciplinas divididas entre o ciclo básico e profissionalizante. Essa forma de estruturação curricular promovia uma fragmentação nítida entre teoria e prática. O ensino ainda era centrado numa pedagogia de transmissão do conhecimento, na qual o professor dominava o conteúdo, que era repassado ao estudante que, por sua vez, era um mero receptor passivo em todo o processo. Algumas experiências isoladas de mudanças nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva e de Fundamentos de Enfermagem haviam sido tentadas, sem grande sucesso.

Com a reforma curricular, todas as disciplinas e séries dos dois Cursos sofreram alterações de conteúdo, processo e integração entre ciclo básico, clínico e profissionalizante. Passou-se a buscar a inserção precoce do estudante, desde a primeira série, nos serviços de saúde municipais e nas coletividades. Essas mudanças tiveram início nas primeiras séries dos Cursos e, ano a ano, foram sendo implementadas novas alterações. Foi necessário conviver por muito tempo com currículos diferentes e a coexistência de dois paradigmas pedagógicos foi especialmente difícil.

Todo o planejamento curricular era coordenado por um grupo gestor que, de início, foi formado por representantes da diretoria geral e acadêmica, coordenadores de cursos, séries, unidades de avaliação e de educação permanente.

À medida que a implantação da proposta curricular progredia, ficava evidente a diversidade de concepções de ser humano, processo saúde-doença, prática médica e de enfermagem, modelos pedagógicos e de atenção à saúde. Foi necessário contar com auxílio de assessores de diversas áreas profissionais para dar sustentação aos professores que,

engajados em um movimento de reflexão sobre sua prática pedagógica, foram reconstruindo o projeto institucional, a partir de seu próprio projeto histórico.

O projeto político-pedagógico institucional revela as intenções que cada instituição escolar tem no processo de formação dos profissionais, pois contém a opção ético-político-pedagógica, o referencial filosófico adotado, assim como a finalidade da formação para determinada sociedade, o perfil profissional a ser formado, os objetivos educacionais, a organização dos conteúdos e o processo de avaliação, a partir de acordos coletivos (Chirelli, 2002).

O projeto da FAMEMA tem como princípio o estudante como sujeito da aprendizagem e o professor como facilitador e mediador desse processo. A aprendizagem é orientada por um princípio metodológico traduzido pela ação-reflexão-ação, por meio de estratégias didáticas voltadas à resolução de situações-problema. O referencial pedagógico está orientado para promover a articulação do ensino com os serviços de saúde e a comunidade, numa perspectiva de transformação dos sistemas de saúde e de educação, repercutindo na formação dos profissionais de saúde.

Com base nessas premissas, os professores da FAMEMA construíram para os seus cursos o perfil do enfermeiro e do médico a serem formados, considerando as características que embasam o exercício profissional e o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes para atuar com competência. O perfil que orienta a enfermeiro foi assim descrito:

- trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- prestar cuidados de enfermagem;
- ter visão crítica da realidade social;
- pautar-se por uma ética profissional;
- gerenciar a assistência de enfermagem e os serviços de saúde;
- buscar sua constante capacitação e atualização;
- realizar pesquisas em enfermagem (Faculdade de Medicina de Marília, 2008a, pg17).

A formação do médico, por sua vez, é orientada para o seguinte perfil:

- prestar atenção aos pacientes;
- compreender a saúde individual inserida em um contexto socioeconômico de uma determinada população;
- desenvolver habilidades técnicas para o gerenciamento dos problemas de saúde dos pacientes e da população;

ser capaz de comportamento profissional ético e humanístico;
desenvolver a capacidade de trabalhar em equipe e atuar para a
melhoria de saúde da população;
desenvolver prática baseada em evidência (Komatsu et al., 2003).

Tais perfis envolvem a formação de profissionais críticos, reflexivos, com competência técnica e política para atuar significativamente e transformar a realidade social. Para alcançá-los, instituição, professores e estudantes tiveram de modificar sua forma de agir no processo de formação, considerando suas experiências prévias com todo o processo. Segundo Chirelli (2002, p.14),

[...] o estudante terá que construir uma nova postura frente a sua formação, bem como para a própria instituição formadora, que terá que construir novas parcerias em um ensino contextualizado, além de rever sua estrutura organizacional para atender a um ensino mais flexível.

O Curso de Graduação em Enfermagem da FAMEMA

Em 1998, o Curso de Enfermagem da FAMEMA deu início à mudança da concepção pedagógica e das metodologias do processo de ensino e aprendizagem, em cumprimento à missão institucional, qual seja, a formação de um profissional crítico e reflexivo, comprometido socialmente, inserido no mundo do trabalho e de acordo com as DCNs para os cursos de graduação em Enfermagem (Brasil, 2001a).

A opção recaiu em currículo integrado, orientado por competência, para desenvolver um ensino contextualizado e proporcionar aos estudantes uma aprendizagem significativa. Nessa perspectiva, o ensino volta-se para a formação global do ser humano, que ocorre à medida que os educadores estabelecem relações entre o conhecimento e a realidade concreta da ação profissional do enfermeiro. A formação é entendida como um processo em que o estudante é ativo, criativo, crítico e construtor do seu conhecimento a partir da reflexão sobre a prática.

A proposta pedagógica pauta-se na Pedagogia Crítica, com a utilização de metodologias ativas de aprendizagem: a Metodologia da Problemática e a ABP. Ao longo de quatro séries, propõe-se a

desenvolver competências nas seguintes áreas: cuidado à saúde, individual e coletiva; gestão do cuidado em saúde e da investigação científica.

O processo de formação é desenvolvido por meio de Unidades de Prática Profissional (UPP) em que os estudantes são inseridos nos campos práticos de atuação (cenários reais): Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidades Hospitalares (UH).

Nas UPPs da 1ª e 2ª séries ocorre a integração dos cursos de Enfermagem e Medicina. Os estudantes são organizados em grupos de 12 (quatro do Curso de Enfermagem e oito do Curso de Medicina) e são acompanhados por um médico e uma enfermeira, que atuam como facilitadores do processo de ensino e aprendizagem que tem como cenário as ESFs da Rede Básica de Saúde.

É importante ressaltar a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na implementação das UPP 1 e 2, uma vez que os médicos e enfermeiras da Rede de Atenção Básicos à Saúde do Município atuam como professores colaboradores.

A UPP3 acontece na Rede Hospitalar, sendo acompanhada por professora-enfermeira da FAMEMA. A UPP4 acontece em ambos os cenários e os estudantes são acompanhados pela professora-enfermeira e por uma enfermeira assistencial da SMS e da Rede Hospitalar. Essa forma de organização do ensino desenvolvido a partir da prática profissional teve início em 2005.

Desempenhos e ações são definidos para cada uma das séries do Curso. A avaliação do desempenho do estudante é considerada uma das atividades mais significativas e norteadoras do processo ensino-aprendizagem.

Trata-se de uma avaliação pautada em critérios, em que um padrão considerado apropriado é utilizado para aferir o desempenho de cada estudante ao longo do curso, de modo a permitir a reorientação da aprendizagem daqueles cujo desempenho não seja considerado satisfatório (anexos 1, 2, 3 e 4).

Espera-se que esses desempenhos, por meio das ações propostas, sejam atingidos num grau crescente, de acordo a apropriação do estudante nos Cursos de Enfermagem e Medicina (anexos 5 e 6).

O Curso de Graduação em Medicina da FAMEMA

O curso de Medicina da FAMEMA é dinâmico, reflete os referenciais filosóficos, psicológicos e socioculturais que norteiam a construção dos objetivos educacionais, a seleção dos conteúdos a serem estudados e os desempenhos a serem desenvolvidos para garantir a certificação de competência para o exercício profissional (Faculdade de Medicina de Marília, 2006).

O currículo centra-se no estudante, faz uso da Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) nas Unidades Sistematizadas e da Metodologia da Problematização na Unidade de Prática Profissional. O uso destas metodologias de ensino foi uma opção adotada pelo coletivo da instituição por entender a necessidade de ambas no processo de formação.

Desde o início deste processo, o Curso de Medicina da FAMEMA adotou a ABP, realizada em pequenos grupos, de aproximadamente oito estudantes, com um tutor e, em algumas situações, com um co-tutor para cada grupo, seguindo todos os passos do processo tutorial e levantando as necessidades de aprendizagem dos estudantes. Visa à superação do modelo biomédico por meio da inclusão das dimensões psicológica e social na compreensão do processo saúde e doença e na formulação do plano de cuidados individual, coletivo e de gestão.

A aprendizagem centrada no estudante é individualizada, uma vez que, transferindo o foco de atenção do professor para o estudante, potencializa as chances de que ocorra uma aprendizagem significativa.

Foram definidos os desempenhos esperados em graus crescentes de complexidade, desenvolvidos pelos estudantes por meio das tarefas identificadas para cada série e curso.

Para garantir esse processo ensino-aprendizagem, os Cursos estruturaram-se conforme a grade curricular dos cursos de Enfermagem e Medicina (anexo 7).

Em 2002, a FAMEMA graduou a primeira turma de médicos em um currículo centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade. O Grupo de Avaliação Institucional foi incumbido de elaborar um projeto de acompanhamento dos egressos, com o propósito de avaliar se sua atuação profissional estava voltada para as necessidades da população e se o currículo permitiu aproximar a formação do mundo do trabalho, garantindo uma postura ativa, crítica e ética, com seu próprio processo de aprender.

O estudo possibilitou verificar que esses egressos se aproximaram mais do perfil do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, que pauta sua intervenção nos diferentes níveis de atenção à saúde no enfoque individual e coletivo. Porém, ainda a formação do médico tenha sido modificada, com grandes contribuições para a prática assistencial, essa mudança não é suficiente para a efetivação da clínica ampliada nos diversos contextos de prática.

Outro aspecto identificado foi que os usuários são passivos durante o atendimento, esperam por profissionais que os atendam rapidamente, que peçam exames e os mediquem. Os egressos manifestaram a necessidade de investimentos em educação em saúde para os usuários dos serviços. Salientaram, entretanto, que a ação educativa em saúde não deve assumir a feição de um programa verticalizado, centrado na transmissão pura e simplesmente, por meio do ato de depositar, transferir e transmitir valores e conhecimentos, visando à modelagem de formas de pensar, sentir e agir. Deve ser concebida a partir da perspectiva dialógica de Paulo Freire, e o usuário do serviço de saúde deve ser reconhecido como um sujeito portador de saberes que podem ser a base para uma prática emancipatória de ressignificação do processo saúde-doença-cuidado.

Os egressos consideraram ainda que a valorização do saber generalista e humanista durante a graduação contribuiu para a ampliação da

clínica, centrada em um atendimento integral, com vínculo efetivo, dando início a um novo patamar de diálogo, voltado não apenas para a doença, mas para a situação do doente, seu sofrimento e suas condições de existência. Com este estudo, percebeu-se que o processo de formação conseguiu expressar o pretendido pelo coletivo da Instituição (Hafner et al., 2007).

O processo tutorial nas Unidades Educacionais Sistematizadas

A Unidade Educacional Sistematizada (UES) utiliza a ABP, com os estudantes organizados em pequenos grupos, sob a orientação de um tutor de qualquer categoria profissional ou especialidade. As sessões de tutoria acontecem duas vezes por semana e seguem os seguintes passos, segundo, Zanolli (2004), Tsuji, Silva (2004), Faculdade de Medicina de Marília (2008a):

- Apresentação da situação-problema;
- Esclarecimento de termos desconhecidos ou dúvidas em relação à situação-problema;
- Definição e resumo do problema, com identificação de áreas/pontos relevantes;
- Análise do problema utilizando os conhecimentos prévios (tempestade de idéias ou *brain-storm*);
- Desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem e identificação dos recursos de aprendizagem apropriados;
- Busca de informações e estudo individual;
- Compartilhamento da informação obtida e aplicação na compreensão do problema;
- Avaliação do trabalho do grupo e dos seus membros.

O Ciclo Pedagógico da Unidade de Prática Profissional – UPP

Na UPP, o ciclo pedagógico realiza um movimento muito semelhante ao processo tutorial, porém, as bases filosóficas das metodologias ABP e Problemática são distintas. Ambas trabalham intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e aprender, mas na Metodologia da Problemática, a construção do conhecimento parte das vivências e experiências que têm significado na vida do estudante; o processo de aprendizagem se dá por descoberta, os conteúdos vão sendo apreendidos à medida que fazem sentido frente à situação vivenciada, em contraposição aos conteúdos ofertados aos estudantes, em sua forma acabada e como verdade absoluta.

Na problemática o estudante descobre e constrói o seu conhecimento, reorganizando o material, adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia, descobrindo novas relações, conceitos, valores, princípios, atitudes, entre outros que precisa assimilar (Cyrino, Pereira, 2004).

A Metodologia Aprendizagem Baseada em Problema (ABP) foi utilizada pela primeira vez em 1940, na Escola de Medicina de Harvard, e foi adotada pela Universidade de Mc Master, no Canadá, em 1960. Posteriormente, esse modelo expandiu-se pelas escolas de medicina de todo o mundo. Seus princípios fundamentam-se na Escola Ativa, no método científico e no ensino integrado de conteúdos, em ciclos de estudos de diferentes áreas e disciplinas, proporcionando aos estudantes o aprender a aprender e resolver situações pertinentes a sua profissão no processo tutorial (Cyrino, Pereira, 2004).

Com a utilização da problemática na UPP nas primeiras séries de ambos os Cursos, a prática em campo é realizada em Unidades de Saúde da Família (USF). Nas demais, a prática acontece em unidades hospitalares e na Atenção Básica. A situação vivida por um estudante é compartilhada com todos os componentes do grupo. A problemática envolve o conhecimento prévio da situação, identificação das lacunas de conhecimento e a elaboração de questões de aprendizagem. Esse primeiro movimento é considerado uma síntese provisória. Em seguida, os

estudantes recorrem a diversas fontes para responder às questões de aprendizagem e suprir as lacunas de conhecimento reconhecidas no movimento anterior.

Em um novo momento de síntese, os estudantes reestruturam o conhecimento anterior, dando respostas fundamentadas em diversas fontes às questões levantadas pelo grupo. Para encerrar o ciclo pedagógico, é realizada uma avaliação que envolve auto-avaliação, avaliação dos pares, dos facilitadores e do próprio processo.

Esse percurso é registrado pelos estudantes em seu *portfólio* individual, narrativo e reflexivo. O registro permite ao estudante acompanhar a construção de seu próprio conhecimento num processo contínuo. As narrativas são registradas seguindo os momentos do processo de ensino-aprendizagem.

O Laboratório de Prática Profissional

O Laboratório de Prática Profissional (LPP) é um espaço utilizado pelos estudantes para a sistematização da aprendizagem. As atividades práticas são previamente estruturadas pelos professores na forma de situações planejadas, muito próximas das vivenciadas pelos estudantes no cenário real da rede de Atenção Básica e Hospitalar. Nessas situações, são utilizados atores, contratados para representar pacientes, para que o estudante possa construir suas capacidades em situações simuladas que permitam a ocorrência de erros inerentes ao processo de aprendizagem.

O LPP também é utilizado para a avaliação, reproduzindo situações a partir dos desempenhos esperados, desenvolvidos nas UPP e explorados nas UES. As atividades do LPP são realizadas em dois momentos. No primeiro encontro, o estudante realiza atendimento do paciente simulado com a observação de professores de semiologia, comunicação e o professor da UPP. Os professores anotam os desempenhos que requerem maior atenção (momento avaliação) e os estudantes constroem questões de aprendizagem para serem trabalhadas

no encontro subsequente (momento apoio) e são realizadas avaliações: auto-avaliação, avaliação dos pares e avaliação do processo.

As situações simuladas são realizadas no LPP no decorrer do ano. Ao término do ano letivo, estudantes de todas as séries passam por momento formal de avaliação denominado Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

Em todas as séries dos cursos, com exceção da quinta série de medicina, a avaliação no EAPP tem caráter exclusivamente formativo, sendo o somativo somente seu comparecimento na atividade. Na terceira série de enfermagem e quarta série de medicina o caráter é formativo e somativo, o que define sua progressão para a série seguinte (Faculdade de Medicina de Marília, 2006).

O EAPP constitui uma atividade recente para os cursos de Enfermagem e Medicina pelo seu caráter formativo e somativo, com verificações de processo contínuos e sistemáticos, de tal forma que o desenvolvimento individual possa ser monitorado e o planejamento e programação de atividades educativas adaptados às suas necessidades. O estudante tem autonomia e domínio crescentes nas séries e, dentro dessas, cabe ao professor ser o mediador e estimulador da construção e do crescimento pessoal e profissional dos estudantes.

As origens do EAPP, entretanto, remontam a 1997, quando foi realizada a primeira reforma curricular no Curso de Graduação em Medicina da FAMEMA. Passou-se a utilizar um método de avaliação de habilidades com pacientes simulados, o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), inicialmente na sua versão reduzida (Mini-OSCE) e, posteriormente, na versão completa. Ambos continuam sendo bastante utilizados em diversos países, assim como o *Clinical Performance Examination* (CPE) (Troncon, 1996; Howley, 2004).

O Mini-OSCE consiste de várias estações breves, de 5 a 10 minutos, nas quais o estudante realiza ações bem específicas como, por exemplo, exame clínico, leitura e interpretação de exames complementares. Por ser reduzido, avalia o desempenho de maneira limitada. Na versão

completa, as estações são mais longas, com duração de 15 a 50 minutos, e o estudante tem oportunidade de interagir com o paciente simulado em condições mais próximas da realidade da prática, numa abordagem integral do caso. Com isso, são preenchidos os requisitos de validade, ao mesmo tempo em que se mantém a fidedignidade, garantida pela padronização dos casos e pela objetividade da estruturação dos protocolos de observação e atuação dos examinadores. Medir habilidades cognitivas complexas requer basear-se em habilidades de alto nível de aplicação, análise e síntese. Os escores obtidos desta modalidade devem ser indicadores de competência, confiáveis e válidos.

A principal desvantagem desta modalidade de avaliação refere-se à questão operacional. Aspectos como a duração das estações, o número necessário para garantir a reprodutibilidade dos resultados e a capacidade de generalização, em torno de 15 a 18, acabam por dificultar sua implementação. Ademais, a aprendizagem não é construída a partir da realidade e o processo pode tornar-se fragmentado e pouco reflexivo.

O Programa de Pacientes Simulados ou Padronizados surgiu pela primeira vez na Faculdade de Medicina da Universidade de MacMaster no Canadá, em 1969, coordenado pelo Dr. H. Barrows, e tem sido implantado em vários países. Sua utilização pode ser observada nos Estados Unidos e Canadá, em alguns países da Europa e, mais recentemente, na América Latina. Na Holanda, a escola médica de Maastricht, há mais de duas décadas utiliza as simulações no ensino de habilidades de comunicação e do exame clínico, como um importante instrumento no processo ensino-aprendizagem (Wind et al., 2004).

De acordo com Troncon, no caso específico do estudante de medicina, a avaliação reveste-se de importância especial, visto que deve contemplar não só o conhecimento adquirido, mas também habilidades específicas e elementos de ordem afetiva, como as atitudes frente a inúmeros aspectos da prática profissional (Troncon, 1996).

O reconhecimento progressivo da importância da avaliação tem propiciado um grande desenvolvimento da área de avaliação de

competência dentro do campo da educação na saúde, assim como de construção da competência clínica, coletiva e de gestão e a vivência de uma prática reflexiva. Esta evolução tem resultado em uma diversidade de conceitos e métodos aplicáveis às situações específicas na avaliação do estudante, bem como no aumento da complexidade e da dificuldade inerente à área.

Para Troncon (1996), a avaliação do estudante de Medicina é um processo de coleta de informações, realizado por meio de atividades sistemáticas e formais, que permitem saber o que o estudante conhece, sabe fazer e, efetivamente, faz de modo adequado, de maneira que se possa interferir no processo educacional, corrigindo distorções e reforçando aspectos positivos.

A avaliação da competência clínica, centrada no paciente e orientada ao estudante, é ainda mais complexa. Tradicionalmente, os métodos de avaliação clínica consistiram essencialmente em observação pelo professor, exames orais e testes de múltipla escolha. A sobrecarga de trabalho do professor, os descontentamentos com os métodos tradicionais de avaliação de habilidades clínicas e o desenvolvimento nos campos da psicologia e educação levaram a novas modalidades, denominadas avaliação de desempenho (Howley, 2004).

A avaliação com pacientes simulados é uma modalidade não tradicional de avaliação de desempenho. Nela, pessoas são treinadas para retratar, de forma cuidadosa, características históricas e emocionais, assim como as condições físicas de um caso real, em diferentes contextos, hospitalar, ambulatorial ou residencial (Mazzoni, Mores, 2006).

Tal recurso educacional permite simular situações e casos com os quais todos os estudantes podem entrar em contato. Muitas vezes, no cenário hospitalar, por exemplo, o paciente mostra-se relutante em responder questões repetitivas e ser examinado por vários estudantes. O mesmo não acontece com o paciente simulado que, assumindo esse papel profissionalmente, dispõe-se a repetir a situação quantas vezes se fizerem necessárias. Além disso, os professores podem escolher situações que

considerem importantes para a formação e que nem sempre os estudantes podem ou têm a oportunidade de vivenciar nos serviços de saúde.

Os currículos que adotam a métodos de aprendizagem em que acontecem interações, como no caso o uso de situações simuladas, parecem ter melhor resultados que os tradicionais. Outro aspecto a considerar é a grande aceitação do estudante da presença de atores simulando o papel de pacientes e que têm, inclusive, a possibilidade de participar da avaliação do estudante. Quanto a este, tem a oportunidade de refazer a situação, colaborando para enriquecer o processo de ensino-aprendizagem (Varga et al., 2009).

Os pacientes simulados também podem ser instruídos a preencher protocolos de observação, registrando e classificando o desempenho dos estudantes em graus de proficiência. Dessa maneira pode desempenhar simultaneamente os papéis de objeto da avaliação e de avaliador.

O emprego de pacientes simulados demanda, entretanto, esforço considerável e envolve custo elevado, pertinente ao treinamento e à remuneração desses atores contratados. Por outro lado, quando bem capacitados para a simulação e a avaliação, a presença do examinador na sala torna-se dispensável, minimizando desta maneira as influências limitadoras da presença do mesmo.

O Exercício de Avaliação da Prática Profissional compreende a avaliação do desempenho dos estudantes nas seguintes ações: entrevista e exame clínico, formulação do problema e elaboração e execução do plano de cuidados. Situações simuladas que tem como foco o coletivo e a gestão são propostas para a 4ª série dos Cursos de Enfermagem e Medicina. O estudante dispõe de 60 minutos para realizar as ações propostas e outros 10 minutos para a avaliação, ou seja, a auto-avaliação do estudante e a devolutiva do avaliador. As 3ª e 4ª séries do Curso de Enfermagem, no decorrer do ano desenvolvem no LPP os ciclos pedagógicos, com situações provenientes da realidade dos estudantes das ESF e das Unidades Hospitalares. A realização desses ciclos proporciona a reflexão da prática

profissional com possibilidades de intervenções e transformações. Essas situações são cobradas ao final do ano em forma de EAPP.

Para que este tipo de avaliação se tornasse factível, houve grande empenho e investimento institucional na capacitação dos professores e no Programa de Pacientes Simulados (Mazzoni; Moraes, 2006).

A avaliação no EAPP tem um espaço privilegiado no projeto político-pedagógico dos cursos, ou seja, de reconstrução da prática profissional, em que se faz presente a criatividade, a sensibilidade e a disponibilidade dos estudantes e dos professores para buscar a formação de sujeitos que possam intervir numa dada realidade com possibilidades de transformação.

Entretanto, os estudantes necessitam estar em contextos reais de prática profissional para: a) exercitar a iniciativa; b) realizar análises para identificar, planejar e propor soluções a problemas; c) investir no trabalho em equipe, abarcando a integralidade do cuidado na lógica da vigilância à saúde.

A inserção responsável e comprometida de estudantes e professores nos cenários reais, desde a primeira série dos cursos, visando à integração teórico-prática e ensino-serviço, é o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer e conhecer em saúde.

A Avaliação nos Cursos de Medicina e Enfermagem

A avaliação é um ato dinâmico, de natureza processual, que deve favorecer o processo ensino-aprendizagem. Na avaliação participativa, professor e estudante comprometem-se com a construção do conhecimento e com a formação de um profissional competente (Faculdade de Medicina de Marília, 2006).

Nesse caso, a avaliação deve ser um processo de interação negociada e responsiva entre o professor e o estudante. “Ela se situa e se

desenvolve a partir de preocupações, proposições ou controvérsias em relação ao objeto da avaliação, seja de um programa, projeto, curso ou outro foco de atenção” (Penna Firme, 1994, p. 111). Os sujeitos estão, pois, inseridos numa dada situação, num contexto, que interfere na elaboração da aprendizagem e cada um, professor e estudante, necessita refletir acerca de sua prática cotidiana para reconstruir o processo de conhecimento (Braccialli et al., 2008).

Tradicionalmente, a avaliação escolar sempre foi “mal vista” pelos estudantes, como um momento de grande estresse, porque sua finalidade era apenas classificá-los, atribuindo-lhe notas ou conceitos. Na perspectiva de um currículo integrado, orientado por competência, a avaliação ocupa um espaço onde as contradições devem ser explicitadas, proporcionando uma reflexão sistemática sobre a formação e a prática profissional.

Os Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da FAMEMA estão estruturados por séries, áreas de competência, desempenhos e ações a serem realizadas. Em todos os cenários de ensino-aprendizagem e em todas as séries, as avaliações diagnóstica, formativa e somativa estão presentes e os critérios de progressão, recuperação e reprovação constam do Manual de Avaliação e do Manual do Estudante (Faculdade de Medicina de Marília, 2006).

O referencial adotado é o de competência profissional. A avaliação da competência é inferida por meio da observação dos desempenhos em cada ação proposta, nas diferentes áreas de atuação: vigilância à saúde individual e coletiva, gestão e organização do processo de trabalho e investigação científica.

A avaliação do rendimento escolar é realizada mediante atribuição dos conceitos Satisfatório e Insatisfatório, conforme o Artigo 113 do Capítulo V do Regimento da FAMEMA (Faculdade de Medicina de Marília, 1999). O estudante deve obter conceito satisfatório em todas as avaliações estabelecidas na respectiva série, tendo a oportunidade de recuperação, se necessário.

Durante todo o ano letivo, são criadas oportunidades para melhoria de desempenhos insatisfatórios, conforme as necessidades e as dificuldades identificadas. O plano de intervenção, com orientação individualizada, é supervisionado por um professor.

A avaliação do estudante é baseada em critérios previamente definidos. Isso significa que um padrão, considerado apropriado, é utilizado para comparação dos desempenhos de cada estudante ao longo do curso. A avaliação critério-referenciada permite que o estudante conheça o desempenho considerado satisfatório, orientando sua aprendizagem.

A avaliação dos estudantes nas Unidades Educacionais segue as diretrizes descritas no Manual de Avaliação dos Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA, que focaliza o desenvolvimento dos atributos cognitivo, psicomotor (habilidades) e afetivo (atitudes) dos estudantes.

Avaliações de desempenho em situações reais do mundo do trabalho ou simuladas permitem avaliar a capacidade do estudante de combinar atributos na realização de ações. Esse tipo de avaliação tem alto grau de realismo e permite fazer inferências sobre a competência futura do estudante no exercício profissional (Faculdade de Medicina de Marília, 2006).

Há vários instrumentos padronizados de avaliação, utilizados nas diferentes séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA, conforme quadros a seguir:

Quadro 1 - Formatos utilizados para a avaliação do desempenho do estudante

Número	Título do formato	Responsável pelo preenchimento
F1	Avaliação Final do processo ensino-aprendizagem do estudante nas Unidades Educacionais Sistematizadas UES(s) e Unidade de Prática Profissional (UPP)/Laboratório de Prática Profissional (LPP)	Coordenador da série
F2	Formato de Prescrição e Recuperação do processo ensino-aprendizagem do estudante nas (os) UES UPP/LPP, Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC)/Recuperação do Exercício de Avaliação Cognitiva (REAC), Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) e Exercício de Avaliação Baseado em Problemas (EABP)	Professor
F3	Avaliação do processo ensino-aprendizagem do estudante: UES, UPP/LPP, Eletivo e Investigação Científica/Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)	Professor

Fonte: Manual de Avaliação, 2006

Os formatos F1, F2, F3 são utilizados para o registro da avaliação do desempenho do estudante no processo ensino-aprendizagem. O F3 contribui significativamente para avaliação do desempenho do estudante, ajudando-o a firmar o conceito de competência. Além desses, o estudante faz registros no formato de avaliação do professor (F4). Estudantes e professores também avaliam as unidades educacionais (F5).

Quadro 2 - Instrumentos utilizados para a avaliação do estudante

Título do instrumento	Responsável(is) pela construção
EAC - Exercício de Avaliação Cognitiva	Equipe de Construção da UES
EAPP - Exercício de Avaliação da Prática Profissional	Equipe de Construção da UPP
Investigação Científica/TCC	Estudante e Professor
EABP - Exercício de Avaliação Baseado em Problemas	Equipe de Construção da UES
EAPS - Exercício de Avaliação de Planejamento em Saúde	Equipe de Construção da UPP
TP - Teste de Progresso	Comitê de Avaliação do Estudante 1
Portfólio reflexivo	Estudante e Professor

Fonte: Manual de Avaliação, 2006

Em todas as séries dos Cursos de Enfermagem, a avaliação do desempenho do estudante é realizada ao longo do semestre/ano (F3). A padronização dos instrumentos proporciona uma avaliação mais equilibrada e eficiente, sem tantas distorções, e permite constatar a diversidade na utilização dos instrumentos que avaliam o desempenho do estudante na Unidade de Prática Profissional, nas Unidades Educacionais, nos EAPPs e nos diversos momentos das séries (anexo 8 e 9).

Embora não tenha caráter punitivo ou classificatório, a avaliação que se propõe no currículo na FAMEMA não deixa de ser um momento bastante difícil do trabalho professor, pois deve ser capaz de fazer um “diagnóstico” da condição do estudante, com vistas a definir o melhor caminho que o leve a desenvolver suas potencialidades e habilidades para se tornar um profissional de acordo com a proposta curricular de ambos os cursos.

A avaliação também está ligada à formação de valores, pois pode ser um momento de acolhimento, abertura, escuta e tolerância, entre outros. O presente estudo buscará verificar o vai tentar como é realizada a avaliação no EAPP, sua congruência com as premissas do currículo orientado por competência, a eficácia dos formatos avaliativos e sua coerência com o projeto pedagógico da Instituição.

REFERENCIAL TEÓRICO

João Pessoa – Pb, 2009

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Avaliação é uma palavra do cotidiano, mas também um conceito formal, muito utilizado nas escolas por estudantes, professores, com múltiplos sentidos. O primeiro registro que se tem do seu uso data de 1553 (Houaiss). Etimologicamente, procede do latim *valere*, que significa dar valor ou valorar, atribuir valor. Avaliar é um ato estreitamente ligado a escolher e optar (Dias Sobrinho, 2003).

Avaliação é produção de sentidos, prática social, portanto, intersubjetiva, relacional, aberta, polissêmica e carregada de valores, que põe em questão os significados dos fenômenos. Deve articular em um processo global e compreensivo os diversos aspectos constitutivos da educação, como os sentidos e valores da cognição, da autonomia moral, da vida social e pública e do conhecimento, que desenvolve a sociedade e eleva o espírito humano. Deve construir os campos sociais de discussão e valoração a respeito dos processos, contextos, produtos, objetivos, procedimentos, estruturas, causalidades, metas de superação, condições de produção das atividades educativas, sentidos e impactos na formação dos cidadãos e na construção da sociedade democrática (Dias Sobrinho, 2008, p. 193-4).

Dias Sobrinho considera que a avaliação não pode restringir-se a instrumentos estáticos e explicações não apropriadas ao contexto presente, nem mesmo ser considerado instrumento de medidas “do já feito”. O autor considera avaliação como um processo dinâmico de comunicação, em que avaliadores e avaliados se constroem em conjunto. Assim, deve ser um “patrimônio público a ser apropriado e exercido como instrumento de consolidação da educação como bem público”; uma prática ética visando à responsabilidade social em prol da educação, com cientificidade, em “processos de produção de conhecimentos e de formação de sujeitos com autonomia epistêmica, moral, social e política” (Dias Sobrinho, 2008, p. 193-4).

Para Freitas (2002a) a avaliação é um campo complexo, pluri-referencial, polissêmico e heterogêneo. Constitui um campo de disputas de

disciplinas, valores, práticas sociais e variados lugares acadêmicos, políticos e sociais.

2.1 A avaliação educacional: possibilidades e limites

A avaliação é um fenômeno social complexo, resultado das múltiplas articulações estabelecidas no processo de produção da vida material e que se modifica à medida que as sociedades se transformam. Nas últimas décadas, a avaliação ganhou destaque como um instrumento de poder ligado a todos os domínios sociais, principalmente à estruturação e gestão dos setores educacionais.

A avaliação educacional permite a reflexão sobre determinantes sociais da aprendizagem e exerce papel fundamental na escola, no currículo e em seus programas. Possibilita monitorar o processo de ensino e aprendizagem e analisar suas causas e consequências, o que contribui para a tomada de decisões no campo da educação.

A história evidencia que a avaliação já era realizada há mais de dois mil anos na China, em exames de seleção para ingresso em serviços públicos. Na Grécia antiga, candidatos a serviços públicos também eram submetidos à avaliação de suas aptidões morais (Dias Sobrinho, 2003).

A indústria apropriou-se dos instrumentos de avaliação existentes para apreciar os resultados das ações de formação ou capacitação, selecionar e classificar seus trabalhadores e para obter informações úteis à racionalização da gestão.

Da indústria, os mecanismos utilizados para seleção, regulação e hierarquização foram adaptados para a educação e a avaliação assumiu caráter de prática pedagógica e importante campo de estudo. Dias Sobrinho considera que “tão arraigados estão os conceitos de seleção, medida e classificação nos processos avaliativos que, por

vezes, quase chegam a definir a própria avaliação” (Dias Sobrinho, 2003, p. 15).

Embora utilizada como medida de classificação desde o século XIX, é a partir da segunda metade do século XX que a avaliação adquire maior complexidade. Guba e Lincoln, citados por Penna Firme (1994), identificam quatro gerações na evolução conceitual da avaliação. Já outros, como Stufflebeam e Shinkfield, citados por Dias Sobrinho (2003), identificam cinco.

A primeira geração corresponde aos últimos anos do século XIX, e às primeiras décadas do século XX, período marcado pela aplicação de testes de avaliação, conhecido como período pré-Tyler. Inspirado na visão positivista, o conceito de avaliação equivalia ao de medida. Embora a Psicologia já fizesse distinção entre esses dois conceitos, ambos eram utilizados como equivalentes na Educação e pouco explorados nos programas escolares e nos currículos, considerados estritamente técnicos. Media-se o rendimento dos estudantes por meio de procedimentos tradicionais, como testes, provas e exames, restritos ao campo da avaliação da aprendizagem.

No segundo período, entre os anos 30 e 40, Ralph Tyler formulou uma nova concepção de avaliação embasada nos objetivos educacionais que representou um marco na história da avaliação educativa. Por essa razão, Tyler é considerado o pai da avaliação.

A proposta de avaliação de Tyler, de 1942, parte do princípio de que é possível gerar ou mudar comportamentos. Como consequência, o currículo escolar deve ser construído com base na especificação de habilidades desejáveis para os estudantes, expressas em objetivos a serem alcançados.

Na concepção de Tyler, a avaliação verifica a concretização dos objetivos propostos, assim como a congruência entre resultados e objetivos. Continua estritamente técnica, já que o papel do avaliador é o de descrever padrões e critérios dos rendimentos dos estudantes.

Os resultados da aprendizagem são avaliados em termos de comportamentos que os estudantes devem demonstrar ao final do processo. Tyler teve forte influência na educação norte americana e, posteriormente, na brasileira.

A formulação tyleriana de avaliação adquire maior relevância com a taxonomia de objetivos educacionais proposta por Bloom, como parte da avaliação tecnológica que visa a verificar e medir os resultados alcançados, tendo em vista metas e objetivos definidos.

Stufflebeam e Shinkfield identificam uma terceira geração conceitual, entre 1946 e 57, a que denominaram “Era da Inocência”, caracterizada pelo descrédito na avaliação e na educação (Dias Sobrinho, 2003).

O quarto período, que tem início ao final da década de 1950, recebeu a nomeação de realismo. Surgiu em decorrência das falhas identificadas nas formulações anteriores e das políticas sociais vigentes a partir do governo Kennedy, que consolidou a avaliação como obrigatória nos programas federais de educação. A principal proposta de avaliação era elaborar programas que pudessem ser enunciados, medidos e avaliados em termos do custo/benefício (Dias Sobrinho, 2003, p.22). O objetivo da avaliação não se restringia somente ao estudante, mas se estendia aos professores, às escolas, aos conteúdos, às metodologias, às estratégias de ensino, entre outros.

Ao longo das décadas de 1960 e 70, críticas aos processos convencionais de avaliação foram formuladas por diferentes autores, como Cronbach, Scriven, Tyler, Stufflebeam, Stake, entre outros (Vianna, 2000).

Cronbach (1963) considerava a avaliação educacional um processo de coleta e uso de informações para fundamentar a tomada de três tipos de decisão:

determinar se os métodos de ensino e o material instrucional utilizados no desenvolvimento de um programa são realmente eficientes;

identificar as necessidades dos estudantes, para possibilitar o planejamento da instrução; julgar o mérito dos estudantes, para fins de seleção e agrupamento; fazer com que o estudante conheça seu progresso e suas deficiências; julgar a eficiência do sistema de ensino e dos professores (Vianna, 2000, p.68).

O autor afirmava que o avaliador não é livre para propor questões a serem respondidas pelo processo avaliativo, pois considerava que as questões/problemas são decorrentes das incertezas dos que constituem a comunidade pela tomada de decisões e a implementação de ações (Vianna, 2000).

Já Scriven, em 1967, considerava que a avaliação tem seus múltiplos papéis, mas um único objetivo: determinar o valor e o mérito do que está sendo avaliado. Postulava a existência de três tipos de avaliação: a **somativa**, resultado de um programa com elementos para julgar a importância, o valor e o mérito do estudante; a **formativa**, que deve ocorrer ao longo de todo o processo de formação, permitindo corrigir seu curso, caso necessário; e a **diagnóstica**, que subsidia as avaliações formativa e somativa, que buscam identificar diferenças e semelhanças entre os diversos aspectos do currículo, podendo ser aplicada tanto por avaliadores externos como internos, em qualquer momento do desenvolvimento curricular ou do programa (Lima, 2000).

Scriven explicitou uma visão de avaliação cujo valor decorre não do que é encontrado, mas do que se constrói sobre o encontrado, incorporado *a priori* às estruturas conceituais do avaliador (Ristoff, 2003, p. 25).

Com Scriven e Cronbach, a avaliação ganhou visibilidade para além das salas de aula e das instituições educacionais. Passou a ser uma das atividades mais significativas e norteadoras do processo ensino-aprendizagem. O paradigma de mudança de comportamentos foi substituído pelo da construção de significados. Esse é o período da profissionalização da avaliação, em que surge a meta-avaliação, ou seja, a avaliação da avaliação.

Stake, outro autor norte-americano, em 1967, retomou a idéia de que avaliar é descobrir o valor e a natureza do objeto. Suas críticas ao modelo de Tyler diziam respeito à tecnificação da avaliação e limitando-se aos objetivos e resultados desejados, sem levar em conta fatores externos e internos à escola que interferem ou até mesmo determinam o desenvolvimento curricular.

Stake destacou-se pelos modelos e pelo planejamento das avaliações. É considerado um naturalista por estudar os fenômenos no seu contexto real, sem artificializá-los, procurando destacar sua complexidade. O autor fazia distinção entre a avaliação quantitativa e a qualitativa. Demonstrando suas diferenças na pesquisa e na avaliação, discriminava a questão do formal (objetiva) e do informal (subjetiva). Para ele, a avaliação quantitativa caracteriza-se por dados extraídos de um maior número de casos sobre um pequeno número de variáveis; já a qualitativa, por dados obtidos de um pequeno número de casos sobre um grande número de variáveis.

Stake reafirma a idéia de que avaliar é descobrir o valor e a natureza de um objeto e que “méritos, deméritos e valores são sempre encontrados nos objetos e não são nunca uma imposição do observador – um objetivismo frequentemente questionado nos tempos pós-modernos” (Ristoff, 2003, p.23) .

Essa concepção de avaliação predomina na literatura e isso talvez se deva a um esforço conjunto de várias universidades americanas na década de 80 e a uma definição que contempla alguns dos elementos essenciais do efetivo trabalho avaliativo como o caráter investigativo, a natureza sistemática e o reconhecimento de que todos os objetivos têm valor intrínseco e de mercado.

Stufflebeam, em 1968, definiu a avaliação como um processo contínuo, que possibilita esboçar questões a serem respondidas, obter informações relevantes para responder às questões propostas e que proporciona elementos para tomada de decisões. A principal contribuição de Stufflebeam para a área da avaliação foi um modelo conhecido como CIPP

(contexto, insumo, processo e produto) para orientar a tomada de decisão em educação, envolvendo decisões de planejamento para determinar os objetivos; decisões estruturais para planejar os procedimentos e alcançar os objetivos; decisões de implementação para examinar e reformular os procedimentos e decisões de reciclagem para julgar e tomar posição em relação aos resultados alcançados (Vianna, 2000).

Stuflebeam considerava a avaliação formativa uma maneira de interferir no processo ensino-aprendizagem para produzir determinados resultados, enquanto a somativa era mais uma prestação de contas, responsabilidade de todos os envolvidos (Ristoff, 2003).

Na década de 1970, ampliaram-se os sentidos da avaliação, que passou a se referir não apenas ao desempenho dos estudantes, mas ao trabalho do professor e das escolas, e também a conteúdos, metodologias e estratégias de ensino. As pesquisas sobre avaliação também se diversificaram e, além do referencial positivista e quantitativo, foram desenvolvidas outros enfoques: o naturalista, o fenomenológico e o qualitativo. Nesse momento, os objetivos deixam de ser o foco da avaliação, que se voltou para a tomada de decisão. “A avaliação se torna ela mesma parte essencial do processo ensino e aprendizagem” (Dias Sobrinho, 2003, p.25).

O aumento da complexidade do campo da avaliação e a compreensão do seu papel político, social e ético contribuíram para a incorporação da subjetividade e para sua progressiva democratização.

Na década de 90, a avaliação passou a incluir a negociação como um de seus valores centrais e a ser vista como um processo interativo, dialético, responsivo-construtivista (Penna Firme, 1994; Dias Sobrinho, 2003).

A negociação é considerada por Dias Sobrinho (2003), o quinto período conceitual da avaliação, cuja característica fundamental é a postura democrática, com uso de instrumentos e metodologias adaptadas para as áreas de humanas e sociais.

Os quatro primeiros períodos estavam orientados por uma visão positivista de avaliação e havia grande assimetria de poder entre educador e educando. As avaliações, em sua maioria, estavam voltadas para o conteúdo a ser apreendido. Já o quinto período aproxima-se mais de uma matriz construtivista e a avaliação passa a ser vista como um processo repleto de intersubjetividade, de caráter predominantemente formativo, no qual o professor atua como mediador, porque conhece os significados e as interpretações das aprendizagens, sendo, portanto, o mais apto a avaliar.

Com essa mudança paradigmática, também há uma mudança de perspectiva na aprendizagem, cuja finalidade deixa de ser a alteração de comportamentos, para se voltar para a construção de significados. “O currículo passa a ser concebido por uma importante corrente como um projeto pedagógico e como tal incorpora as dimensões mais amplas e dinâmicas do processo educativo” (Dias Sobrinho, 2003, p.28).

A avaliação passa a utilizar uma pluralidade de métodos, orientada por duas correntes, uma mais rígida, centrada na visão positivista, com características de valoração e controle, e outra, mais branda, embasada na visão naturalista, que enfatiza o sentido educativo da avaliação, cuja finalidade principal passa a ser tomada com informações relevantes acerca de todo o processo pedagógico, para garantir a aprendizagem do estudante. Redireciona uma aprendizagem diagnóstica de base subjetiva, valorizando a auto-avaliação do estudante e a avaliação do professor (Penna Firme, 1994; Dias Sobrinho, 2003).

Contemporaneamente, Perrenoud (1999) identifica duas lógicas na avaliação: a formativa, compreendida como fonte de regulação dos processos de aprendizagem, cuja vocação é contribuir para as aprendizagens, pois permite a intervenção deliberada do professor, induzindo a uma regulação antecipada de uma aprendizagem em curso; e a lógica somativa ou certificativa, cuja função é fazer um balanço das aquisições do estudante e decidir por sua aprovação ou não para etapas subsequentes do programa de ensino.

Embora contraditórias, essas lógicas podem coexistir, se a escola “evolui para pedagogias diferenciadas, percursos individualizados, o trabalho por situações problema e o desenvolvimento de competências” (Perrenoud, 1999, p.168). No entanto:

A contradição entre o espírito formativo e o espírito certificativo não pode ser suprimida por mágica, mas será tanto mais suportável quanto mais se desenvolver uma pedagogia diferenciada eficiente. O mecanismo prioritário não é suprimir toda avaliação somativa ou certificativa, mas criar condições de aprendizagem mais favoráveis para todos e inicialmente para os mais necessitados (Perrenoud, 1999, p. 165).

Na FAMEMA, o caráter formativo da avaliação é representado pelas oportunidades de recuperação (plano de recuperação elaborado a partir das dificuldades apresentadas pelo estudante e identificadas pelos professores). O caráter somativo expressa-se na obrigatoriedade de realização das atividades avaliativas e, ainda, ao final das oportunidades de recuperação, quando o propósito da avaliação é verificar se o estudante pode ou não progredir para série seguinte.

Segundo Abrecht (1994, p.35), a avaliação formativa foi pensada para múltiplos usos, sendo fundamental para quem ensina e quem aprende, servindo tanto para reforçar determinada situação, quanto para corrigir erros, falhas ou distorções. Serve também como contrapeso da avaliação somativa que, para o autor, é algo inevitável e cujos efeitos perversos podem ser minimizados pela avaliação formativa.

Nas propostas curriculares dos Cursos Enfermagem e Medicina da FAMEMA, a prática avaliativa busca promover o diálogo entre as funções técnicas, éticas e políticas da formação, superando as antinomias objetivo/ subjetivo, produto/ processo, hetero/ auto-avaliação, formativo/ somativo, fragmentação/ integração, considerando tanto o contexto interacional e relacional como o contexto histórico (Laluna, 2007).

Para tanto, não basta mudar as metodologias de ensino, mas é necessária uma nova prática do professor, que deixa de ser o fiscalizador, o medidor, o julgador, para ser o mediador do processo de ensino-aprendizagem. Isso requer alteração da concepção pedagógica e introdução

de novas formas de ensinar e de avaliar, incentivando a prática reflexiva e resignificando o conhecimento.

2.2 Avaliação na formação crítica e reflexiva em um currículo por competência

A escola, como uma instituição social, está inserida em uma determinada organização social e reproduz no seu interior as contradições dessa sociedade. A avaliação tem um compromisso com a educação, não somente com a melhoria do interior da escola, mas com a reconstrução do espaço social.

Deve estar alinhada com o projeto político-pedagógico construído pelo coletivo da instituição de ensino, visando à formação profissional ética, técnica, social, cultural, econômica e política.

Segundo Sordi e Bagnato (1998), o que determina uma formação profissional em uma tendência pedagógica progressista, crítica reflexiva, ou conservadora e tecnicista, em grande parte, é a compreensão de educação, a forma como ela é trabalhada em sala de aula, e a interação entre professores e estudantes.

Em uma visão crítico-reflexiva, há necessidade de resignificar a prática pedagógica e, conseqüentemente, o processo de avaliação em um currículo orientado por competência, o qual é influenciado por diferentes visões de mundo sobre a formação e distintas concepções de educação, avaliação e competência.

O conceito de competência é explorado com múltiplas abordagens por diversos autores e nas diferentes áreas de conhecimento, como na educação, na sociologia, na administração, entre outras.

Mudanças no mundo do trabalho levaram à substituição do conceito de qualificação profissional pelo de competência (Lima, 2005). Ramos (2002) destaca que, a partir do século XVIII, a construção do projeto burguês, a industrialização e a urbanização fizeram com que a educação

assumisse uma dupla função: uma relacionada à socialização e à formação de consciências e outra vinculada à economia, a fim de promover progresso.

Com a necessidade da aplicação da ciência no exercício do trabalho, a escola ganhou importância, dada sua função de transmissora do saber técnico, pois os trabalhadores necessitavam de uma formação com conhecimentos e habilidades cada vez mais específicos.

Com o aprimoramento das técnicas e a delimitação das profissões, os empregadores passam a demandar perfis mais apropriados às ações a serem realizadas, imprimindo a necessidade da formação ao domínio de um ofício. Com isso, a formação profissional passou a ser cada vez mais hierárquica, organizada de acordo com a sua complexidade.

A flexibilização dos processos produtivos na sociedade capitalista promoveu um deslocamento da noção de qualificação para a de competência, para atender as novas exigências do capital. É nesse espaço de deslocamento que se encontra o desafio de construção de novos sentidos e significados para a competência profissional. Segundo Meghnagi (1999),

na realidade, a flexibilidade na gestão do trabalho está ligada a uma redefinição das políticas, das formas de tutela e dos sistemas de negociação que caracterizam a dinâmica ocupacional sobre a qual o conjunto das partes sociais (poderes públicos, sistemas das empresas e sindicatos) que intervém de diferentes maneiras (Meghnagi, 1999, p.55).

A noção de competência “hoje mobiliza um conjunto de sujeitos sociais tanto com o propósito de compreender seu significado quanto para implementar ações que a tenham como base” (Ramos, 2002, p.18). É tema recorrente nas áreas de educação e saúde, especialmente na educação profissional (Freitas, 2002a).

À medida que tanto a educação profissional quanto a educação geral são questionadas sobre sua adequação ao presente estágio de racionalidade técnico-científica da produção, categorias relativas ao trabalho e à aprendizagem vão sendo sintetizadas, respectivamente, na forma de competências requeridas pela produção e competências adquiridas pelo trabalhador (Ramos, 2001).

Com a valorização dos saberes tácitos, originados das experiências dos sujeitos, considera-se que a construção do aprendizado vai

além da aquisição formal de conhecimentos socialmente validados. Assim, a partir dos anos 80, o sistema educacional europeu adotou o conceito de competência para reorientar a formação, visando a atender às transformações decorrentes da globalização econômica competitiva e da flexibilização dos processos de produção e trabalho.

O conceito de competência sofreu inúmeras mudanças ao longo dos anos. Na Psicologia, vai de uma linha comportamental/behaviorista, fortemente utilizada na formação de profissionais técnicos, com ênfase na realização de tarefas, até uma abordagem construtivista/sócio-construtivista, em que as ações articulam-se e integram-se com recursos cognitivos, afetivos, psicomotores, em diferentes contextos, nas quais as ações têm grande importância as idéias de memorização compreensiva, funcionalidade do conhecimento e aprendizagem significativa (Ramos, 2001).

Atualmente, vem sendo adotada a definição de competência como a mobilização de diversos recursos para resolver com propriedade situações prevalentes na prática profissional (Hager, Gonczi, Athanasou, 1994; Hager 1993; Hager, Gonczi, 1996; Hernandez, 1999). Trata-se, entretanto, de um conceito com “um caráter polimorfo e a opacidade de seus significados múltiplos favorece seu uso em situações variadas, por diferentes agentes e com interesses diversos” (Ribeiro, Lima, 2003, p. 48).

Freitas critica a abordagem capitalista contemporânea, a qual “adota a noção de competência para substituir a de qualificação para o trabalho, que visa apenas ao aumento da capacidade resolutive de problemas imediatos”. Propõe que se adote um conceito que favoreça a “construção/reconstrução crítica da formação e do conhecimento profissional, assim como da experiência gerada da prática da profissão”. (Freitas, 2002b, p. 50).

Ramos (2002) identifica três tendências predominantes para a noção de competência: o condutivismo/funcionalismo, o construtivismo francês e o modelo australiano. No referencial condutivista, oriundo dos Estados Unidos, na década de 60, com sua perspectiva na pedagogia

psicológica, a formação está voltada para as necessidades do mercado de trabalho, a noção de competência confunde-se com a de objetivos em pedagogia, sendo esses operacionais de formação e de produção, e o foco da avaliação incide sobre os resultados, como expressão de eficiência.

O referencial pedagógico adota a estrutura comportamental, que tem como elementos o estímulo, a resposta, o reforço positivo, os objetivos operacionais, a instrução programada e a tecnologia educacional. Nesse referencial identificar-se a cultura psicológica de Skinner e a pedagógica de Bloom e Mager, entre outros; busca-se “o fazer bem feito” com base nos resultados esperados, a habilidade na realização da tarefa, estimulando a competitividade, já que a competência está relacionada ao perfil de excelência.

Bloom argumentava que os alunos tinham condições de aprender tudo o que lhes ensinavam, desde que lhes oferecessem condições para isso e que o ensino fosse orientado por três objetivos comportamentais: pensar, sentir e agir em três áreas: cognitiva, afetiva e psicomotora (Ramos, 2001). Esse argumento reforça a teoria desenvolvida anteriormente por Skinner sobre o comportamento humano. Nessa perspectiva, a construção do currículo tem como base os objetivos e os conteúdos, de forma linear e fragmentada.

Mager ampliou o behaviorismo e adotou a noção de competência ou *performance*, entendendo os objetivos de ensino como ações manifestas e sua descrição minuciosa o que o aluno é capaz de fazer (Ramos, 2001).

Seguindo a mesma tendência, o funcionalismo de origem inglesa ressalta os resultados e os produtos, em detrimento do processo e dos atributos que fundamentam as práticas do trabalho; tem uma relação direta com a função e as tarefas e descreve a competência como uma lista de conhecimentos e de ações sem articulação, como um *check list*. A competência, por sua vez, é entendida como algo que a pessoa deveria realizar ou estar em condição de realizar.

Piaget, em seus estudos, parte da teoria clássica do construtivismo, que foca a relação do sujeito com o objeto, não enfatiza a relação com o meio. A lógica de Piaget é cognivista/construtivista, enfatiza a compreensão do que se aprende e como se aprende, valorizando os processos funcionais de como se pensa, daí a importância da teoria da aprendizagem significativa de Ausubel (Cachapuz, 2000).

Para Ausubel, a aprendizagem significativa é relevante na medida em que a nova informação que o estudante adquire faz sentido para ele, sentido este que é construído em uma pedagogia emancipatória, transformadora e humanista. Porém, há necessidade de uma ação pedagógica que possibilite, além da compreensão do meio físico e social, a realização de ações que transformem a realidade (Cachapuz, 2000).

Para Vygotsky, para que a aprendizagem ocorra, esta deve estar além do desenvolvimento cognitivo. De nada adianta ter uma boa organização lógica, epistemológica, cronológica, se ela não for significativa para o aprendiz. Para o autor, na lógica sócio-construtivista, a afetividade é essencial na aprendizagem, com ênfase na compreensão dos contextos e das práticas socio-culturais em que a aprendizagem ocorre (Moreira, 1997).

O modelo francês de competência, que tem como representante Bertrand Schwartz (Ramos, 2002), que define a competência como a “combinação de conhecimentos, know-how, experiências e comportamentos que exercem em determinado contexto; é constatável quando se deve aplicar em situação profissional e validável a partir dela” (Ramos, 2002, p.95). O conceito de competência é utilizado no plural, como uma articulação de conteúdos.

A competência é explicitada como uma lista de atividades e, em consequência, a avaliação está centrada nos resultados. O referencial pedagógico adotado é o humanista, porém o contexto social é pouco valorizado. Estão presentes os atributos, fortemente centrados no conhecimento (saber), uma vez que quem sabe ou conhece é capaz de fazer.

Por fim, temos o modelo australiano, adotado pelo sistema educacional daquele país, representado por Gonczi e Athanasou. Embasado no referencial construtivista, é o que apresenta aproximação com a escola crítica. O conceito de competência apresenta-se como uma abordagem holística ou integrada, sendo a combinação de atributos (conhecimentos, habilidades e valores) que se manifestam em uma situação prática do mundo do trabalho, ou melhor, no contexto em que se aplicam. Utiliza o desempenho (capacidades em ação) e os padrões de competência como dimensões da avaliação e busca-se a integração entre teoria e prática, considerando o contexto, a cultura do local de trabalho, os valores e a ética.

Na corrente australiana, a competência é usada no singular, expressando “uma síntese do perfil profissional ou um julgamento atribuído a alguém em relação à avaliação de sua prática profissional”, segundo o contexto e os padrões de excelência (Lima, 2004, p. 125).

Nessa perspectiva do enfoque holístico de competência, o currículo busca integrar os conhecimentos gerais e profissionais e a experiência no trabalho, proporcionando a interação entre conhecimentos, habilidades e atitudes entre um dado contexto social e a realidade local. O desempenho é considerado de forma mais abrangente, incorporando valores éticos e culturais.

Esse modelo de competência, com uma abordagem holística e integral, precisa ser construído no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, em que as práticas profissionais são desenvolvidas. Requer um processo ativo de ensino e aprendizagem, com uso de metodologias ativas, com um ensino que dê significado aos conhecimentos, articulando-os com os problemas reais do mundo do trabalho (Lima, 2005; Ramos, 2001).

A formação orientada pelo trabalho pode contribuir para a superação das práticas em saúde vigentes, por meio da ação reflexiva. O diálogo entre formação e trabalho propicia que o estudante mobilize/construa seu desempenho na ação, de forma pertinente e no momento oportuno para solucionar problemas e necessidades de saúde encontrada nos cenários de prática.

Nesse referencial de competência, o processo de avaliação é dialógico e necessita da participação de todos os sujeitos envolvidos. Valoriza o processo tanto quanto o resultado e possibilita a verificação das aprendizagens articuladas nas situações reais e simuladas. As competências são, portanto, as estruturas ou esquemas mentais responsáveis pela interação dinâmica entre os saberes prévios do indivíduo – construídos mediante as experiências – e os saberes formalizados (Ramos, 2001).

Hager destaca as diferentes concepções de competência e suas implicações, conforme quadro a seguir:

Quadro 3 - Concepções de competência e suas implicações

Behaviorista/comportamental (tarefa específica)	Construtivista - atributos (habilidades gerais)	Sócio – construtivista (Integrado ou atributo)
a. Desempenho visível é competência	Atributos gerais indicam um desempenho futuro	Competência inferida pelo desempenho
b. Mecânica, padronizada, tarefas menores	Distante de uma situação do contexto real, frequente falta de racionalidade	Holística, ao encontro com o mundo do trabalho
c. Grande número de competências específicas – longa lista com complexidade do trabalho, por exemplo, para as profissões.	Pequeno número de competências genéricas	Número gerenciável de competências – chave
d. Uniformidade – somente um caminho	Diversidade – vários caminhos	Diversidade – vários caminhos
e. Módulos práticos. Abandona referenciais do currículo tradicional	Currículo tradicional, organizado por disciplinas	Currículo em ação, poderoso para o compromisso com a aprendizagem, com o processo, conteúdo e avaliação
f. Controle central do currículo	Currículo com decisão descentralizada	Formador do profissional e provedor de serviços que exercem uma ação em conjunto sobre o currículo
g. <i>Ckeck-list</i> . Verificação de destrezas.	Avaliação tradicional com suas limitações	Competência demonstrada no decorrer do tempo, por meio de portfólios e outros. Avaliação necessita ser cuidadosamente planejada
h. Competência mínima. Baixo denominador comum “desencoraja excelência”	Encoraja excelência, porém, distante da prática profissional	A riqueza da qualidade profissional é resgatada no desempenho.

Adaptado de Hager, P.J. Conceptions of competence. [Http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/93_docs/HAGER.HTM](http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/93_docs/HAGER.HTM), consultado em 17 de setembro de 2009.

Roldão (2005) destaca que a capacidade de mobilização e de convocação dos atributos necessários para atuar face a uma situação, articulando-os de forma pertinente e oportuna, é a própria essência da competência. Portanto, não se trata somente da aplicação de recursos, mas da mobilização de atributos frente a uma dada situação da prática profissional, de acordo com o grau de autonomia e domínio do estudante em um dado momento de sua formação.

Na aprendizagem significativa, os conhecimentos e as experiências educativas prévias repercutem sobre a assimilação do novo para favorecer o aprendizado em uma concepção crítico-reflexivo da ação pedagógica, a postura do aprendiz deve ser ativa, crítica e reflexiva.

Na aprendizagem significativa, os conhecimentos e as experiências educativas prévias repercutem sobre a assimilação do novo para favorecer o aprendizado. Em uma concepção crítico-reflexivo da ação pedagógica, a postura do aprendiz deve ser ativa, crítica e reflexiva. Requer ressignificar a avaliação no processo educacional, que passa a ser um eixo fundamental das mudanças curriculares. A avaliação deve ser contínua, sistematizada e construída por todos os sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Deve ser reconhecida como uma das atividades educacionais mais expressivas do ponto de vista da mobilização dos aprendizes.

Avaliações diagnósticas ou de processo (formativas) e de progressão/certificação dos estudantes (somativas) devem ser coerentes com os fundamentos filosóficos e pedagógicos do projeto político-pedagógico, a missão institucional e o perfil profissional que se pretende formar. Na formação de profissionais de saúde,

a abordagem dialógica de competência possibilita a reflexão sobre as práticas profissionais e uma construção dialogada entre os mundos da escola e do trabalho com a sociedade, a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente constituídos. Os currículos orientados por esta abordagem são desenvolvidos em torno de eixos que articulam e integram: teoria e prática; capacidades e ações; contextos; e critérios de excelência (Lima, 2005, p. 378).

Embora não possa ser observada diretamente, a competência pode ser inferida pelos desempenhos, expressões concretas dos recursos que os indivíduos articulam e mobilizam quando se deparam com distintas situações de trabalho. Por serem visíveis, os desempenhos também são observáveis no processo de ensino-aprendizagem. Definidas as ações-chave, os desempenhos, associados os atributos qualificados, expressam a prática de um determinado campo profissional, que orienta a avaliação da aprendizagem do estudante (Ramos, 2002).

2.3 Avaliação como prática pedagógica em um projeto político-pedagógico orientado por competência

A construção do projeto político-pedagógico (PPP) de um curso equivale à “própria organização do trabalho pedagógico da escola como um todo” (Veiga, 2007, p. 11). Faz parte do trabalho cotidiano da comunidade acadêmica renová-lo continuamente, não por imposição das esferas administrativas superiores, mas para se contrapor à rotina e à fragmentação do trabalho pedagógico. Elaborar o PPP da escola não é simplesmente um arranjo formal, mas um empenho para conferir qualidade ao processo de trabalho escolar.

O PPP vai além da elaboração dos planos, programas e atividades de ensino, como ações estritamente burocráticas; busca a organização do trabalho pedagógico da escola e sua globalidade. “É construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos no processo educativo da escola” (Veiga, 2007, p.12). Essa construção participativa

preocupa-se em instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que supere os conflitos, buscando eliminar as relações competitivas, corporativas e autoritárias, rompendo com a rotina do mando impessoal e racionalizado da burocracia que permeia as relações do interior da escola, diminuindo os efeitos fragmentários da divisão do trabalho que reforça as diferenças e hierarquiza os poderes de decisão (Veiga, 2007, p.14).

Um projeto pedagógico inovador pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo todos os sujeitos envolvidos neste processo (Gadotti, 1995).

No sentido etimológico, da palavra projeto significa lançar para adiante, fazer avançar, com a intenção de realizar algo, plano, esboço (Ferreira, 1986). O avanço deve ser respaldado no presente e projetado para um futuro de riscos e incertezas.

A formulação de um projeto político-pedagógico envolve dimensões filosóficas e pedagógicas, ou seja, a visão de ser humano, sociedade e educação, as questões curriculares, de ensino e aprendizagem, assim como as estruturas político-administrativas envolvidas na gestão de recursos humanos, físicos e financeiros. Requer que professores, funcionários e estudantes tenham condições e criem situações que propiciem aprender a pensar, a refletir suas ações de forma coerente, autônoma e de qualidade.

Veiga (2007) considera que a elaboração do PPP deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- igualdade, pois todos devem ter oportunidades de acesso e permanência na escola com qualidade;
- qualidade, que deve ser assegurada a todos e não a determinados grupos sociais e econômicos, em destaque para a qualidade política, gerenciada por todos os envolvidos, definindo o tipo de sociedade e de cidadão que pretendem formar;
- gestão democrática, nas dimensões pedagógicas, administrativas e financeiras, rompendo a dicotomia entre pensar e fazer, entre teoria e prática. Tem como propósito o acompanhamento de todo o processo de trabalho dos educadores, propicia o repensar da estrutura de poder da escola, facilitando a socialização que, por sua vez, proporciona uma participação coletiva, crítica e com autonomia;
- valorização dos professores, proporcionando-lhes educação permanente, com a reflexão sobre seu cotidiano, articulada com o projeto de escola e sociedade.

Para que ocorra essa construção é necessário romper com os paradigmas tradicionais de educação e valorizar os sujeitos, professores e estudantes reais, contextualizados, envolvidos em suas existências, suas escolhas, com responsabilidade e autonomia.

Para romper com uma compreensão restrita de educação, em geral limitada “ao conteúdo como transferência do saber, em detrimento as [sic] outras experiências e ou atividades ensinantes” (Freire, 2008, p. 44), há que considerar a forma de ensinar e aprender, entendendo que o ensino não é transferência de conhecimento, mas possibilidade de construção e produção de conhecimento. Nessa construção estão presentes as possibilidades de aprender e de ensinar, intrinsecamente relacionadas. Segundo Paulo Freire (2008, p. 24):

quando vivemos a autenticidade exigida pela prática de ensinar-aprender participamos de uma experiência total, diretiva, política, ideológica, gnossológica, pedagógica, estética e ética em que a boniteza deve achar-se de mãos dadas com a decência e a seriedade.

Em um PPP, a avaliação curricular faz-se necessária para apreciar a organização do trabalho pedagógico, pois proporciona uma reflexão de como a escola organiza-se para implementar seu projeto. Deve ser dinâmica e processual, isenta do caráter punitivo; serve como subsídio para a reconstrução do PPP, proporciona o movimento de ação-reflexão-ação do coletivo com caráter emancipatório. Toda avaliação reflete o cotidiano do trabalho escolar e explicita as relações de poder existentes no interior da escola.

A avaliação é dependente da condição pedagógica, porque é a expressão valorativa de uma pedagogia, de um processo de ensinar e de aprender (Cunha, 2007). Porém, não tem sentido por si só; será significativa à medida que se articule com seu projeto pedagógico e com seu projeto de ensino, valorizando o processo de ensino-aprendizagem.

A construção de um projeto pedagógico embasado em uma pedagogia crítica privilegia a avaliação de processo, da qual não se espera uma visão reprodutivista e conservadora, mas sim que o estudante seja capaz de construir seu conhecimento, pensando, interpretando informações, investigando, atuando de forma ética, crítica e com responsabilidade, em busca de alternativas. Enfim, espera-se que possua todas as habilidades que o mundo atual requer. Para tanto, há necessidade de mudanças também na postura do professor, que deve estar disposto a fazer rupturas

com a própria história da educação, normalmente marcada pela reprodução (Cunha, 2007).

Por meio do trabalho pedagógico, o professor terá de romper com a visão hegemônica de avaliação, orientada pela valorização excessiva do produto, em detrimento do processo e, conseqüentemente, rever sua prática docente.

Freire (2008) considerava que ensinar não é a transferência de conhecimento e sim criar condições e possibilidades para sua produção e construção. Para ele, os sujeitos eram os elementos essenciais do projeto pedagógico.

Em um PPP que tem como perspectiva a produção do conhecimento com sentido de aprendizagem, se a avaliação construída pelos sujeitos envolvidos deixar de ser classificatória, centralizadora, autoritária, expressão de relação de poder entre professores e estudantes, e passar a ser dialógica, orientadora das decisões pedagógicas na reconstrução de projetos, haverá grandes possibilidades de construir uma educação e uma sociedade mais democrática (Cunha, 2007).

Atualmente fala-se muito em projeto pedagógico e avaliação, porém a incorporação desses termos do discurso pedagógico não tem trazido mudanças qualitativas na forma de organização do trabalho dos professores de uma maneira a produzir uma ressignificação do processo de ensinar, aprender e avaliar (Veiga; Naves, 2005).

A FAMEMA, desde a década passada, vem se empenhando na construção de PPP para a formação de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, projeto esse que tem uma intenção e um compromisso definidos coletivamente. É político no que toca à responsabilidade institucional na formação de cidadãos éticos, críticos, reflexivos, compromissados, participativos e criativos. É pedagógico por estar diretamente relacionado à intencionalidade da instituição, que define as ações educativas requeridas para a profissionalização.

O projeto político-pedagógico constitui o eixo norteador dos rumos dos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA. Implica escolhas, explicita valores e intenções e pressupõe coerências entre as formas, conteúdo, tempo e espaço e envolve riscos que não devem ser transformados em obstáculos para a transformação do processo de ensino e aprendizagem.

Embasada em Almeida (1999), Feuerwerker (2002) analisa a profundidade das mudanças no processo de formação em saúde, identificando três planos: o da inovação, o da reforma e o da transformação.

O primeiro corresponde a uma concepção tradicional de educação, voltado exclusivamente para a dimensão biológica em saúde, a qual as práticas hegemônicas em saúde e educação são reproduzidas.

O plano da reforma corresponde à concepção humanista (libertária) de educação e amplia o conceito de saúde. Busca uma prática reflexiva, crítica e alternativas para romper com as práticas hegemônicas. Reconhece o caráter social de produção da saúde e da educação, mas não incorpora os sujeitos sociais.

Já o plano da transformação está relacionado com a concepção pedagógica crítico-reflexiva e ao pensamento estratégico em saúde, no qual os sujeitos buscam práticas transformadoras e incorporam os demais sujeitos ao processo de educação e saúde, identificando as necessidades de saúde, buscando novos conhecimentos e organizando a atenção à saúde (Feuerwerker, 2002).

PERCURSO METODOLÓGICO

João Pessoa - Pb, 2009

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Construção do referencial metodológico

A opção metodológica do presente estudo foi a qualitativa, cujos percurso e instrumental mostram-se apropriados para abordar o objeto em questão. A pesquisa qualitativa preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento das concepções de um determinado grupo social, busca a essência dos fenômenos, permite trabalhar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas sociais. Dedicar-se, portanto, ao espaço das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1999).

O foco principal da pesquisa qualitativa que envolve sujeitos é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que se pretende investigar. Não há necessidade de se trabalhar com a totalidade dos sujeitos, pois

em geral, a dimensão sociocultural das opiniões e as representações de um grupo que tem as mesmas características costumam ter muitos pontos em comum, ao mesmo tempo que apresentam singularidades próprias da biografia de cada interlocutor (Gomes, 2007, p. 79).

Utilizou-se ainda a análise documental, que usa como fonte de recursos o conjunto de leis, documentos institucionais, projetos, entre outros, a que tem acesso o investigador. Essa fonte de dados ainda é pouco explorada, não só na área da educação, mas em outras áreas de ação social.

A análise documental representa uma alternativa valiosa para a abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras fontes de dados, seja desvelando novos aspectos de outros temas e ou problemas. Busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questionamentos formulados pelo investigador e permite que sejam extraídas evidências para fundamentar afirmações e declarações do pesquisador. Em geral, as fontes de informação são

construídas por um coletivo e fornecem informações sobre o contexto da sua produção (Marconi, Lakatos, 2003; Triviños, 1992).

Na pesquisa qualitativa, a abrangência do estudo deve ser tal que possibilite analisar a diversidade de opiniões entre grupos e até mesmo dentro do próprio segmento social, valorizando tanto a informação homogênea como as eventuais divergências.

Os grupos sociais incluídos no estudo devem permitir abordar as várias dimensões do fenômeno (Minayo, 2007). Assim, as fontes para coleta de dados incluíram instrumentos de avaliação preenchidos pelos professores dos Cursos de Enfermagem e Medicina, observação e análise de situações simuladas realizadas pelos estudantes de ambos os cursos e documentos institucionais.

3.2 Campo da pesquisa

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, o trabalho de campo é essencial. Minayo (1999) entende por campo de pesquisa o recorte que o pesquisador faz do campo a ser estudado, que corresponde à abrangência do estudo, representado por uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam a investigação.

A relação dialética entre a teoria e a realidade empírica expressa-se no fato de que a realidade informa a teoria que, por sua vez, permite percebê-la, formulá-la, executá-la e distingui-la, em um processo contínuo de distanciamento e aproximação. A teoria subsidia a construção do conhecimento por meio de conceitos gerais advindos da base empírica (Minayo, 1999).

Dessa forma, o campo de estudo da presente investigação é constituído pelos Cursos de Enfermagem e de Medicina da FAMEMA, localizados no Município de Marília.

Marília é um município localizado na região oeste do Estado de São Paulo. Dista 443 km da capital do Estado e sua área territorial é de

1.170 km² (Figura 1). Sua população é de 197.342 habitantes, sendo 96.502 homens e 100.840 mulheres (Instituto Brasileiro de geografia e estatística, 2007).

Figura 1 - Localização do município de Marília no Estado de São Paulo

Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Mar%C3%ADlia#Hist.C3.B3ria>

O Município foi oficialmente fundado em quatro de abril de 1929 por Bento de Abreu Sampaio Vidal. No início, sua economia era baseada no cultivo de café que, com o tempo, foi sendo substituído pela algodão, o qual originou as primeiras indústrias no município.

Na década de 1970, instalam-se indústrias das áreas alimentícia e metalúrgica, principalmente, que subsidiam a economia até a presente data. Hoje o município conta com aproximadamente 50 indústrias alimentícias, sendo conhecida como "a capital nacional do alimento" (Wikipédia, 2007).

Marília também é considerada um centro universitário por contar com três faculdades públicas - a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) e a Faculdade de Tecnologia (FATEC), além de quatro instituições particulares – a Universidade de Marília (UNIMAR), a Fundação de Ensino Eurípedes Soares da Rocha (UNIVEM), a Faculdade de Ensino Superior do

Interior Paulista (FAIP) e a Faculdade João Paulo II (FAJOPA) (Marília, 2007). Essas instituições de ensino superior atraem um grande número de jovens, na maioria provenientes do interior do Estado, que constituem uma população flutuante que impulsiona o crescimento do setor terciário.

Alem do ensino universitário, há grande investimento municipal na educação infantil e no ensino fundamental, a taxa de alfabetização é de 93,35% (Wikipédia, 2007).

Em relação ao setor saúde, desde 1998 o município é habilitado para a Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a Norma Operacional Básica - NOB 01/06. Conta com o Conselho Municipal de Saúde (COMUS), órgão máximo de caráter normativo, fiscalizador e consultivo para acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde.

A rede municipal de assistência à saúde é bastante ampla. Integram a assistência hospitalar do Sistema Único de Saúde quatro hospitais filantrópicos, sendo dois especializados, um geral e um psiquiátrico. Há ainda dois hospitais universitários ligados à Faculdade de Medicina de Marília (Hospital das Clínicas - Unidades 1 e 2), um Hemocentro e um Hospital Universitário da Universidade de Marília, o qual atende pacientes particulares e conveniados.

O município vem progressivamente adotando a Estratégia Saúde da Família, mas atualmente convive com um modelo misto, com 28 Equipes Saúde da Família (ESF), 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Unidades de Pronto Atendimento (PA) e um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), (figura 2). Além disso, conta com outros serviços: central de esterilização de materiais, farmácia de manipulação, central de assistência farmacêutica, unidade de fisioterapia, banco de leite humano, políclina de especialidades, programa de internação domiciliar, centro de especialidade odontológica, serviço social, centro de atendimento em DST/AIDS, a pacientes obesos e com dependência de drogas/álcool e um centro de educação permanente para os profissionais de saúde da rede municipal.

Secretaria do Ensino Superior, por meio do Decreto 51.460, publicado em 01/01/07 no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

O Curso de Enfermagem

O Curso de Enfermagem foi criado em 1980, mediante o processo do Conselho Estadual da Educação nº1556/79 e do parecer 1330/80, inicialmente vinculado a um departamento da Faculdade de Medicina de Marília (Faculdade de Medicina de Marília, 2008a).

Em 1983, a Fundação Municipal de Ensino Superior (FUMES) passou por mudanças regimentais e estatutárias, sendo criado o Departamento de Enfermagem que, no seu estatuto, incluía a estrutura do Curso. Após a estadualização, em 1995 teve início a elaboração de novos estatuto e regimentos institucionais. A partir de 1999, a FAMEMA adotou uma nova estrutura organizacional e o Departamento de Enfermagem passou a se denominar Curso de Enfermagem (Faculdade de Medicina de Marília, 2008a).

3.3 Fontes do material empírico e instrumentos para coleta de dados

Realizada nas dependências da FAMEMA, a filmagem dos Exercícios de Avaliação da Prática Profissional (EAPPs) permitiu registrar o desempenho do estudante em sua interação com o paciente simulado, assim como a avaliação subsequente, realizada pelos professores. O material resultante foi transcrito, resultando em textos que, juntamente com os instrumentos de avaliação de desempenho (formato 3), preenchidos pelos professores, foram submetidos à análise de acordo com o Método de Interpretação dos Sentidos (Gomes et al., 2005; Gomes, 2007).

Como subsídios para a discussão do material empírico, foram utilizados documentos institucionais como os Cadernos das Unidades Educacionais das diferentes séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina,

correspondentes aos anos utilizados na coleta de dados. Foram utilizados ainda os projetos da FAMEMA construídos pelo coletivo da instituição nos últimos anos: o PROMED (Medicina) e o PRÓ-SAÚDE (Enfermagem e Medicina) e as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde.

Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos do estudo foram selecionados em função de: (a) deterem os atributos pertinentes ao que se pretendeu estudar; (b) número suficiente para haver reincidência das informações; (c) possibilidade de inclusão até tornar possível uma discussão densa das questões da pesquisa. Dessa forma, levou-se em consideração não a quantidade, mas a possibilidade de aprofundamento das questões (Minayo, 1999).

Foram convidados a participar da pesquisa professores, estudantes e pacientes simulados envolvidos no Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) dos Cursos de Enfermagem e Medicina. Em cada série, nos momentos de realização do processo tutorial e da nova síntese da UPP, a pesquisadora apresentava o propósito da investigação e convidava os estudantes a participar do estudo. A partir do momento que o estudante aceitava o convite, a pesquisadora identificava os professores e o paciente simulado que participariam daquela situação simulada, conforme escala estabelecida *a priori*, se todos aceitassem participar da pesquisa, era apresentado o termo de livre esclarecimento da pesquisa e de consentimento, e após a assinatura destes, era realizada a filmagem do EAPP. Caso um os participantes se recusasse a fazer parte do estudo, novo convite era realizado e assim sucessivamente.

Estudantes da terceira série do Curso de Enfermagem e da terceira, quarta e sexta séries do Curso de Medicina foram convidados a participar por área_saúde da criança, da mulher e do adulto_da realização do EAPP, na 6ª série foi incluída á área de urgência. Dessa forma, priorizou-se um estudante de cada área nessas séries.

Na primeira série dos Cursos de Enfermagem e Medicina, utilizou-se a EAPP da área de saúde do adulto, mantendo a proporcionalidade do número de estudantes de Enfermagem (40) e Medicina (80). As segundas séries de ambos os cursos não foram incluídas, pois o momento de realização do EAPP não coincidiu com o período de coleta de dados. Tampouco participaram a quarta série do Curso de Enfermagem, porque o EAPP não foi realizado em 2008, e a quinta série do Curso de Medicina, pois, no período do Internato (5º e 6º anos), o EAPP ocorre somente no início do sexto ano.

Ao serem feitos os contatos com os sujeitos envolvidos, somente um professor da área médica justificou que não gostaria de participar da pesquisa, pois estaria avaliando um estudante que não era de sua área de atuação. Após explicação sobre os objetivos da investigação concordou em participar. Vários estudantes de ambos os cursos manifestaram desejo de participação, alegando ser mais uma oportunidade de ser observado e avaliado por outros, mas se optou por realizar a coleta de dados somente com aqueles que responderam afirmativamente ao convite inicial. Foram filmadas dezesseis situações simuladas:

- três das 1ª séries - uma do Curso de Enfermagem e duas do Curso de Medicina,
- seis da 3ª série - três do Curso de Enfermagem e três de Medicina, sendo um na área de saúde do adulto, um na criança e outro na saúde da mulher,
- três da 4ª série do Curso de Medicina, nas mesmas áreas citadas,
- quatro da 6ª série do Curso de Medicina, sendo que, além das estações já mencionadas, acrescentou-se a de urgência e emergência.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2007 a maio de 2008. A observação e filmagem das situações simuladas ocorreram conforme cronograma abaixo, seguida da transcrição do material:

- 3ª série de Enfermagem: de 19/11 a 29/11/2007
- 3ª série de Medicina: de 27/11 a 14/12/2007
- 1ª séries de Enfermagem e Medicina: de 26/11 a 10/12/2007
- 4ª série de Medicina: de 29/11/ a 12/12/2007
- 6ª série de medicina: de 07 a 21/05/2008

Além das dezesseis situações simuladas de ambos os cursos, constituíram parte do material empírico a totalidade dos instrumentos preenchidos pelos professores e colaboradores médicos, enfermeiros e psicólogos das séries de ambos os cursos.

Os formatos de avaliação foram identificados seguindo uma ordem numérica crescente, identificando a categoria estudante e docente, assim como as subáreas em que esses formatos foram preenchidos, sendo **a** para adulto, **m** para mulher, **c** para criança e **pc** para pequena cirurgia na urgência. O formato da sexta série de Medicina não foi estudado nesse momento, pois não havia registros qualitativos. Somente foram assinalados os campos referentes ao desempenho do estudante (satisfatório ou insatisfatório).

Foram analisados todos os instrumentos de avaliação, que totalizaram 694, 155 do Curso de Enfermagem e 539 do de Medicina. Optou-se por trabalhar com a totalidade dos instrumentos porque estes apresentavam registros sucintos. Abaixo se encontra a descrição dos formatos por séries e cursos:

Quadro 4 – Descrição dos formatos de avaliação do Curso de Enfermagem

Subáreas Séries	Saúde do Adulto	Saúde da criança	Saúde da mulher	Total
1ª	41	-	-	41
3ª	38	38	38	114
Total	79	38	38	155

Quadro 5 - Descrição dos formatos de avaliação do Curso de Medicina

Subáreas Séries	Saúde do adulto	Saúde da criança	Saúde da mulher	Total
1 ^a	77	-	-	77
3 ^a	78	78	78	234
4 ^a	76	76	76	228
Total	231	154	154	539

Obs: A sexta série não foi contemplada nesse momento.

Os formatos de avaliação do desempenho do estudante (F3) nas subáreas e as situações simuladas foram identificados por códigos alfa-numéricos, seguidos da letra pertencente à área (E para Enfermagem e M para Medicina). Assim, no Curso de Enfermagem, os números de 1 ao 41 foram reservados para primeira série e de 42 a 80, para a terceira série. No Curso de Medicina, os números de 1 ao 77 foram destinados à primeira série, de 78 a 155 para a terceira, de 156 a 232 para a quarta e de 233 a 236 para a sexta série (somente para a situação simulada), conforme quadro a seguir.

Quadro 6 – Identificação dos sujeitos da pesquisa por cursos e séries

Sujeito da pesquisa por curso e série	Sigla
Instrumento Professor (nº da série, curso, área)	IP (nº da série, curso, área)
Instrumento Estudante (nº da série, curso, área)	IE (nº da série, curso, área)
Simulação Professor (nº da série, curso, área)	SP(nº da série, curso, área)
Simulação Estudante (nº da série, curso, área)	SP (nº da série, curso, área)

3.4 Procedimentos analíticos

A análise do material resultante da observação, transcrição das gravações das situações simuladas do EAPP e dos registros dos instrumentos de avaliação teve início com a leitura em profundidade de cada texto, visando à apreensão dos sentidos, como preconiza o Método de Interpretação de Sentidos (Gomes et al., 2005; Gomes 2007), que busca interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, as ações e as inter-relações entre grupos e instituições. Trata-se de um método hermenêutico-dialético, pois procura realizar “uma reflexão densa acerca do diálogo entre hermenêutica (compreensão) e dialética (crítica) e traz princípios que podem servir de baliza para a operacionalização do método de interpretação dos sentidos” (Minayo, 1999; Gomes, 2007, p.99).

Para compreender os sentidos que se dão na comunicação entre os seres humanos, o método adota como princípio a busca da lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações, para situá-los no contexto dos atores, além de produzir um relato dos fatos em que seus autores reconheçam-se (Gomes, 2007).

Na descrição, os dados são preservados da forma mais fiel possível e tratados como fatos. Na análise, vai-se além do descrito e observado. Realiza-se um percurso sistematizado de decomposição do texto em um conjunto de dados, buscando as relações entre as partes que o compõem (Gomes et al., 2005).

A interpretação é uma continuidade das fases de descrição e análise; seu propósito é à busca dos sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou a explicação para além dos limites do que é descrito (Gomes, 2007).

A interpretação faz uso da inferência, que, segundo Bardin (2003), é um conceito de mediação que permite ir “além dos conteúdos de textos, na direção de seus contextos, revelando as lógicas e as explicações mais abrangentes presentes numa determinada cultura acerca de um determinado tema” (Gomes, 2007, p. 105).

Na trajetória analítico-interpretativa dos textos resultantes da transcrição da filmagem das situações simuladas e dos documentos institucionais, os seguintes passos foram percorridos:

a) leitura compreensiva, com vistas à impregnação, buscando tanto a visão de conjunto como as particularidades do material da pesquisa. Essa leitura permite a apreensão da estrutura (categorização e distribuição das unidades que compõem o material, com base nos instrumentos de avaliação dos EAPPs, que serve de base para a interpretação). Permite ainda descrever as perspectivas dos atores, as informações trocadas entre os sujeitos e as ações executadas. O material da pesquisa foi separado por sujeitos (professores e estudantes), séries, cursos e idéias e elementos centrais identificados nos formatos de avaliação, nos registros dos professores e nas transcrições das filmagens dos EAPPs (apêndice 1 e 2);

b) identificação e recortes temáticos que emergiram das situações simuladas e dos registros dos instrumentos realizados pelos professores;

c) identificação e problematização por meio dos questionamentos das idéias contidas nos textos, explícitas ou implícitas;

d) busca de sentidos sócio-culturais, atribuídos às idéias subjacentes às falas e às ações observadas em cada recorte temático;

e) diálogo entre as idéias problematizadas, as informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do presente estudo;

f) elaboração de síntese interpretativa, articulando o objetivo do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos (Gomes, 2007).

Para a elaboração da síntese interpretativa também se fez uso das fontes documentais que foram submetidas a procedimentos de análise. Para o desenvolvimento dessa análise foram construídos quadros extraídos dos documentos oficiais da FAMEMA, os quais continham os desempenhos e as tarefas propostas para os dois cursos, acrescidos de observações e comentários sobre possíveis relações com a questão da pesquisa. Tais

relações também foram identificadas nas diretrizes curriculares e nos projetos institucionais PROMED E PRÓ-SAÚDE.

3.5 Procedimentos éticos e autorização legal

Em cumprimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, que apreciou o presente projeto sob o protocolo nº 594/07 e aprovou-o em 29/10/2007 (anexo 10).

Os direitos e o anonimato dos sujeitos envolvidos foram resguardados, de acordo com os princípios éticos. Por ocasião do convite para participar da investigação, foram apresentados os objetivos e a metodologia, deixando claro que os sujeitos poderiam interromper a participação a qualquer momento. A autorização foi obtida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexos 11 e 12).

Para não interferir na avaliação realizada, a pesquisadora esteve ausente nos momentos da realização do EAPP, que foram gravados por um técnico de filmagem por meio de uma câmara digital JVC com HD.

RESULTADOS

João Pessoa – Pb, 2009

4 RESULTADOS

Este capítulo tem o propósito de apresentar os resultados decorrentes da análise do material empírico constituído por documentos formais da avaliação do estudante, registro realizado pelos professores no momento da realização do EAPP e filmagem do EAPP nos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA.

4.1 A avaliação expressa no currículo prescrito

Ao longo dos anos, várias mudanças foram sendo implementadas com as reformas curriculares na FAMEMA. A última delas, que ocorreu em 2003, envolveu os Cursos de Enfermagem e Medicina e uma das principais mudanças incidiu sobre a avaliação.

No Projeto FAMEMA século XXI, já estava previsto o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) como um instrumento de avaliação do desempenho da prática do estudante. Esse projeto foi uma ação política em que a comunidade acadêmica da FAMEMA expressou sua visão de formação e de currículo e obteve recursos financeiros do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina no Promed, com financiamento do Ministério da Saúde.

O Projeto foi estratégico para a continuidade das mudanças curriculares dos cursos de graduação da FAMEMA, iniciadas em 1997. Voltado inicialmente para o Curso de Medicina, todas as medidas foram estendidas para o Curso de Enfermagem, uma vez que o corpo docente e a direção da instituição consideraram necessário promover mudanças significativas em ambos os cursos.

O Projeto foi elaborado em parceria com a Secretaria de Saúde e mobilizou diversos segmentos dessas instituições e representantes da comunidade. A proposta foi construída em eixos. O eixo B, relativo à abordagem pedagógica, direcionou a mudança da concepção pedagógica do currículo do Curso de Medicina, que passou a ser centrado no estudante,

orientado à comunidade e baseado em problemas, com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. As avaliações, formativas e somativas, adotaram os seguintes indicadores:

metacognição, atitude de aprendizagem, atitude no trabalho em grupo, desenvolvimento de destrezas e técnicas, capacidade de solução de problemas, integração de domínios, integração de dimensões, integração básico-clínica, avaliação de desempenhos (tarefas e atributos) (Faculdade de Medicina de Marília, 2003, p.7).

Ainda no eixo da abordagem pedagógica, previa-se a integração básico-clínica e teórico-prática, tendo como imagem-objetivo um currículo orientado por competência que preparasse o estudante para exercer a clínica ampliada em um modelo de vigilância à saúde.

A estrutura curricular passou a ser organizada em unidades educacionais, para viabilizar as propostas do currículo integrado e orientado por competência. Para viabilizá-lo, foram adotadas as seguintes estratégias:

integração de unidades educacionais voltadas ao desenvolvimento de competências para a prática profissional.

11.1- Substituições das unidades educacionais verticais, fragmentadas e voltadas para sistemas orgânicos, por unidades educacionais organizadas segundo ciclos da vida.

11.2- Integração das unidades horizontais de Interação Comunitária e Habilidades Profissionais em uma única unidade de prática profissional organizada/estruturada a partir das competências.

11.3- Integração das unidades verticais (ciclos da vida) e horizontais (unidade de prática profissional), garantindo o desenvolvimento de desempenhos crescentes em complexidade e autonomia do estudante (ao longo das séries) na prática profissional;

- Utilização da prática (confronto experiencial) para a seleção de conteúdos a serem explorados no processo tutorial (aprendizagem oportuna, baseada em problemas da prática profissional vivenciados pelo estudante;
- Exploração dos conteúdos selecionados pelos planejadores das unidades, de acordo com as diretrizes da orientação teórica nas sessões de tutoria (aprendizagem sistemática baseada em problemas “de papel”);
- Aplicação dos conteúdos explorados para o desenvolvimento de desempenhos crescentes em complexidade e autonomia do estudante ao longo das séries.

12- Desenvolvimento de avaliação de competência com base em uma abordagem não tecnicista ou comportamentalista dos desempenhos, que deve incluir a análise do conjunto dos atributos mobilizados pelos estudantes na realização de tarefas (Faculdade de Medicina de Marília, 2003, p.24).

Ainda no que toca à avaliação, o Promed previa como prática institucional o desenvolvimento curricular permanente, propondo para isso as seguintes estratégias:

13 - Melhoria contínua do processo de avaliação do programa do curso médico por meio do fortalecimento dos espaços formais de avaliação curricular e da democratização da avaliação e do planejamento participativo.

14 – Melhoria contínua do processo de planejamento e gestão curricular (Faculdade de Medicina de Marília, 2003, p. 25).

Frente a essas estratégias, foram previstas atividades compostas por 14 operações, dentre as quais destacam-se aqui aquelas voltadas para a avaliação:

- . Articular a avaliação docente com a avaliação discente e do curso de medicina
- . Realizar a autoavaliação do programa
- . Realizar meta-avaliação do programa
- . Divulgar e discutir os resultados das auto e meta-avaliações do programa no Colegiado de Curso
- . Realizar fóruns anuais de avaliação do desenvolvimento curricular envolvendo discentes, docentes e profissionais de saúde
- . Criar um Comitê de Avaliação Docente
- . Capacitar os integrantes do Comitê de Avaliação Docente em modalidades de avaliação qualitativa
- . Elaborar um Programa de Avaliação Docente, fundamentado nas competências para o desenvolvimento do novo currículo e articulado ao Programa de Educação Permanente institucional
- . Articular a avaliação da graduação e pós-graduação (Faculdade de Medicina de Marília, 2003, p.26).

As atividades previstas no Promed, no que diz respeito à avaliação, previam o envolvimento e a participação da comunidade acadêmica e dos serviços de saúde, em uma reflexão conjunta, para planejar ações e reavaliar o que seria implementado.

O EAPP estava previsto como estratégia avaliativa utilizada na Unidade de Prática Profissional, com lógicas formativa e somativa. Já se preconizava a utilização do formato F3 para avaliar o desempenho do estudante. Além desse formato, indicava a utilização do portfólio, com o registro das vivências e reflexões do estudante sobre a prática profissional.

Para promover a capacitação docente para o uso dessa estratégia de avaliação, o Projeto previa a realização de oficinas e seminários abertos a todas as pessoas envolvidas no ensino e nos serviços,

para que se aproximassem efetivamente dos principais conceitos da pedagogia crítico-reflexiva, principalmente no que diz respeito à avaliação do estudante.

O Projeto destacava ainda a necessidade de investimentos permanentes na capacitação docente, pois a mudança preconizada não se restringia à aplicação de um novo método de trabalho, mas implicava mudança de postura, a fim de promover uma prática profissional crítica, reflexiva e transformadora da realidade, do contexto sócio-histórico e social, em situações que envolvem o processo saúde-doença e a assistência prestada nos diferentes serviços de saúde (Faculdade de Medicina de Marília, 2003).

Em 2005, a FAMEMA inscreveu-se no edital do Ministério da Saúde e foi selecionada para o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde, desta vez com a participação formal de ambos os cursos. A leitura dos documentos permite constatar que as ações previstas no Promed e no Pró-Saúde são muito semelhantes e muito pouco se avança em relação à proposta de avaliação.

O Pró-Saúde apenas reforçou o papel da avaliação, destacando o quanto esta retroalimenta o processo formativo, envolvendo professores, estudantes e profissionais de saúde. A avaliação é descrita como um subsídio para a construção do conhecimento, comprometido com a formação de um profissional de saúde competente, capaz de responder às necessidades de saúde da população, com foco na Atenção Básica.

O Projeto faz referência à avaliação do desempenho do estudante em consonância com a metodologia de ensino adotada, o uso de instrumentos e formatos de avaliação, visando à melhoria da prática pedagógica do professor e do processo de aprendizagem do estudante. Destaca especialmente a avaliação qualitativa, critério-referenciada, e considera importante que o estudante conheça o desempenho esperado para cada série, em graus de complexidade crescente.

No Pró-Saúde estavam previstas a socialização e a utilização de processos de avaliação em parceria com a Secretaria Municipal e a

Administração Regional de Saúde, por meio de processos da implementação de processos reflexivos de trabalho que utilizem tecnologias de avaliação, voltados à qualidade da Atenção Básica, garantindo sua relevância social e excelência técnica (Faculdade de Medicina, 2005a). Para alcançar essa imagem-objetiva, propõe as seguintes operações:

- . possibilitar aos discentes de todas as séries a utilização de dados epidemiológicos para orientar o plano assistencial;
- . aplicar questionários de avaliação do índice de satisfação dos usuários da AB em saúde;
- . avaliar o grau de satisfação dos usuários dos serviços de AB à saúde, frente ao envolvimento dos estudantes de graduação nas equipes multiprofissionais;
- . reforçar a participação discente nas reuniões de equipe de saúde, e da comunidade em todas as séries;
- . possibilitar aos discentes de todas as séries a realização do cuidado fundamentado na integralidade;
- . investir na participação de profissionais dos serviços em atividades educacionais da FAMEMA (Faculdade de Medicina, 2005a, p. 42).

Outra imagem-objetiva presente no Pró-Saúde é o currículo integrado e orientado por competência, a partir da prática profissional, voltado para a clínica ampliada em um modelo de vigilância à saúde. As estratégias previstas para a avaliação são apresentadas a seguir:

- . desenvolver processos de avaliação das competências profissionais;
- . discutir os princípios de utilização do portfólio reflexivo como instrumento de avaliação formativa (Faculdade de Medicina, 2005a, p. 46).

Para essas estratégias são propostas as seguintes operações:

- . utilizar o portfólio reflexivo como instrumento de avaliação formativa do estudante, docente e das instituições envolvidas;
- . realização de reuniões mensais entre os professores responsáveis pelas séries para fortalecer espaços de diálogo entre as mesmas;
- . implantar programas de Educação Permanente na rede de serviços de atenção à saúde para melhor compreensão do processo de formação;
- . realizar oficinas de trabalho para definição dos critérios e instrumentos para avaliação das competências;
- . contratação de assessoria externa para melhor compreensão do currículo orientado por competência (Faculdade de Medicina, 2005a, p.47).

O Pró-Saúde do Curso de Medicina prevê que professores, professores colaboradores e estudantes se autoavaliem e avaliem seus pares. Além disso, propõe que o conjunto de docentes:

- . desenvolva formatos de avaliação de satisfação do usuário nos serviços de saúde.
- . desenvolva formatos para avaliar a qualidade e a resolubilidade do cuidado prestado.
- . utilize os formatos de avaliação de programa já existentes, dos processos educacionais e das práticas profissionais, com foco na atenção básica.
- . elabore relatórios de avaliação das atividades/operações desenvolvidas semestralmente.
- . elabore relatórios das avaliações dos processos, com análise crítica dos resultados e indicação de propostas de melhoria, ao final de cada ano.
- . socialize e utilize os processos de avaliação em parceria com SMHS e DIR.
- . realize seminários internos anuais de avaliação do projeto, com a participação do corpo técnico do Pró-Saúde, docentes, discentes e profissionais dos serviços de saúde envolvidos no projeto.
- . realize seminários semestrais de avaliação do projeto, organizados pela comissão executiva do Pró-Saúde, enviando representantes dos diferentes segmentos envolvidos (docentes, discentes e dos serviços de saúde) (Faculdade de Medicina, 2005b, p. 8).

Além dos dois dos projetos institucionais, que aportaram recursos externos à FAMEMA, dando sustentação às mudanças curriculares, há outro conjunto de documentos internos à instituição que também expressam a concepção de avaliação adotada, ou seja, o currículo prescrito pela instituição. Dentre eles, estão o Manual de Avaliação Institucional e o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Enfermagem.

O Manual de Avaliação deixa claro que a avaliação do desempenho do estudante deve ser realizada em todas as séries. A proposta de avaliação por competência “configura-se como um momento contínuo da aprendizagem, colabora para a transformação humana e profissional e desmistifica o paradigma tradicional de acertos de contas e competição entre estudantes e docentes” (Faculdade de Medicina de Marília, 2006, p.4).

Os padrões de avaliação contidos no Manual de Avaliação Institucional e Manual do Estudante seguem o já discutido em capítulos

anteriores. A progressão do estudante para as séries subsequentes ocorre mediante a obtenção de conceito satisfatório em todas as unidades de cada série. Se necessário, o estudante pode realizar um plano de recuperação durante todo o ano letivo, com uma proposta individualizada, focada em suas necessidades de aprendizagem. A cada avaliação, o estudante tem duas oportunidades de recuperação.

No Manual de Avaliação constam os critérios de reprovação do estudante. Além da exigência da frequência mínima de 75%, cada instrumento de avaliação tem um critério específico de reprovação. Depois de esgotadas as oportunidades de recuperação, são retidos os estudantes que mantiverem o conceito insatisfatório após a 3ª avaliação.

Outro documento institucional é o Projeto político-pedagógico do Curso de Enfermagem, que se refere à avaliação como uma construção curricular integrada, orientada pela abordagem dialógica de competência e seus princípios filosóficos. O PPP do Curso de Medicina ainda está sendo construído pelo corpo docente da Faculdade de Medicina de Marília (2008a).

O currículo apresentado aos professores revela-se nas séries de Medicina e Enfermagem por meio dos manuais/cadernos das unidades educacionais. As tarefas e recursos para o desenvolvimento dos desempenhos esperados estão organizados para os dois cursos, em três áreas que se articulam e se complementam: do cuidado às necessidades individuais de saúde, do cuidado às necessidades de saúde do coletivo e a da organização e gestão do processo de trabalho em serviços de saúde, com enfoque na vigilância à saúde.

A organização dos manuais das séries apresenta diferenças marcantes. O Manual da 1ª série dos Cursos de Medicina e Enfermagem descreve todas as tarefas propostas para as séries, de modo muito semelhante ao formato F3, utilizado no EAPP. Menciona que a avaliação será realizada de acordo com as diretrizes curriculares adotadas pela FAMEMA, abrangendo:

o desempenho do estudante - segundo os instrutores e a auto-avaliação, por meio do formato 3 (semestral), portfólio reflexivo (ao longo da série) e EAPP - Exercício de Avaliação da Prática

Profissional (realizado ao término do 2º semestre); a atividade do(s) professor(es), por meio do formato 4 (semestral); o desenvolvimento da unidade educacional, por meio do formato 5 (semestral) (Faculdade de Medicina de Marília, 2007a, p. 8).

A 3ª série de Medicina trabalha com a medicina baseada em evidências no ciclo vital, para possibilitar a melhor identificação das situações clínicas, colaborando para a elaboração do diagnóstico sintomático e o plano de cuidado para as necessidades individuais e coletivas identificadas. O Manual dessa série também descreve as tarefas propostas para a série e especifica o processo avaliativo da seguinte forma:

o desempenho do estudante, segundo os instrutores e auto-avaliação, por meio do formato 3, será preenchido pelos professores da UPP com o apoio dos professores do LPP, portfólio e avaliação prática simulada no LPP3(avaliação formativa); o momento avaliação da prática simulada no LPP3 ocorrerá às sextas-feiras, a partir do dia 23/02, com a participação do professor da UPP3. Um estudante de um grupo de cinco será submetido a uma avaliação prática com paciente simulado, com uma única estação e duração de 50 minutos. As prescrições dos estudantes também serão encaminhadas para o professor da UPP3.

O EAPP após o término das atividades da UPP3, o desempenho do(s) professor(es), por meio do formato 4; o desenvolvimento da unidade educacional, por meio do formato 5 (Faculdade de Medicina de Marília, 2007b, p. 21).

A 3ª série do Curso de Enfermagem descreve os desempenhos e tarefas esperadas para a série, com o foco no cuidado em enfermagem. O estudante é avaliado pela forma como mobiliza e articula recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, por meio de seu desempenho nas atividades e tarefas realizadas. A avaliação da UPP3 segue as diretrizes adotadas pela Faculdade de Medicina de Marília, conforme consta no Manual de Avaliação do Estudante da FAMEMA e abrange:

. a avaliação do estudante: formato 3 – F3: a síntese registrada pelo professor representa o desempenho do estudante na realização das tarefas, nas diversas etapas do processo ensino-aprendizagem. Contempla aspectos formativos e somativos e sua análise deve ter como referência os critérios de suficiência (satisfatório).

. portfólio reflexivo: instrumento que potencializa a reflexão sobre as práticas, assegurando a construção do conhecimento e do desenvolvimento profissional dos envolvidos (docentes e discentes). [...] É analisado pelo professor ao longo da série, sendo nele registradas suas considerações, e subsidia a elaboração do formato 3, do Exercício de Avaliação da Prática Profissional – EAPP.

. formato 4: é a síntese registrada pelo estudante, em que avalia o desempenho do professor;

. formato 5: é a síntese registrada pelo estudante e pelo professor, em que avaliam o desenvolvimento da unidade educacional.

. aplicação dos formatos de avaliação: o docente registra sua síntese sobre o desempenho do estudante no formato F3 em seis momentos, ou seja, no meio e ao final de cada período da unidade educacional. Do mesmo modo, o estudante registra sua síntese em relação ao desempenho do professor no formato F4. O registro sobre o desenvolvimento da unidade educacional, no formato F5, é realizado ao final de cada período da unidade educacional. Os estudantes preenchem os formatos de avaliação do desempenho do professor (F4) e da unidade (F5), através do SIGA_ Sistema de Gestão Acadêmica. Estes ficam disponibilizados durante sete dias úteis a contar da data prevista. Os docentes devem entregar os formatos de avaliação do desempenho do estudante (F3) e da unidade (F5) na unidade de educação, aos cuidados da secretária da série, no prazo de sete dias úteis após a data prevista (Faculdade de Medicina de Marília, 2007c, p. 10).

Em relação ao desenvolvimento de competências e as tarefas propostas, os objetivos da quarta série do Curso de Medicina, descritos em 2007, deixam claro a especificidade dessa série em relação ao tratamento médico e à terapêutica. Para atingir esses “objetivos, toma como referência as tarefas e os recursos definidos nos Formatos de Observação da série e no Formato de observação do desempenho do estudante” (Faculdade de Medicina de Marília, 2007d, p. 4). Na Unidade de Prática Profissional 4, de acordo com as diretrizes adotadas pela FAMEMA, a avaliação abrange:

avaliação do Estudante

formato 6 (F6): Avalia o desempenho total do estudante. Para tanto, leva em consideração a avaliação da base do conhecimento, da prática baseada em evidências e das habilidades práticas do estudante, durante os diferentes estágios. Para avaliar as atividades práticas, será utilizado, da mesma maneira que em séries anteriores, o Formato de Observação do Desempenho do Estudante. Este formato, de caráter formativo, junto com o portfólio reflexivo, permite ter um acompanhamento contínuo do estudante ao longo do ano, pelos professores colaboradores e professores do ciclo pedagógico. Este formato será preenchido semanalmente pelo professor colaborador com o conceito S/I, assim como a folha de registro das avaliações.

O Portfólio Reflexivo, como instrumento de reflexão da prática, assegura a construção do conhecimento, do desenvolvimento pessoal e profissional dos envolvidos, facilitando a autoavaliação e a avaliação formativa realizada pelo professor. Será entregue ao professor do ciclo pedagógico ao fim de cada ciclo, junto com o F6. Segundo o Manual de Avaliação da FAMEMA, este é o critério para conceito Satisfatório.

Ao final de cada estágio o estudante receberá a avaliação final mediante o Formato 1 (F1), preenchido pelo professor do ciclo pedagógico, em consenso com os professores colaboradores que acompanharam o estudante durante o estágio, baseado no portfólio e no F6.

Ao final do ano letivo, em cenário simulado e com caráter somativo, será realizado o EAPP_Exercício de Avaliação da Prática Profissional. O instrumento de avaliação utilizado no EAPP será o Formato de Observação do Desempenho do Estudante.

Avaliação do Professor e da Unidade Educacional

Avaliação do desempenho do(s) professor(es) será realizado pelo estudante ao final de cada estágio mediante o Formato 4 (F4), *on line*.

A avaliação do desenvolvimento da unidade educacional será realizada pelo estudante e pelo professor ao final de cada estágio mediante o Formato 5 (F5), *on line* para o estudante.

Avaliação da unidade estruturada

Capacidade individual dos estudantes de refletir, analisar e sintetizar respostas às perguntas formuladas com base nos problemas, será avaliada mediante os dois EACs por semestre, de caráter somativo.

Avaliação do desempenho do estudante na Unidade Sistematizada ocorrerá a cada nove semanas mediante Formato 3 (F3), sendo da mesma forma a avaliação do desempenho do professor, mediante o Formato 4 (F4) e da unidade mediante o Formato 5 (F5).

A avaliação do trabalho científico será feita pelo professor orientador de atividade científica do estudante e lhe será atribuído o conceito satisfatório ou insatisfatório. Será atribuído conceito Insatisfatório em duas situações: ao estudante que não entregar o trabalho no prazo pré-estabelecido e/ou com conteúdo insuficiente. No caso de conteúdo insuficiente, os estudantes deverão reapresentar o trabalho, com as correções indicadas, em um prazo estabelecido. As datas serão divulgadas oportunamente (Faculdade de Medicina de Marília, 2007d, p. 7).

O Manual da 6ª série de Medicina faz referência à integração dos recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, aos desempenhos e às tarefas propostas, em um currículo orientado por competência. Descreve as tarefas comuns, que incluem a história e o exame clínico, o plano de cuidados e o seu registro e também as tarefas específicas, realizadas em UTI, anestesia, ambulatorios I e II, clínica cirúrgica e médica e ginecologia.

a avaliação do estudante da sexta série é realizada por meio dos formatos F1, F6, F4 e F5, segundo o manual de avaliação do internato. É oportuno lembrar que a competência é inferida através da observação do desempenho do estudante na realização de tarefas nos diferentes cenários de prática (ambatório, hospital, urgência/emergência), entendendo o desempenho como a forma pelas quais as tarefas são executadas. Estas podem ser realizadas com ou sem a mobilização articulada e integrada dos recursos requeridos. Quando realizado com mobilização articulada e integrada de recursos, o desempenho é considerado **S** e quando não, **I**. No primeiro caso, o desempenho é considerado com competência e no segundo, desempenho sem competência. Assim, ao final do estágio/curso, espera-se que o estudante esteja apto a mobilizar, articulada e integradamente, os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos necessários à realização da

tarefa de acordo com a sua complexidade (Faculdade de Medicina de Marília, 2007e, p. 6).

4.2 O formato de avaliação do desempenho do estudante expresso no currículo apresentado aos professores

Em cada uma das séries dos cursos de Enfermagem e Medicina, os formatos de avaliação do desempenho do estudante foram elaborados pelos professores e coordenadores das séries e das Unidades de Prática Profissional (UPP), para serem utilizados nos vários momentos de avaliação: EAC, EABP, EAPP, entre outros. Esses formatos foram validados pelo grupo de avaliação e pelo Comitê de Prática Profissional, aprovados pelo colegiado da FAMEMA e passaram a constar dos manuais de avaliação.

A avaliação do EAPP na 1ª série dos cursos de Enfermagem e Medicina é registrada no mesmo formato - F3, para ambos os cursos. Na primeira série, o formato destina-se ao registro da avaliação do desempenho do estudante no cuidado individual e tem uma escala de desempenho em cada uma das tarefas propostas.

A primeira tarefa é a história clínica e, nessa atividade do estudante os aspectos a serem considerados durante a entrevista são: situações que impossibilitam ou dificultam sua realização, a forma como o estudante apresenta-se ao paciente simulado, a maneira como solicita seu consentimento, as medidas de biossegurança que utiliza e a atitude empática que adota e que serve de estímulo para que o paciente exponha suas necessidades.

Outro aspecto avaliado na execução da história clínica é a investigação das necessidades de saúde, com base na história e no contexto de vida do paciente, e que prevê a investigação cronológica de sinais e sintomas, nas dimensões biológica, psicológica, cultural e social. Contempla ainda a investigação sobre a evolução do quadro clínico e a manifestação associada identifica o conhecimento que a pessoa tem sobre sua saúde e seus determinantes, além de expectativas, crenças,

sentimentos e repercussões das necessidades de saúde em sua vida. Também avalia se o estudante consegue realizar uma síntese dos dados coletados e apresentá-la ao paciente. Ainda na história clínica, os docentes observam o desempenho do estudante nas relações interpessoais que estabelecem com o paciente, a formação do vínculo entre ambos e o uso de linguagem clara, acessível, identificando barreiras de comunicação e desenvolvendo estratégias para superá-las.

A próxima atividade discriminada no F3 é o exame clínico, que tem início com a obtenção do consentimento livre e esclarecido da pessoa a ser examinada, respeitando seus valores, sua cultura e seu grau de autonomia. Outro elemento avaliado é a postura profissional, considerando o conforto e a privacidade dos pacientes, assim como os aspectos éticos, ergonômicos e as medidas de biossegurança durante todo o procedimento.

Segue-se a avaliação do estado mental e o exame físico geral, que inclui inspeção geral, avaliação do estado nutricional, com a verificação do índice de massa corpórea, verificação dos dados vitais, que incluem frequência cardíaca e respiratória, temperatura, pressão arterial, frequência do pulso, presença dos pulsos periféricos e sensibilidades térmica, dolorosa e tátil.

Outra tarefa é a formulação dos problemas, que envolve o raciocínio clínico, e na qual se avalia se o estudante consegue organizar os dados da história e do exame clínico segundo um eixo e uma sequência lógica, se formula o problema da pessoa segundo suas necessidades, contextualizadas e integradas às dimensões biológica, psicológica, cultural e social, fundamentadas nas ciências da saúde.

A tarefa seguinte é a elaboração do plano de cuidados, com orientações e encaminhamentos tanto para a paciente, como para a família e a equipe de saúde, considerando o grau de autonomia da pessoa, os princípios éticos, os valores morais, as evidências da literatura, as condições socioeconômicas da família e os recursos de saúde disponíveis.

Para finalizar, há o fechamento do caso, no qual se verifica se o estudante identifica as possíveis dúvidas do/a paciente sobre o que foi acordado com o profissional em relação a orientações e encaminhamentos.

O formato dispõe ainda de um campo para o professor anotar aspectos que requerem atenção do estudante e outro para comentários. Por último, há o registro do conceito final, satisfatório ou insatisfatório, a data da realização do EAPP e a assinatura dos envolvidos no processo de avaliação, ou seja, professores e estudante. Em cada uma das tarefas propostas, encontram-se campos abertos para o professor registrar o desempenho do estudante.

Na 3ª série de Enfermagem, a tarefa inicial, ou seja, a realização da história clínica, apresenta os mesmos elementos previstos da primeira série, inclusive o mesmo detalhamento. Já no exame clínico, além do previsto na 1ª série, espera-se que o estudante realize a inspeção detalhada dos diversos segmentos e aparelhos como cabeça e pescoço, tórax, abdome, mamas, membros superiores e inferiores e o sistema endocrinológico, linfoganglionar, circulatório, cardíaco, respiratório, digestório, neurolocomotor, urinário e genital. Nos diversos sistemas a serem examinados estão previstas a inspeção geral, a palpação, a ausculta e a percussão.

Na saúde da criança, o estudante não realiza o exame clínico no EAPP, dada a dificuldade e os aspectos legais de expor a criança a uma situação simulada. É utilizado um manequim infantil, que é apresentado nos braços da mãe, reproduzindo a interação entre mãe e criança. A formulação do problema, o plano de intervenção, os campos dos registros e o conceito final são os mesmos da primeira série.

Na 3ª série de Medicina, o formato de avaliação do desempenho do estudante enfatiza a identificação das necessidades de saúde, prevendo a realização das seguintes tarefas: história clínica, exame clínico, formulação do problema e plano de cuidados. Há campos previstos para registro dos comentários do professor, comentários do estudante, data, assinatura e conceito final.

Na história clínica, na apresentação, verifica-se se o estudante identifica situações que requerem intervenção imediata ou que impedem a realização da tarefa, se ele se preocupa em obter o consentimento do paciente, assegurando-lhe sigilo profissional, se identifica e busca identificar quem é o paciente, se adota medidas de biossegurança e se está atento às barreiras que eventualmente podem interferir na comunicação.

Outro elemento verificado é se o estudante identifica o contexto de vida do paciente, as relações familiares e as situações pessoais, familiares e sociais relevantes, a cronologia dos sinais e sintomas referidos e ou percebidos, e alterações do quadro clínico. A linguagem apropriada e a atenção são elementos que devem estar presentes na realização da história clínica. Busca-se verificar se o estudante usa linguagem clara e acessível ao paciente, assegurando a compreensão das informações prestadas e o estabelecimento de vínculo afetivo entre ambos. Investiga-se ainda se o estudante faz uso do raciocínio clínico, integrando os dados coletados ou percebidos nas diversas dimensões do contexto de vida da pessoa.

No exame clínico, na formulação do problema e no plano de cuidados, os elementos são os mesmos da 3ª série da Enfermagem. Todas as tarefas apresentam campos disponíveis para o professor registrar suas observações.

Na 4ª série de Medicina, o F3 não se diferencia quanto à história, exame clínico e formulação do problema. No plano de cuidados, espera-se que o estudante registre em receituário médico as orientações e/ou medicamentos necessários para a cura ou prevenção de agravos. Os campos para anotações do professor também estão disponíveis em todas as tarefas.

Na 6ª série de Medicina, a avaliação do desempenho do estudante incide sobre a história clínica, o exame clínico, a tomada de decisão no plano de cuidados e da terapêutica e o raciocínio clínico-epidemiológico.

A história clínica prevê a identificação do paciente, a identificação da queixa principal, a história da doença atual, os antecedentes

peçoais, familiares e peçoais que, no caso da saúde da mulher, incluem menstruais, sexuais, obstétricos e ginecológicos, mamários e a revisão dos sistemas. Também se espera do estudante uma comunicação clara e objetiva, uma relação médico-paciente efetiva, o respeito à autonomia do paciente e capacidade de observação.

No exame clínico, verifica-se se o estudante prepara o ambiente e os equipamentos utilizando medidas de biossegurança, se realiza todas as técnicas do exame físico requeridas nos anos anteriores e, de modo mais detalhado, na saúde da mulher, o exame do abdome gravídico e a coleta da citologia oncológica. Também se espera que reconheça alterações que fujam da normalidade.

Na tomada de decisão no plano de cuidados e da terapêutica, o estudante deve selecionar os recursos para o diagnóstico e a terapêutica considerando o custo-efetividade, com base em evidências da literatura, assim como no contexto sócio-econômico para a tomada de decisão clínica. Também se espera que elabore um plano de cuidados que proporcione a participação do paciente, uma prescrição que permita o entendimento do plano terapêutico e também que discuta com sua equipe sobre os cuidados à paciente.

Espera-se do estudante um raciocínio clínico–epidemiológico sustentado no conhecimento científico, integrado aos conhecimentos fisiológicos, articulando história e exame clínico. Também se espera um raciocínio diagnóstico, que eleja prioridades e reconheça eventuais lacunas de conhecimento para o caso.

Uma diferença marcante entre a sexta série e as demais, dos Cursos de Medicina e Enfermagem é que o formato de avaliação que tem a forma de um *check list*, em que cada tarefa, esta aparece como item, de modo sucinto com conceitos de não se aplica para a situação, de satisfatório e de insatisfatório ou não se aplica a situação.

4.3 O currículo moldado e posto em ação pelos professores por meio do registro dos formatos de avaliação

O registro das observações dos professores nos formatos de avaliação do desempenho do estudante (F3) incide sobre os aspectos positivos e as dificuldades apresentadas pelos estudantes na situação simulada.

Na história clínica, em geral os professores ressaltam aspectos relativos ao sigilo profissional. Alguns exemplos de registro são transcritos a seguir:

assegurar de forma mais clara o sigilo (IED2)
 Estudante apresentou dificuldades para esclarecer o objetivo da visita (IED27).
 Apresenta-se [ao paciente], tem boa comunicação, empática, é calma, pede consentimento para realizar anamnese, desenvolveu-a de forma completa (IED45m).

No que toca à comunicação, alguns exemplos de registro são:

Faz perguntas indutivas, falta de resposta empática, comunicação não verbal inadequada (IED10)
 A estudante faz questionamentos pertinentes, usando boa comunicação verbal e não verbal, conseguiu compreender a necessidade de saúde [sic] do paciente e deu orientações com maturidade e segurança de forma adequada (ID214c).

Outro aspecto que chama a atenção do professor no momento avaliativo é a relação profissional, a formação de vínculo:

quanto ao vínculo e à relação, as anotações registram que o estudante desenvolve bom vínculo, [deve] atentar-se para desenvolver melhor história da moléstia atual e contexto de vida (IED17).
 Vínculo e empatia muito bons [o estudante] estabeleceu excelente relação médico-paciente, explorou o [aspecto] biopsicossocial (ID85a).

Na história clínica, são feitas observações como:

Ficou muito presa ao roteiro, faltou eixo na entrevista clínica, fez a entrevista num tempo menor que o indicado (IED10).
 Estudante coleta dados de forma organizada, faz entrevista com técnica adequada, postura adequada, tom de voz adequado, fez contato com mãe da criança olhando nos olhos. Ao final do procedimento, fez síntese/resumo para clarear intenções (IED46c).
 Explorar melhor o contexto psicoafetivo da mãe-bebê e familiar (ID163c).

Quanto ao exame físico, os professores ressaltam as medidas para sua realização:

Atentar para postura ergonômica e medidas de biossegurança (IED6).
 Utilizou medidas de biossegurança, lavagem das mãos, higienizou os materiais com álcool (IED35).
 Não se esquecer de lavar as mãos (ID143m).

Na realização do exame, os professores destacam a relação profissional-paciente:

No exame clínico, esclarece a pessoa com linguagem compreensível, respeitando a pessoa, tem postura ética (IED4).
 Não esclareceu adequadamente os objetivos do exame clínico, não utilizou os recursos que poderiam ser utilizados no momento (IED27).
 Embora nesta atividade o estudante não tenha demonstrado afetividade, na prática (UPP3) no cenário real, é muito afetivo, com boa comunicação, [sic] continuar desenvolvendo cada vez mais (ID98m).

Na avaliação do estado mental, os registros voltam-se predominantemente para aspectos éticos:

Postura ética, pequenos detalhes (IED32).
 Obteve consentimento e teve postura profissional e ética, caracterizou o estado mental, fez exame físico geral adequadamente (IED11).
 Avaliar aparelho psíquico, controlar ansiedade, identificar o contexto, treinar raciocínio clínico (ID132a).

Muitas vezes o registro do professor não deixa claro o que ele identifica como dificuldade e o que o estudante deve fazer para se corrigir. Por exemplo, quando menciona “pequenos detalhes” na questão ética.

No registro feito pelos professores, é perceptível o quanto ficam presos às atividades elencadas no F3. A maioria limita-se a transcrevê-las, enfatizando os aspectos que mais lhes chamam a atenção. Registram tanto aspectos positivos quanto negativos, que em geral predominam.

Alguns professores, entretanto, no momento da avaliação da situação simulada, conseguem fazer referência a outros momentos vivenciados durante o cotidiano na prática profissional e avaliar condições de melhora e ou piora no desempenho do estudante, assim como identificar quais atributos estão sendo mobilizados na situação.

Quanto à formulação do problema, os registros em geral enfatizam o raciocínio clínico e epidemiológico.

Realizar um possível diagnóstico (ID156a).
 Adequado desenvolvimento do raciocínio clínico, porém deve deixar fluir melhor o relato espontâneo (IED6).
 Não identificou adequadamente as necessidades de saúde [sic] (IED40).
 Caracterizou cronologicamente os sinais e os sintomas referidos para Não conseguiu tranquilizar o paciente, [mas] não usou conhecimentos (epidemiológico, etiopatogenia) para isso (ID172m).

As anotações dos professores relativas ao plano de intervenção levam em conta as ações realizadas pela equipe de saúde, a autonomia do paciente no cuidado e as dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Elaborou bem o planejamento das ações, integrando as informações com conhecimentos prévios e o raciocínio clínico, teve segurança na elaboração da hipótese, fez um raciocínio clínico (ID80a).
 Não levou em consideração a participação da paciente, não dando encaminhamento pertinente (IED13).
 Rever as ações sociais da equipe de saúde (ID163a).
 Lembrar do psicossocial como algo inseparável, [que] é maior que o biológico puro (ID174m).

Observações relativas ao conceito final revelam a crença dos professores de que a avaliação realizada possibilita identificar as fragilidades apresentadas pelo estudante, apresentando sua recuperação, qualquer que seja o momento do curso em que ele se encontre.

Lembrar sempre do aspecto da integralidade (ver o todo) em qualquer paciente, independente da queixa (não se deter na parte, lembrar do todo). Os aspectos considerados pelo estudante foram sutis, não justificam um I [insatisfatório] (ID184m).
 O aluno relata que, durante as quatro semanas em que passou pela UBS e nas duas [sic] que ficou numa USF, não foi estimulado a complementar seu conhecimento teórico sobre pré-natal. Propus-me [o professor que avaliou o estudante] a aceitá-lo na UBS para um período de recuperação no tocante ao pré-natal (ID228m).
 O estudante não investigou o contexto familiar [sic], não avaliou a carteira de vacina e não conseguiu tranquilizar a mãe em relação a suas dúvidas quanto à amamentação. Fez diagnóstico síndrome inadequado, solicitando exames complementares sem pertinência (ID229c).

A maioria dos registros é muito semelhante, assim como os elementos priorizados pelos professores. O que difere da primeira série de

ambos os cursos para as 3^{as} séries de Enfermagem e Medicina e a 4^a série de Medicina é o exame físico específico dos diversos sistemas, que não é exigido na 1^a série, assim como a palpação, a ausculta e a percussão.

Rever técnica de percussão no tórax posterior e palpação de fígado e baço (IED43a).

Preocupada com o paciente, acolhe-o e cuida do seu conforto (ID120a).

Tem dificuldade de realizar inspeção de mamas e do abdômen gravídico (ID228m).

Já na 6^a série de Medicina, não há registros do professor, uma vez que as tarefas estão arroladas na forma de um *check list*.

4.4 Caracterização dos professores que registraram o EAPP nas séries dos Cursos de Enfermagem e Medicina

A população de docentes da Faculdade de Medicina de Marília atualmente gira em torno de 207, que atuam nos cursos de a graduação e pós-graduação dos cursos de Enfermagem e Medicina. Neste estudo, 86 docentes participaram no registro do formato 3 nas 1^a, 3^a séries dos cursos de Enfermagem e Medicina na 4^a série de Medicina.

Os quadros a seguir apresentam a caracterização dos professores dos cursos de Enfermagem e de Medicina que registraram os formatos de avaliação do desempenho dos estudantes nos EAPPs, nas diferentes séries dos cursos de Enfermagem e Medicina.

Quadro 07 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo e a idade. Marília, 2009.

Séries	Número de Professores	Sexo Fem.	Sexo Masc.	Menor Idade	Maior idade	Mediana	Média
1 ^a Enf./ Med.	20 23,2%	17 20%	3 3,5%	29	58	38,5	39,6
3 ^a Enf	19 22,1%	18 21%	1 1,2%	32	50	45	44,1
3 ^a Med	12 14%	8 9,3%	4 4,7%	31	61	44,5	45,1
4 ^a Med	35 41%	15 17,5%	20 23,2%	27	64	48	47
Total	86 100%	58 68,0%	28 32,0%	27	64	44,75	43,95

Dos 86 professores que preencheram o formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, sendo 47 (54,8%) eram vinculados ao curso de Medicina, 20 (23,2%) a ambos os cursos e 19 (22%) ao de Enfermagem. Nesta população predominou o sexo feminino 58 (68%) e a menor idade entre os professores foi de 27 anos, a maior de 64, com média de 43,95 e mediana de 44,75 anos.

Quadro 08 – Professores que registraram formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a formação e a titulação. Marília, 2009.

Séries	Médicos	Enfermeiros	Especialistas	Mestres	Doutores
1ª Med.	10 11,5%		9 10,5%	1 1,2%	0
1ª Enf.		10 11,5%	3 3,5%	6 7%	1 1,2%
3ª Enf	0	19 22,5%	2 2,3%	13 15,1%	4 4,6%
3ª Med	12 14%	0	7 8,2%	2 2,3%	3 3,5%
4ª Med	35 40,5	0	26 30,2%	3 3,5%	6 7%
Total	57 66,3%	29 33,7%	47 54,7%	25 29,1%	14 16,2%

Dos 86 professores, 57 (66,3%) eram médicos e 29 (33,7%), enfermeiros. Houve maior concentração de médicos na 4ª série de Medicina, (40,5%) e de enfermeiros na 3ª série de Enfermagem (22,5%). Em relação à titulação, a maior concentração foi de especialistas (54,7%), na 4ª série de Medicina (30,2%), seguida de mestres na terceira série de Enfermagem (15,1%) e de doutores (7%) na quarta série de Medicina.

Quadro 09 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo vínculo com a instituição e o tempo de atuação na FAMEMA. Marília, 2009.

Séries	Prof. Contratado	Prof. Colaborador	< anos de atuação na FAMEMA	> anos de atuação FAMEMA	Média	Mediana
1ª Med. E Enf.	12 14,0%	08 9,3%	2	20	12.2	12
3ª Enf	19 21,0%	0	4	25	14.8	16
3ª Med	12 14,0%	0	1	29	12.6	12
4ª Med	20 23,0%	15 17%	1	32	15	17.5
Total	63 73,3%	23 26,7%	1	32	13.65	14

Havia 63 (73,3%) professores contratados pela FAMEMA e 23 (26,7%) colaboradores vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. As 3ª séries dos cursos de Enfermagem e Medicina não contavam com professores colaboradores. Dentre os professores contratados pela FAMEMA, o menor tempo de registro foi de um ano e o maior, 32 anos. A média foi de 13,65 e a mediana, de 14 anos.

Quadro 10 – Professores que fizeram registros no formato de avaliação do desempenho do estudante, F3, nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a área de atuação na FAMEMA. Marília, 2009.

Séries	Atenção primária	Atenção secundária	Atenção hospitalar	Laboratório de prática	Laboratório análises clínicas	Construção de unidades	Educação permanente
1ª Med./ Enf.	10 12,0%	4 4,7%	2 2,3%	0	0	3 3,4%	1 1,2%
3ª Enf	6 6,9%	0	8 9,3%	0	0	5 5,8%	0
3ª Med	0	1 1,2%	11 13,0%	0	0	0	0
4ª Med	16 18,6%	4 4,6%	10 12%	4 4,6%	1 1,2%	0	0
total	32 37,2%	9 10,4%	31 36,0%	4 4,6%	1 1,2%	8 9,3%	1 1,2%

A maior concentração dos professores foi na Atenção Básica, 32 (37,2%), seguidas da área hospitalar, 31 (36%). Há ainda a participação de professores que participam de planejamento de unidades educacionais (responsáveis por elaborar os problemas a serem discutidos em tutorias e instrumentos de avaliação como o EAC) num total de 8 (9,3%), 4 (4,6%) para os professores que atuam no laboratório de prática profissional, seguidos de 1 (1,2%) com atuação em ambulatórios e educação permanente.

4.5 Caracterizações dos grupos estudados no EAPP

Os grupos estudados nos EAPPS foram compostos por estudantes e professores das séries referidas nos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA. O quadro a seguir apresenta as características dos estudantes.

Quadro 11 – Estudantes filmados nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo o sexo, a idade, a série e a estação desenvolvida. Marília, 2009.

Curso	Sexo	Idade	Série	Estação do EAPP
Enf.	M	18	1º	Adulto
Med	M	19	1º	Adulto
Med	M	26	1º	Adulto
Med	M	22	3º	Mulher
Med	M	29	3º	Criança
Med	M	22	3º	Adulto
Enf.	F	21	3º	Adulto
Enf.	F	22	3º	Criança
Enf.	F	21	3º	Mulher
Med	M	21	4º	Mulher
Med	M	25	4º	Adulto
Med	F	24	4º	Criança
Med	M	22	6º	Adulto
Med	F	24	6º	Pequena cirurgia
Med	F	26	6º	Criança
Med	F	24	6º	Mulher

Dentre os estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA que realizaram o EAPP nos anos de 2007 e 2008, houve

predomínio do sexo masculino, com 9 (56,2%). O estudante mais jovem era do sexo masculino, tinha 18 anos e cursava Enfermagem e o mais velho tinha 29 anos e cursava o 3º ano de Medicina. A média de idade dos estudantes foi 22,8 anos e a mediana, 22 anos.

Quadro 12 – Professores filmados nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina, segundo a idade (I), o sexo (S), a formação (F), a titulação (T), a área de atuação (AA), o tempo de atuação na FAMEMA (TA), curso (C) e série (SE) que realizou o EAPP, cenário que atua com estudantes (CE) e função na FAMEMA (FU). Marília, 2009.

P	I	S	F	T	AA	TA	C	SE	CE	FU
P1	35	F	Med.	Esp.	Amb.	03	Enf.	1ª	UPP1 R B	Professor
P2	34	F	Enf.	Mestre	USF	17	Enf.	1ª	UPP1 R B	Professor
P3	53	F	Med.	Esp.	Amb.	20	Med.	1ª	UPP1 R B	Professor *
P4	46	F	Enf.	Mestre	Amb.	12	Enf.	1ª	UPP1 R B	Professor *
P5	31	F	Enf.	Mestre	UTI	08	Med.	1ª	UPP1 R B	Professor col.
P6	48	F	Med.	Esp.	USF	20	Med.	3ª	UPP3 R H	Professor
P7	55	F	Med.	Doutor	Pediatria	21	Med.	3ª	UPP3 RH	Professor
P8	57	M	Med.	Doutor	Urologia	23	Méd.	3ª	LPP 2 RH	Professor
P9	48	F	Enf.	Mestre	MI	19	Enf.	3ª	UPP3 RH e LPP2	Professor
P10	43	F	Enf.	Doutor	USF	09	Enf.	3ª	UE 2 e LPP 4 Med	Professor
P11	40	F	Enf.	Esp.	Pediatria	12	Enf.	3ª	UPP3 RH e LPP3	Professor Coord.
P12	43	F	Enf.	Mestre	USF	08	Enf.	3ª	UPP2 R B e LPP2	Professor
P13	39	F	Enf.	Esp.	Maternidade	16	Enf.	3ª	UPP3 RH e LPP3	Professor – Coord.
P14	52	M	Med.	Mestre	USF	20	Med.	4ª	UPP4 RB LPP2	Professor
P15	58	M	Med.	Doutor	Laboratório	32	Med.	4ª	UE 3	Professor
P16	57	M	Med.	Doutor	Pediatria	28	Med.	4ª	UPP4 RH	Professor
P17	35	M	Med.	Doutor	Amb.	07	Med.	6ª	LPP2 e EP	Professor
P18	49	M	Med.	doutor	Amb.	17	Med.	6ª	UPP4 RB	Professor
P19	34	M	Med.	Esp.	UTI	01	Méd.	6ª	UPP4 RB	Professor
P20	53	M	Med.	Esp.	Maternidade Ginecologia	21	Méd.	6ª	RH	Professor

* = participou em mais de uma estação no EAPP.

Nas dezesseis situações simuladas, 20 professores participaram da filmagem dos EAPPs nos anos de 2007 e 2008. Eram contratados pela FAMEMA, alguns com dedicação exclusiva e outros em tempo parcial. Somente a professora colaboradora tinha seu contrato como enfermeira assistencial e recebia uma gratificação para exercer a função docente. Além da função docente, dois professores assumiam também a coordenação de unidade educacional. Em relação ao sexo, predominou a

população feminina (60%). A idade variou de 31 anos a 58 anos, com média de 45,5 anos e mediana de 47 anos. Houve predomínio do profissional médico (60%).

Quanto à formação em nível de pós-graduação, constatou-se a presença de 35% de especialistas e de doutores e 30% de mestres. Entre os especialistas (20%) eram médicos e (15%) enfermeiros; entre os doutores, 6 (30%) eram médicos e 1 (5%) enfermeiro e, entre os mestres, 5 (25%) eram enfermeiros e 1 (5%), médico. O tempo de atuação dos professores na FAMEMA variou de um a 32 anos. A maioria (60%) ultrapassa 12 anos de trabalho na instituição.

Dez professores atuavam com estudantes nas Unidades de Prática Profissional na Rede Básica (RB) de Saúde nas UBS e USF. Sete (35%) atuavam na Rede Hospitalar, em diferentes especialidades e três (15%) exerciam atividades no Laboratório de Prática Profissional, atuavam na elaboração das unidades de ensino e na educação permanente.

No EAPP, os professores atuaram em duplas compostas por médico e enfermeiro na primeira série dos cursos de Enfermagem e Medicina. Na terceira série da Enfermagem, as duplas eram de enfermeiros. Na terceira, quarta e sexta séries do Curso de Medicina, os EAPPs observados foram acompanhados por um único docente médico.

4.6 O currículo em ação no EAPP

As filmagens dos EAPPs evidenciaram o tempo despendido pelo estudante para realizar a prática, a atuação do professor e de ambos em todo o processo avaliativo. Também foram ressaltados os elementos valorizados por estudantes e professores na realização das tarefas para atingir o desempenho esperado na área do cuidado individual.

O tempo despendido nos EAPPs variou nas séries, nos cursos e nas estações desenvolvidas, conforme quadro a seguir:

Quadro 13 - Tempo em minutos despendido nos EAPPs nas séries analisadas dos cursos de Enfermagem e Medicina por professores e estudantes. Marília, 2009.

Curso/ série/ estação desenvolvida no EAPP	Tempo total	Tempo desempenho do estudante	- Tempo devolutiva do professor
Enf. – 1º - adulto	96	55	41*
Med – 1º - adulto	91	58	23*
Med – 1º - adulto	81	58	23*
Med – 3º - mulher	54	48	06
Med – 3º - criança	53	50	03
Med – 3º - adulto	64	61	03
Enf. – 3º - adulto	82	64	18*
Enf. – 3º - criança	94	61	33*
Enf. – 3º - mulher	67	57	10*
Med – 4º - mulher	54	47	07
Med – 4º - adulto	40	37	03
Méd – 4º - criança	45	31	14
Med – 6º - adulto	35	30	05
Med – 6º - p. cirurgia	17	14	03**
Med – 6º - criança	38	26	12
Med – 6º - mulher	43	30	13

* tempo dos dois professores para discutirem avaliação entre eles e com estudante

** tempo utilizado pelo estudante, mas durante toda a estação o professor questionou o estudante sobre os procedimentos realizados.

Os estudantes de primeira série realizaram o EAPP na saúde do adulto e, os das demais séries, nas áreas de saúde do adulto, da mulher e da criança. Na 6ª série do Curso de Medicina houve ainda uma estação de pequenas cirurgias. A duração total do EAPP, incluindo o desempenho do estudante até a devolutiva do professor foi, em média, de cerca de uma hora. A mediana foi de 54 minutos, o menor tempo foi de 17 e o maior de 96 minutos.

Quanto ao desempenho do estudante, a média foi de cerca de 45 minutos, a mediana de 49 minutos, sendo o menor tempo de 14 minutos e o maior, de 64. A devolutiva do professor para o estudante durou em média cerca de 13 minutos, a mediana de 11 minutos, o menor tempo de 3 e o maior de 41 minutos.

No processo de avaliação, o momento da devolutiva do professor constitui um momento de interação com estudante. O caráter formativo da avaliação pode ser inferido pelo tempo dedicado pelo professor para essa interação e o modo como se organiza para realizar essa atividade. A *performance* do professor durante a devolutiva é expressão de suas concepções sobre o trabalho pedagógico. Quanto um professor desempenha seu trabalho telegraficamente, pode estar perdendo uma oportunidade preciosa do processo ensino aprendizagem.

A ação dos professores e estudantes durante a realização dos EAPPs

Na realização das tarefas propostas, estudantes e professores, priorizaram alguns elementos, descritos a seguir. Optou-se por apresentar em conjunto as primeiras séries de ambos os cursos, por estarem voltadas para os mesmos desempenhos e utilizarem os mesmos cenários de ensino-aprendizagem.

Os estudantes de 1^a série, no momento do EAPP, foram recebidos por duas professoras, uma de cada curso, sendo que uma delas havia acompanhado o estudante durante a atividade prática diária no decorrer do ano. Essa condição foi garantida a todos os estudantes da 1^a série, por se tratar da primeira vez que passavam por uma situação de avaliação da prática profissional.

Antes do início da atividade, as professoras explicavam cuidadosamente como essa aconteceria. Ao detalhar a tarefa a ser realizada, sugeriam a distribuição do tempo, mas deixavam o estudante à vontade para aceitar ou não a sugestão. Também deixavam claro que a sala proposta para a atividade não tinha lavatório, o que prejudicava a realização das medidas de biossegurança, mas indicavam o local que poderia ser utilizado para esse fim. Também orientavam sobre os materiais a serem utilizados durante a atividade. Em seguida, abriam espaço para o estudante manifestar suas dúvidas quanto às tarefas propostas. Se este manifestava-se satisfeito com as orientações, desejavam-lhe boa sorte.

Ao iniciar a atividade, simulando uma visita domiciliária (VD), um dos estudantes teve o cuidado de se apresentar à paciente simulada, informando sua instituição de origem. Perguntou à paciente se a VD naquele momento não interferiria nas suas atividades domésticas.

_ Dona Lúcia, agora virei à casa da senhora uma vez por semana, uma vez cada 15 dias, tudo bem? Se a senhora estiver ocupada pode me falar, tudo bem (SE1ea)?

Outro estudante, após se identificar, também explicou o motivo da visita domiciliária e, durante o atendimento, quando o paciente foi expor seu problema, pediu licença e mencionou a questão ética.

_ Então, a primeira coisa que eu gostaria de falar com você [é] que fique tranquilo, porque a nossa conversa é sigilosa. A gente tem um código de ética médica do estudante de Medicina e todos da área da saúde e eu podemos te garantir que essa conversa que nós vamos ter aqui agora vai ficar aqui. Se aparecer alguma situação que necessite de cuidado maior, eu só vou falar com as minhas professoras para a gente poder te ajudar da melhor forma possível, tudo bem (SE1ma)?

Durante a realização das tarefas, as professoras mostraram-se preocupadas com o espaço que estavam ocupando no ambiente e, com receio de atrapalhar o estudante, mudaram de lugar.

O estudante iniciou a história clínica explicando à paciente o objetivo da VD. A coleta de dados limitou-se em alguns momentos a perguntas e respostas, pois o estudante apresentou muita dificuldade para agir de modo espontâneo, mostrando-se bastante inseguro. Coletou uma série de informações, sem conseguir articulá-las com outros achados. Apesar de não estar utilizando o instrumento padronizado do EAPP, que apresenta uma sequência, tentou o tempo todo segui-lo de memória. Entretanto, suas perguntas não pareciam ter um eixo e revelou dificuldade para identificar o sentido da informação para o caso.

Outro estudante, na exploração dos dados, tentou fazer correlações com os achados clínicos. Explorou a história clínica de forma abrangente, promovendo mais um relato espontâneo, aproveitando para promover com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

_ [...] tem uma coisa que eu gostaria de perguntar para você: - O senhor já fez exame de próstata? Já ouviu falar sobre o exame de próstata?

_ Já ouvi falar. Da última vez que fui ao postinho, a médica que me atendeu explicou esse negócio aí, que é muito importante por causa do tal de câncer grave. Apesar de não ler, a gente ouve na TV, o cara falando assim, chega até a fazer brincadeira no bom sentido sobre isso. Mas ainda eu não fiz não.

_ Por que não?

_ Sei lá, vergonha, ou essas coisas. Tem que pegar e fazer né? A médica perguntou: _ mas você tem vergonha? É isso que deixa um pouco com medo. Hoje então eu peço para meus filhos falarem e eu não tenho vergonha não, é isso. Eu que não fiz mesmo.

_ Quando você tiver uma oportunidade, tiver mais uma folga, [pode] ir a um posto ou a gente pode também te encaminhar para fazer esse exame por que é importante. Como você vê, ele pode detectar um câncer de próstata e, principalmente a partir dos 40 anos, é importante todos os homens irem ao médico. Não é nenhum bicho de sete cabeças. Existe ainda um preconceito de que vai doer... (SE1ma).

O estudante também coletou os dados do filho da paciente, conseguiu articulá-los com o trabalho realizado e perceber que se tratava de uma doença profissional.

_ E ele usa capacete para trabalhar, usa alguma proteção [...] Seu filho trabalha na marcenaria? Você já acompanhou seu filho, sabe como ele trabalha? Quais as condições [sic] que ele está trabalhando lá?

Deve ser muito [sic] poeira, né, por que às vezes ele reclama um pouco que ele espirra lá, mas eu não sei se é por causa disso. Você já viu se o seu filho chega em casa e tem falta de ar? Já levou ele num [sic] postinho por que [sic] causa de alguma queixa assim? [...] é importante que eu passe isso para você que o trabalho na marcenaria, esse pó, essas lasquinhas de madeira que sempre saem, é [sic] perigoso para a pessoa, principalmente para uma criança ou um adolescente ficar respirando aquele pó. Isso, no futuro, na idade adulta dele, pode ter que esses problemas. [...] Então, é bom que você aconselhe seu filho ou vá até o local [sic] que ele trabalha para conversar e ver como é que a proteção que ele usa, se ele usa alguma máscara, mesmo porque ele é criança (SE1ma).

O estudante demonstrou bastante cuidado ao coletar os dados e apresentou uma atitude empática.

_ Se você me permite, me conta quando foi sua primeira relação sexual. Tem algum problema dizer sobre isso? [...] Agora, o que eu ia te falar: olha, é difícil perder um filho, muito difícil perder um filho, é realmente. Você escuta assim das mães: uma mãe nunca deveria entregar o seu filho, não seria assim a lei natural. Então, o que eu posso dizer para você, de experiência mesmo de

família: é difícil perder um ente querido e quando isso acontece ainda mais na forma que foi assassinada, essa dor é demais, essa dor fica com a gente. O importante é que você pense de todas as maneiras em seguir com a vida com os seus filhos que estão aqui e eles precisam de você. Você sabe disso como mãe, que esses outros quatro filhos seus, suas meninas e os meninos, precisam de você, você é o apoio. Então, se você quiser, eu conversei com a médica da Unidade e a gente pode encaminhar você para conversar com um psicólogo, para colocar e expor os seus sentimentos, essa tristeza que você tem e para ver também essas tonteiras que você vem tendo [há] algum tempo atrás. Se você quiser, a gente faz isso, a gente conversa com a enfermeira (SE1ma).

Na realização do exame físico, o estudante preocupou-se com o conforto do paciente, realizou a inspeção geral no sentido céfalo-caudal e avaliou os dados vitais e antropométricos. Antes da realização dessa etapa, observou as medidas de biossegurança, lavou as mãos e promoveu a desinfecção dos materiais a serem utilizados. Foi muito cuidadoso e orientou a paciente a cada procedimento realizado. Explorou de modo abrangente a avaliação do estado mental. Após a coleta de dados, realizou o levantamento das necessidades de saúde, abrangendo todas as dimensões. Explicou detalhadamente o plano de cuidados ao paciente, inclusive os encaminhamentos, envolvendo toda a equipe de saúde.

_ Talvez ela não consiga fazer a relação, mas tem [sic] essa relação. Essa necessidade, eu acho que é suprida pelos vizinhos. Apesar de que irmão é irmão. Mas isso [...] a parte assim de amigos, de ter com quem conversar. Tem a casa dos vizinhos, outras vezes indo para casa. Necessidade mais biológica tem a dor dela, que está assim, é bem forte, relevante. Quanto à alimentação, eu acho assim [...] pontualmente... A sobrecarga do pai, a faxina de casa, a filha ajuda [...].

_ Como você elabora o plano de cuidado?

_ Primeiramente, escolheria encaminhar para uma consulta com médico da família mesmo, em relação à dor. Com o pai, procuraria saber como ele está mesmo. Talvez isso a esteja preocupando muito, interferindo muito, porque quando cuida do pai, não está cuidando dela também (SE1ea).

Ao realizar a avaliação do estudante, as professoras problematizaram a situação, proporcionando-lhe oportunidade para pensar e refletir antes de responder. Questionaram o porquê de ter realizado determinado procedimento de uma forma e não de outra, aguardando uma justificativa fundamentada em princípios científicos.

Embora todos os dados tivessem sido coletados, as professoras mencionaram que sentiram falta de um eixo para orientar a história clínica, já que o estudante muitas vezes voltou a perguntar o que já havia explorado. Com relação à queixa e à duração, questionaram-no sobre como utilizar a história tradicional para avaliar as necessidades de saúde do paciente.

_ Você começou pelos hábitos de vida, mas o interessante é começar [...] a gente chama isso de queixa e duração, mas a gente pode transformar isso em necessidades de saúde. Começar o contato com a pessoa através do que ela entende que está atrapalhando a saúde dela, o que eu poderia [fazer] caso [houvesse] alguma coisa que ela sentisse que promovesse saúde para ela. Partir dessa necessidade, fazer toda uma interrelação dos aspectos da anamnese. Porque quando você vai nesses pontos [sic], fica a coleta pela coleta, sem definição (SP1ea).

Assim procedendo, uma das professoras chamou a atenção do estudante para o referencial das necessidades de saúde, adotado em ambos os cursos para orientar a história clínica. Ao discutir a perspectiva da avaliação das necessidades de saúde como eixo orientador da história clínica, enfatizou que tais necessidades devem ser consideradas também na visão do paciente, e não somente na do profissional de saúde. O propósito foi discutir com o estudante a autonomia dos sujeitos do cuidado. Ao final, as professoras reforçaram que seu papel de observar o desempenho do estudante e fazer observações que visam ao aprendizado.

As professoras avaliaram que os estudantes apresentaram bom contato com o paciente, boa relação interpessoal, pois se mostraram empáticos e desenvolveram comunicação clara e adequada, propiciando a formação de vínculo. Porém, na autoavaliação, um estudante revelou que teve que fazer um esforço muito grande para utilizar uma linguagem clara, compatível com o entendimento do paciente, para que esse não ficasse em dúvida sobre o que estava sendo dito. As professoras acentuaram que seu esforço foi válido e que ele conseguiu expressar-se com bastante clareza.

As professoras discutiram com os estudantes a forma de realizar a coleta de dados, especificando que muitas vezes deveriam ouvir um pouco mais o paciente e explorar mais as questões. Consideraram que

muitas vezes os estudantes de 1ª série preocupam-se apenas em realizar todos os passos preconizados na história clínica, sem os articular devidamente. Um estudante relatou que esqueceu alguns dados na história clínica e a professora colocou

— e aí, quando você estava lá na revisão de sistema, você podia ter resgatado o que você não pega lá, você podia resgatar aqui. Mas aí você já deu um salto. Eu percebi que você estava preocupado com o tempo e eu também estava, porque o paciente [...] Ele fala, você pergunta, ele demora para responder [...] (SP1ma).

Em relação às medidas de biossegurança, os professores consideraram que um dos estudantes deveria ter adotado uma postura mais ergonômica, pois ficou muito tempo curvado, o que poderia lhe causar problemas de saúde. Os professores ficaram prescritos em suas ações, poderiam ter construído junto com o estudante sua ação em relação as medidas de biossegurança.

Destacaram o sigilo profissional, argumentando que embora a atitude do estudante não tenha comprometido o vínculo profissional, poderiam ter ocorrido problemas. Mencionaram ainda que, durante a coleta de dados, um estudante revelou seus valores e preconceitos, o que também poderia prejudicar o vínculo e até mesmo a realização da história clínica.

— Você disse assim:
 — Você tem preguiça. Outra coisa que você perguntou foi assim: -
 — Tem preguiça de ir ao banheiro?. Então precisa tomar cuidado. Você está investigando o juízo de valores do paciente que também podem comprometer o vínculo. Você está na casa do paciente e está falando que ele tem preguiça de escovar os dentes. Você pode não estar julgando, mas para o paciente pode soar de uma maneira:
 — Você está achando que tenho preguiça. É só tomar cuidado em relação a isso, é atenção (SP1ea).

As professoras reforçaram que o estudante muitas vezes chegou a sua conclusão sem que o paciente tivesse falado, supondo que as coisas seriam de uma determinada maneira. Sugeriram formas de realizar a história clínica de modo a evitar o julgamento.

— Deixar aberto, deixar ela falar o porquê. Até porque você induziu. Se ela disser que não escova o dente, é uma boa. Agora você [dizendo], ela pode até se sentir julgada. É uma estratégia fazer a pergunta e deixar em aberto para ela te falar, você vai

dando essa opção, [ou] ela pode interpretar de maneira pejorativa (SP1ea).

As docentes consideraram que os estudantes iniciaram a atividade demonstrando muita insegurança, mas foram ganhando segurança e desenvolvendo a tarefa num ritmo adequado. Identificaram fragilidades dos estudantes na formulação do problema e na elaboração do plano de intervenção, questionaram-no como os re-elaboraria e quais elementos deveriam ser considerados essenciais nessa tarefa. Ao responder, o estudante articulou as dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais de uma forma contextualizada.

As professoras promoveram uma avaliação por meio do diálogo, construindo com os estudantes o como desenvolver um plano de cuidados para a situação vivenciada. Aproveitaram o momento avaliativo para explicar como seria correto naquele momento avaliar um determinado segmento do corpo, mas de forma a problematizar tal avaliação. Tranquilizaram o estudante em relação a seu desempenho e estimularam-no a continuar assim, entendendo que nesse processo de avaliação de co-participação entre professores e estudantes, ambos são ativos na análise dos desempenhos.

Continue assim, eu acho que transmite bastante tranquilidade, transmite bastante segurança (SP1ma).

Ao avaliar outro estudante, as professoras consideraram que,

— Ele faz um trabalho amplo, ele explora bem, tem contato bom. Tem alguns probleminhas, que são típicos de uma situação como esta, e é importante que a gente assinale. Eu acho que, na minha maneira de entender, está satisfatório, plenamente satisfatório. Agora, tem elementos, como ele mesmo identificou [...] Então, eu acho que é bom assinalar, mas acho que uma coisa que pode ser corrigida com o tempo (SP1ma).

Ao agir assim, revelaram que compreendem a aprendizagem como um processo, sabem que o estudante não precisa estar “pronto” no momento da avaliação e que, com o tempo, ele aprenderá. Em seus comentários finais, alertaram o estudante para “[...] estar atento ao tempo que tem [sic] para realizar os cuidados e assim priorizar elementos para aquele contato” (SP1ma).

Porém, há quem espere que o estudante chegue sabendo tudo e aproveita o momento do EAPP para estimulá-lo a estudar nas férias, para se preparar mais para a série seguinte. Justifica sua postura dizendo que, embora algumas partes do exame físico não tivessem sido exploradas no dia a dia, o estudante conseguiu realizá-las no EAPP porque conseguiu treinar antes.

[...] mas a gente pode colocar como dependência (DP) alguns detalhes, assim [...] A gente coloca [que] ele é um estudante satisfatório pelo que a gente percebe, mas [...] Assim como eu fiz com o Fulano, tanto a minha aluna quanto o dele, nós fomos pondo assim [...] rever alguns detalhes, membros inferiores, ver pele mais pulsos [...] (SP1ma).

Alguns professores ao prepararem a avaliação do estudante tecem comentário que implica em juízo de valor, desconsiderando e desconstruindo o processo de ensino-aprendizagem e avaliação enquanto processo e que a cada momento o estudante tem nova possibilidade de aprender.

Aí a gente falava para eles porque aí eles aproveitam as férias. Porque para muitos é isso, senão eles chegam muito burros aqui no segundo ano, tem que rever tudo isso outra vez (SP1ma).

Embora na 1ª série a avaliação do EAPP tenha caráter essencialmente formativo, percebe-se a preocupação do professor em não deixar que o estudante saia com deficiências em algum desempenho esperado para esse momento. Também se percebe que o professor sente-se avaliado por seus pares, de tal forma que acaba realizando treinamentos com seus estudantes antes da realização do exercício formal. O EAPP é um momento de exposição do professor, que tem a preocupação com o que pensam os demais professores. O professor preocupa-se também com o fato de que irá reencontrar o estudante nas séries subsequentes. Outros professores entendem o momento da aprendizagem do estudante como um processo, sabem que o mesmo “não precisa estar pronto agora e com o tempo aprenderá” (SP1ma).

Na 3ª série do curso de Enfermagem, apesar dos EAPPs serem realizados em estações diferentes, como saúde da mulher, da criança

e do adulto, houve homogeneidade nas ações de estudantes e professores. Em todas as tarefas propostas para o desempenho individual, não foram cobradas as especificidades das áreas e sim o cuidado integral, ou seja, história clínica, exame físico, formulação do problema e plano de intervenção.

As professoras deram início ao EAPP explicando a atividade, as tarefas a serem realizadas e o tempo para desenvolvê-las. Também explicaram o cenário e a situação a ser abordada. Permitiram que a estudante tirasse suas dúvidas antes da realização do procedimento e perguntaram se gostaria de ser avisada 10 a 15 minutos antes do encerramento.

Ao iniciar a atividade, a estudante apresentou-se ao paciente, explicando o objetivo do atendimento, explorando a questão ética e garantindo o sigilo profissional. Durante a atividade, fez algumas perguntas fechadas, mas, na maioria das vezes, deixou espaço para que o paciente pudesse discorrer sobre o que lhe foi questionado. Demonstrou ter clareza sobre o que estava investigando, usando raciocínio lógico, clínico e epidemiológico, sempre articulando os dados.

Orientou o paciente sobre a realização do exame físico e deixou claro que esse seria baseado nas informações coletadas. Realizou um exame físico completo, explorando todos os sistemas e, quando se deparou com algum dado, aprofundou-se ainda mais na investigação do sistema relacionado. Informou ao paciente que lia as anotações feitas, explicando que poderia ser interrompido se houvesse qualquer dificuldade de entendimento, com o propósito de se certificar sobre os dados coletados. Durante o atendimento, as dúvidas que foram surgindo foram sendo esclarecidas, com comunicação clara e acessível ao paciente.

Outra estudante, na realização do exame físico, teve todo o cuidado para não expor o corpo do paciente, mas mesmo assim, ao examinar o tórax anterior, acabou expondo-o, o que foi salientado pelo professor no momento avaliativo.

Todas as estudantes que realizaram o EAPP utilizaram medidas de biossegurança.

_ Só mais um minuto. Senhor Antonio, posso fazer o exame físico no senhor? Fazer uma avaliação do senhor para saber como o senhor está? Dá licença, vou lavar a mão [sic] (SE3ea).

Durante o atendimento e no plano de intervenção, a estudante detalhou os cuidados de enfermagem. Articulou a patologia com os riscos encontrados no domicílio. Buscou a integralidade do cuidado e utilizou a negociação e não a imposição.

_ O senhor não concorda com tudo o que acontece, sabendo o que aumenta a sua pressão: o sal, o nervosismo do senhor. O rebite, eu não sei do que ele é composto, mas ele também pode aumentar. O senhor dorme ao volante, ele pode aumentar a pressão do senhor e ainda piorar a situação. Então, o mais indicado é tomar o remédio, controlar a quantidade de sal que o senhor come na comida, tomar mais água, tentar controlar o nervosismo. A gente precisa trabalhar, pensar uma forma de juntos amenizar o nervoso do senhor, o senhor não acha? (SE3ea)

Apesar de um plano de cuidado ampliado, as professoras foram da opinião que as estudantes poderiam ter explorado mais alguns dados, antes de tomar como conduta um encaminhamento.

_ Foi muito bom, acho que ficou só alguma coisa, em relação às crenças. Acho que você poderia trabalhar um pouquinho mais.

_ Ela fala para você que não come alguns alimentos e você já fala em trazer a nutricionista. Você poderia entender um pouco mais, o que ela vem fazendo disso, o que está comendo, se está lavando a cabeça. Poderia ter trabalhado um pouquinho mais, orientado. Você falou para ela que ia encaminhar à nutricionista, deu alguns encaminhamentos (SE3em).

Na autoavaliação, o estudante colocou dificuldade em realizar o exame físico no manequim, no caso da criança. Também relatou que no momento simulado pôde vivenciar uma situação que ainda não tinha tido a oportunidade de ver e que isso lhe permitiu mostrar seu desempenho por meio dos recursos afetivos, psicomotores e cognitivos.

_ [...] eu acho meio difícil o boneco ali, para mim... Porque então eu fico mais concentrada na mãe do que na criança, mas eu não achei tão difícil, não consigo lembrar se eu esqueci alguma coisa do meu roteiro. Eu fui tentando seguir o roteiro do instinto, de

minha autoria. Mas eu gostei, achei interessante a situação, nunca tinha vivenciado essa simulação para criança. Ela [a paciente] abordou muito bem toda a parte emocional dela com a criança e eu achei muito interessante que ela ficou toda hora de mão dada com o bonequinho. Eu achei muito interessante. Eu não sabia o que fazer na questão do desenvolvimento, o que ela perguntava. E eu não sabia se eu podia falar ou não, se eu falava ou se eu esperava para investigar melhor. Eu achei meio difícil poder explicar assim tudo o que estava tendo e o que ela estava perguntando. Então, eu tentei fazer o máximo possível. É só isso (SE3ec).

As professoras avaliaram a segurança, a tranquilidade, a destreza da estudante para realizar a investigação e a amplitude que conseguiu ao discutir as dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais, assim como as ações de prevenção e promoção, postura que já havia sido observada em anos anteriores, o que tornou possível avaliar o crescimento da estudante.

— Outro aspecto que achei interessante é que você não ficou só no biológico, focou muito o psicológico e o social. Eu acho isso fundamental, você conseguiu caracterizar o biológico, mas o seu olhar foi para além. Porque você investigou muito a questão da preocupação. Ele [paciente] pode trazer várias coisas, da preocupação com o hábito de vida dele, com o tempo que fica fora, a caminhada. Apareceram vários outros dados que se você não tivesse problematizado, com certeza não apareceriam. Sua avaliação física foi perfeita. A única coisa: dê uma olhada nos campos pulmonares, na comparação, que às vezes você foi de um lado e do outro e nos locais de ausculta dos focos cardíacos. O aórtico estava legal, agora o, tricúspide estava meio desajustadinho. Mas, assim, eu acho que a avaliação foi muito boa, o contexto de uma forma geral, o fechamento, olha, foi uma beleza” (SP3ea).

— É a primeira vez que estou te avaliando. Gostei muito da sua postura, foi muito boa, você está de parabéns, você transmite tranquilidade. Mesmo dizendo que estava nervosa, me pareceu muito tranquila, muito segura. Você realizou sua entrevista de forma muito organizada, sistematizada, mesmo você falando que se perdeu em alguns momentos, pelo menos eu não senti que você se perdeu. Você sempre retomava, a deixava falar, dava orientações, mas voltava onde você estava perguntando. Achei você bastante completa, com uma abordagem bastante ampliada, com os aspectos psicológicos, biológicos e sociais. Abordou a questão da moradia, de vida, da família, a relação com a família. Acho que é isso que a gente vem buscando na questão do cuidado, da integralidade. Foi muito bom, acho que ficou só alguma coisa, em relação às crenças [...] (SP3em)

É possível constatar o esforço do professor no momento da devolutiva da avaliação ao estudante de problematizar a situação, de

estabelecer um diálogo com o este no sentido da construção da aprendizagem significativa, porém, ainda persiste uma centralidade da ação do professor no processo avaliativo.

As professoras alertaram para o cuidado com a comunicação verbal, para os estudantes não utilizarem palavras no diminutivo, pois o paciente pode entender como menosprezo e isso pode acarretar prejuízo ao vínculo entre ambos. A estudante manteve-se bastante aberta às sugestões das professoras.

Ao término da atividade, a estudante questionou os professores se poderia levar seus dados e demonstrou maturidade e compromisso ético.

- _ Eu vou precisar dos meus dados (SE3ea).
- _ Você pode levar todos os seus dados, aí fica [sic] seu critério só de [sic] não passar para suas colegas (SP3ea).
- _ Não, eu sou profissional o suficiente (SE3ea).

Na 3ª série do curso de Medicina, o EAPP também incide sobre a saúde do adulto, criança e mulher. Ao dar início à atividade, um dos professores orientou o estudante sobre a situação a ser vivenciada e o tempo para realizá-la. Também perguntou ao estudante se gostaria de ser avisado 10 minutos antes do término e discutiu a distribuição do tempo para as tarefas. Porém, outros professores solicitaram que o estudante se dirigisse à mesa e lesse as orientações para a situação a ser realizada.

Um estudante iniciou a atividade apresentando-se e assegurando ao paciente o sigilo profissional. Durante a coleta de dados, abriu espaço para a paciente expor seu problema, explorou amplamente a queixa apresentada, manteve-se atento ao paciente todo o tempo, registrando os fatos, sem desviar o olhar.

Outro estudante iniciou a história clínica com perguntas e respostas muito direcionadas. Explorou bem a dimensão biológica da queixa principal, porém teve dificuldade de explorar a dimensão psicológica e social. Embora tenha solicitado a manifestação do paciente, não demonstrou grande interesse: “se quiser me contar...” (SE3ma).

Outro explorou a dimensão biológica, psicológica e social, a situação da criança e da mãe e seus relacionamentos.

_ Eu queria saber só mais uma coisa. Você falou para a gente a respeito do convívio dele com a família, a respeito dos problemas, e eu queria saber um pouco, assim, se ele sente falta do pai (SE3mc).

Esse estudante, ao ser interrompido pelo toque do celular, pediu desculpas à paciente e desligou o aparelho. Quando utilizou um termo técnico, explicou-o de forma clara, para se fazer entender. Durante o exame físico, utilizou medidas de biossegurança e tentou deixar o paciente descontraído. Fez uma exploração ampla dos diversos sistemas e foi transmitindo ao professor seus achados.

Outro estudante abordou medidas de prevenção e promoção à saúde. Fez um plano de intervenção abrangente, contemplando todas as dimensões, apesar de não ter explorado tanto a dimensão psicológica e social. Foi um plano mais prescritivo, pouco negociado e não buscou a autonomia do paciente.

_ Vamos começar por uma coisa mais simples, ver a sua história e tentar esclarecer esse tumor. O que eu vejo na sua história, estar sempre controlando vacinas, se está em dia na alimentação, o que tem que fazer é evitar o pó, no caso de poder evitar, você pode tomar bastante água, é adequado. Na alimentação costuma comer verduras? (SE3mm).

_ Difícil mesmo, mas sem esses dados eu não posso te falar, eu não posso falar se tem como melhorar, se pode melhorar, se vai retirar a mama se não, eu não posso te falar sem ter esses dados, se vai ficar aqui no hospital. É muito complicado, mas vamos te levar. O que vai fazer agora é a biópsia desse gânglio, ver o que vai dar. Aí a gente volta a conversar (SE3mm).

Na saúde do adulto, ao ser avisado do término do seu tempo, o estudante foi finalizando seu atendimento, mas sem interromper sua dinâmica. No final, o estudante abriu espaço para a paciente manifestar suas dúvidas.

_ Paulo, eu encontrei um probleminha aqui na história. Eu não sei se você já conversou com outros médicos, [mas] eu queria passar algumas orientações. O remédio que você toma tem que estar sempre na ponta da língua, para você saber, para avisar a gente, para ver se está tudo certo ou não. Essa vacinação sua não está em dia, às vezes na construção você pode se ferir com ferro. É perigoso. Além do remédio que você não está tomando, você

está tomando essas 3, 4 doses que você acha pouco, mas não é pouco. Você está com problemas com a grana. Economizando 3 a 4 doses por dia [...]

Precisa prestar atenção no netinho, pensa nele nessa hora, pensa quanto tempo você vai querer ficar com ele. Porque tudo isso vai influir, vai influenciar. Tenta pensar nisso tudo. A gente tem estrutura para ajudar. Tem o CAPS, que te dá apoio psicológico. Precisando, a gente pode conversar como professor, pode trazer um psicólogo para conversar com você, tudo isso, e tudo isso melhorando. Agora você chegou mal, mas com tudo isso começando a te ajudar, melhora. Vou discutir ainda com o professor o seu sono, conseqüentemente [sic] vai melhorar. Sua vida sexual também melhora. Tudo vai melhorar a partir de alguns pontos que temos que rever. Cuidado também com a comida, pedir para sua esposa ou sua filha cozinhar com pouco óleo, tentar fazer a comida na grelha, se for possível. O bife que você gosta, tirar a gordura e fazer grelhado, ao invés de frito. Tentar nomear é mais ou menos isso, tentar, ficar mais tempo em casa com a esposa ao invés de ficar no bar, vai para casa. Conversa. Tá bom? Tem alguma dúvida, Paulo (SE3ma)?

Ao avaliar o estudante, o professor elogiou-o pela realização da história clínica e pela postura acolhedora. Considerou que seu plano de cuidados foi pertinente às necessidades de saúde levantadas, desenvolveu um bom raciocínio clínico, boa comunicação e relação médico-paciente adequada.

Durante a realização do EAPP, o professor posicionou-se próximo do estudante, acompanhando todo o exame. No final, apontou suas fragilidades, mencionando que, ao discutir o plano de intervenção com a paciente, devem ser dadas todas as possibilidades, sem mentir. Enfatizou a necessidade de respeitar a autonomia do sujeito, a quem cabe a decisão final.

Na 4ª série do curso de Medicina, o EAPP também incide na saúde do adulto, criança e mulher. Em geral, os professores deram orientações quanto à situação, às atividades a serem realizadas e o tempo para serem desenvolvidas. Entretanto, um deles também se limitou a pedir ao estudante que se dirigisse à mesa e lesse as instruções para a realização da atividade. Outro teve o cuidado de, nas orientações gerais, deixar claro que o exame físico não deveria ficar restrito à queixa e sim ao geral, uma vez que para esta série estão previstos o diagnóstico e a conduta médica.

Na saúde da criança, o professor abriu espaço para que estudante tirasse suas dúvidas em relação à situação e às tarefas propostas, o que deu ao estudante a oportunidade de ter maior clareza sobre como seria o momento avaliativo.

O estudante iniciou o atendimento identificando-se, explorou bem a queixa principal e estabeleceu relação entre a história clínica e os outros achados do exame físico. Entretanto, não fez menção ao sigilo profissional. Todos os demais estudantes tiveram o cuidado de explicar a questão ética para o paciente.

Utilizou medidas de biossegurança, a lavagem das mãos antes da realização dos exames. Durante a história clínica, o estudante procurou esclarecer os dados: “me deixa ver se entendi [...] esses últimos nove meses a senhora começou a perceber que [...]” (SE4ma). Fez anotações à medida que foi coletando os dados, mas se manteve atento à paciente. Explorou a dimensão biológica, a psicológica e a social.

Outra estudante esqueceu-se das medidas de biossegurança e atendeu o paciente sem lavar as mãos e realizar a desinfecção dos materiais a serem utilizados.

Na saúde do adulto, um estudante ia verificar os dados vitais completos e professor interferiu, dizendo que não havia necessidade: “não precisa, faz de conta que você verificou [...]” (SP4ma). Percebe-se que o professor não valorizou a tarefa que o estudante realizaria para atingir o desempenho esperado para aquele momento.

Outro estudante teve dificuldade para manter um eixo na coleta de dados e, quando foi fechar o diagnóstico, percebeu que não havia coletado dados fundamentais para o atendimento, sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e a realização do pré-natal. Acabou retornando no final para realizar esses questionamentos. O professor problematizou esses pontos no momento da devolutiva.

— Eu percebi que você procurou seguir uma seqüência lógica, isso foi um dado positivo. O que faltou foi justamente um ponto importante. O pré-natal e a questão da alimentação. Na criança de sete meses, é recomendável a suplementação [sic] vitamina e

de ferro. Você esqueceu-se de abordar como estava isso. Mesmo agora, com essa idade em que há introdução da papa de sal, para ver se os nutrientes estão sendo utilizados. É importante verificar como está sendo feita a introdução dessa papa. Nessa mudança da refeição látea exclusiva para a introdução da papa de sal, muitas vezes se perde o valor da alimentação por um preparo inadequado, incompleto. Em relação à história clínica, esses pontos que eu queria chamar a atenção. No exame físico, o que você achou (SP4mc)?

O professor abre espaço para estudante falar sobre o seu desempenho no exercício de avaliação da prática profissional.

O que você achou do seu desempenho (SP4mc)?

Eu achei, ah. Eu acho que já fui melhor na verdade, tinha um monte de perguntas, eu tinha que introduzir o desenvolvimento neuropsicomotor, os antecedentes pessoais eu esqueci, então assim, geralmente não acontece isso, mas aconteceu hoje. Aí pensando num diagnóstico específico aí eu lembrei e voltei. É que eu não sabia se era para fazer ou não. Nas orientações fiquei em dúvida, não sabia se era para fazer o diagnóstico. A gente não faz isso com a mãe no posto, a não ser falar assim da alimentação, das coisas assim, mas geralmente a gente faz isso com o médico do posto (SE4mc).

É mas aqui é assim mesmo, tínhamos combinado que você faria um diagnóstico geral, global da criança (SP4mc).

Ao discutir o plano de cuidados, o estudante tranquilizou a paciente, não prolongou suas dúvidas em relação à desconfiança de sua doença ter sido transmitida por seu marido. Manteve a cautela, demonstrou segurança, estabeleceu o diagnóstico e propôs um tratamento adequado para a paciente.

_ A senhora está ansiosa, né? O corrimento a gente manda para analisar para ter certeza do que é. Hoje não dá para ter certeza do que está acontecendo com a senhora. Pode ser uma doença que veio do seu marido. Pode, mas não é não vou te dizer isso com certeza. Certo? A gente manda para exame e depois a gente vê o que veio. E em corrimento que é próprio do seu organismo [sic], assim, um desequilíbrio que tem entre as bactérias da sua vagina. Não necessariamente que a senhora tenha pegado de alguém, entendeu? Pode ser da senhora mesmo isso, porque lá na vagina normal da mulher tem uma bactéria, essas bactérias que atuam na defesa da sua vagina contra bichinhos de fora, e às vezes tem um desequilíbrio. Isso por questões emocionais, por alimentação, por outras coisas também. Então, daí acaba tendo o corrimento. Pode que nem a senhora falou, já tinha o corrimento e agora ele mudou de aspecto, virou uma infecção agora. Já tinha um corrimento lá e teve uma infecção secundária. Então, é próprio do organismo. Então, não dá para dizer, mas a gente manda o exame e descobre o que é (SE4mm).

Uma estudante não conseguiu chegar claramente ao diagnóstico médico esperado e sua conduta gerou dúvidas. Outro estudante concluiu o diagnóstico, pediu exames, fez encaminhamentos, discutiu o retorno e informou ao paciente que discutiria o atendimento com o professor.

_ O exame da senhora não sofreu alterações, [mas] a senhora está com o peso acima do ideal. Isso aí a gente vai tentar corrigir, tá, e assim eu vou pedir alguns exames para senhora, alguns como... A senhora tem pressão alta há vinte anos e faz tempo que a senhora não passa aqui. A gente vai pedir alguns exames que é de rotina para ver qual é o índice e para saber algumas coisas melhor, como estão os exames. A gente vai ter que saber. Eu vou pedir também o exame do coração, um eletro, para ver como que está o coração, tá. E também a gente vai ter que pedir o exame de tireóide, porque a senhora falou que teve hipotireoidismo. Talvez a gente tenha que tratar e agora a senhora está com alguns sintomas de hipotireoidismo. Vou passar para o meu professor. Provavelmente vamos fazer isso, vou pedir para marcar o retorno para a senhora assim que tiver o resultado dos exames, para a gente poder ver direitinho. Mas, enquanto isso, eu gostaria que a senhora pudesse em casa fazer um pouco de atividade física, caminhada, o que a senhora quiser, no ritmo da senhora, tá bom? A senhora tem alguma dúvida (SE4ma)?

Na maioria dos casos, as intervenções limitaram-se a alguns encaminhamentos e algumas orientações. O forte foi o tratamento, focado na patologia.

O professor iniciou uma avaliação dialogada entre ele, o estudante e o paciente simulado. Questionou o desempenho do estudante e pediu ao paciente para avaliar o atendimento. Comparou o desempenho do estudante no EAPP com o que realiza no dia a dia. Chamou a atenção do estudante para que, ao iniciar um exame ginecológico, deveria estar atento ao ambiente, cuidar da privacidade (portas, janelas, iluminação), quer se tratasse de um paciente real ou simulado. Chamou novamente a atenção para a valorização da dimensão psicológica que o caso requeria.

Outro professor questionou o estudante sobre os exames que solicitaria, o diagnóstico e prognóstico para o caso. Não deu retorno, nem abriu espaço para discussão do desempenho do estudante, restringindo-se a discutir a conduta no caso atendido.

Uma estudante apresentou dificuldade de falar sobre o seu desempenho quando questionada pelo professor. Este lembrou-a de que ela

estava aprendendo. Destacou a importância de observar uma sequência lógica, nem que seja por escrito, para não se perder. Enfatizou que é preciso cuidado para não pular tópicos essenciais na história clínica. Observou que a estudante não utilizou o gráfico de crescimento e desenvolvimento para analisar o desenvolvimento e o estado nutricional da criança. A estudante justificou-se, alegando dificuldade para realizar o exame físico em um boneco. O professor discutiu com a estudante estratégias de como realizar exame físico na criança sem causar grandes problemas. A estudante relatou que, no dia a dia, adota as atitudes apontadas pelo professor no que diz respeito às estratégias para o exame físico, admitindo, porém, que não as adotou no momento do EAPP.

Na 6ª série do curso de Medicina, mais uma vez o EAPP incide sobre áreas específicas: saúde do adulto, da criança, da mulher e também pequena cirurgia. A maioria dos professores explicou a situação a ser atendida e o tempo disponível. Alguns, entretanto, limitaram-se a ler as instruções. Um professor enfatizou que, embora se tratasse de uma situação simulada, a ação do estudante deveria ser similar a real. Explicou a situação do exame físico da criança (boneco), deixando claro que a tarefa deveria ser realizada em 45 minutos. Comprometeu-se de avisar o estudante 10 minutos antes do término da atividade.

O estudante explorou bem a queixa do paciente, adotou um eixo para a coleta de dados e estabeleceu relações com os achados do exame físico. Verificou os dados vitais e antropométricos. Conseguiu abordar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais e deu espaço ao paciente para colocar seus problemas e investigou as crenças da paciente em relação à saúde.

_ Levei esse menino na benzedeira, sabe. Aí, a benzedeira falou que o Caio está assim porque o meu leite está fraco, meu leite não presta, por isso que causa essa diarreia no Caio. Fiquei preocupada. Esse negócio de leite fraco não existe, todo leite da mãe ele é forte, ele é para nutrir a criança. Depois disso você não chegou a diminuir a quantidade (SE6mc)?

Realizou exame físico completo e observou a privacidade do paciente, ajudando-o a se vestir. Articulou os dados clínicos e discutiu o

diagnóstico com o paciente. Quando atingiu o limite de tempo e foi comunicado, finalizou o caso com calma e combinou o retorno com o paciente.

_ Júlia [mãe de Caio] o Caio está com um quadro um pouquinho, pelo exame físico, ele está com comprometimento da volemia, porque ele andou perdendo muito líquido com a diarreia e com os vômitos associados. Então, o que a gente vai fazer: a gente vai ficar com você e com ele um pouco [sic] aqui, a gente vai começar com o soro, com a reidratação dele, porque o perigo é ele perder essa quantidade [de líquidos], porque ele não está perdendo só a água, junto com isso [ele perde] eletrólitos, que a gente fala sódio, potássio, bicarbonato. Perdendo tudo isso, o que a gente precisa fazer com ele? Ficar aqui. Ficar internado (SE6mc).

Professor no desfecho com o estudante problematiza com a estudante a situação familiar e em especial o quadro da criança e expõe a conduta da estudante e a sua enquanto pediatra.

É eu colocaria como grave, pela perda de peso, pelo estado geral e pela perfusão periférica. Aí faria parenteral, mas no geral, tranquilo. Se fosse numa situação real, você não teria grande dificuldade, paciente ficaria bem na sua mão. Ta bom (SP6mc).

Já na pequena cirurgia, a simulação reproduziu uma situação de urgência. Ao entrar na sala de atendimento, a estudante ficou atenta ao cenário, parecendo assustada. Utilizou o desfibrilador, exerceu as manobras necessárias e utilizou as medicações adequadas. Ao ser questionada pelo professor sobre seus procedimentos, respondeu com certa insegurança e justificou-se dizendo que era a primeira vez que se deparava com uma paciente vítima de choque elétrico, o que a havia assustado, apesar de ter se saído bem. Afirmou que considerava o EAPP um momento de aprendizagem.

Ao avaliar a estudante, o professor reforçou que no atendimento ela havia abordado todos os itens, feito uma boa história clínica, uma boa interação com a mãe e com a criança. Estabeleceu bom vínculo, realizou ampla revisão dos sistemas, bom exame físico geral e específico, além de revisão e verificação dos dados vitais e antropométricos. Ainda assim, alertou a estudante para alguns detalhes do exame físico, especificando que esses não comprometeram seu desempenho. Chamou a

atenção da estudante para, antes de iniciar o atendimento, preocupar-se com o ambiente no qual realizará sua consulta.

O professor trabalhou o diagnóstico médico com a estudante. Destacou, ainda, a importância de observar uso de brincos e relógios e necessidade de adotar medidas de biossegurança no controle de infecção hospitalar.

Também ressaltou a importância da referência e contra referência em algumas situações. Reforçou a importância da autonomia do sujeito, relacionada principalmente ao auto-cuidado, o tratamento e a decisão do paciente. Também lembrou da necessidade de contar com uma equipe multiprofissional e desenvolver ações de promoção à saúde e a prevenção de doenças.

_ Em relação ao desempenho, os dados da história clínica, você contemplou praticamente todos os únicos [sic] itens. Na revisão dos sistemas e diversos aparelhos, você poderia ter investigado outros sistemas, se havia alteração em alguns deles. Você investigou o intestino, mas poderia [ter investigado] cabeça, olhos, ouvidos, o próprio [aparelho] respiratório. Ela tinha uma queixa, você poderia ter investigado. Outros sistemas, só esse detalhe. Os outros critérios de anamnese você contemplou de forma bastante satisfatória. Em relação ao exame físico, simular o cuidado de lavar as mãos, que é um cuidado que você deve ter antes de iniciar o exame, aqui não tinha nada próprio para isso, mas simular isso para lembrar disso. Em relação ao exame físico geral, você realizou de forma bem apropriada, dados antropométricos, apesar de não ter balança, mas você perguntou peso e altura, poderia ter coletado algumas medidas de dados gerais no exame físico geral. Isso o que ficou faltando no geral. No específico, fez [o exame] do tórax apropriado, da cabeça e pescoço, cardiocirculatório, verificou pulsos periféricos inclusive, que é importante. O diagnóstico diferencial que você chegou [sic]. Acho que, no final, você já apontou a questão da segurança para tentar conduzir e envolvê-la na questão da decisão que ela está tomando, para que ela pudesse participar mais, pode estimular isso. Contar com a equipe em termos de promoção e prevenção da saúde, pode abordar alguma coisa. Acho que foi isso, mas no final é satisfatório (SP6ma).

Outro professor alertou o estudante para o custo-benefício das ações do profissional e apontou o seu descrédito com o Sistema Único de Saúde – SUS.

_ Eu garanto para você que não tem, pelo SUS, não. Assis (outra cidade próxima), pelo SUS, não? Mas particular está cheio. Então, imagina, ela vai ter que deslocar nesse meio e vai retardar

seu diagnóstico, e ela está há seis meses sangrando de 10 a 13 dias, então vai raciocinando. Então, era isso, de custo e efetividade (SP6mm).

Houve professores que reforçaram a potencialidade do cenário real como processo de ensino-aprendizagem e como momento de avaliação, em relação ao cenário simulado, mesmo quando a estudante argumentou que também encontrava dificuldades de aprendizagem no cenário real.

_ O que você achou de passar do ser humano para o manequim (SP6mm)?

_ Ah! Eu não acho que seja bom. Por exemplo, o espelho, o fato de você examinar no paciente, nesse sentido é mais fácil, eu acho que você não esquece você dá mais atenção, sei lá... Acho que enroscou o espelho porque é um boneco, e aí já te dá um nervoso, aí já muda (SE6mm).

_ O que você faria se fosse a realidade (SP6mm)?

_ Eu acho que acontece um viés, não sei. Com certeza seria diferente se eu tivesse feito numa paciente (SE6mm).

_ O que você acha de passar do manequim para o ser humano? (SP6mm)

_ Eu também acho que é difícil. Uma hora não é nada e daí ela já pergunta do diagnóstico, assim. Acho que quando é só a paciente, você vai traçando um raciocínio diagnóstico melhor, a hipótese diagnóstica melhor. Com certeza eu acho que pequei mesmo na hipótese diagnóstica. Tem que mudar muito rápido de um cenário para outro (SE6mm).

_ Obrigado. Eu gostaria que isso ficasse registrado porque eu vou tentar no final do ano trazer o paciente real do Ambulatório para vocês fazerem a prova. Tá bom. São pacientes reais que vocês atendem como se vocês tivessem atendendo rotineiramente. Tá bom (SP6mm).

Verificou-se que nas séries finais do curso de Medicina, os docentes esperam que o estudante esteja pronto e o EAPP assume caráter mais somativo. Alguns professores já não admitem erros nessa fase do processo ensino-aprendizagem.

_ Jamais se examina uma paciente com a bexiga cheia, porque o órgão que alberga nossa hipótese diagnóstica que é o útero, ele fica entre a bexiga e o reto, e a cada 100 ml eu altero 1cm a posição dele. Por isso, ele pode estar aumentado e você pode ter sensação errôneas [sic], dependendo da bexiga. Então, é onde falseia o seu diagnóstico (SP6mm).

Os conhecimentos e as habilidades acumulados ao longo do percurso formativo são pouco considerados, mesmo o estudante argumentando que vem demonstrando progresso:

_ [...] em um outro momento, eu já fiz um teste, como no 4º ano. Você vê que você tem um progresso, mesmo não tendo agora no sexto. Ter passado no quinto, acho que já foi um progresso, do 4º para o sexto já foi um progresso muito grande (SE6mm).

O stress do estudante na realização do EAPP ficou evidente em muitos casos e, em geral, foi levado em consideração pelos professores, principalmente nas séries iniciais dos cursos. Na primeira série, quando o EAPP é realizado pela primeira vez, os professores mostraram-se mais compreensivos, tolerantes mesmo, por entenderem que os estudantes encontravam-se no seu momento inicial de aprendizagem e de avaliação, principalmente a avaliação da prática profissional, que envolve conhecimentos, habilidades e postura na ação.

_ Principalmente no início, [você] estava muito nervoso e muitas vezes esqueceu algumas coisas (SE1ea).

_ Você tem de se cuidar, você cuida dele [referindo-se ao paciente], mas aí você tem que cuidar de você também (SP1ma).

Quando as situações da prática profissional eram apresentadas ao estudante, esse frequentemente se mostrava muito tenso, porém o professor em geral aproveitava esse momento e discutia com o estudante o cuidado a ser realizado, explicitando que, por ser um futuro profissional da área da saúde, deveria pensar suas ações em todos os sentidos.

Na autoavaliação, o *stress* apareceu como um determinante do desempenho da estudante, como mostra o depoimento “confesso, fiquei bastante nervosa de manhã, mas depois foi ótimo” (SE3em). No momento de discutir a avaliação com o estudante, o *stress* foi um dos aspectos que os professores levaram em consideração para dar o conceito final.

Outro ponto a destacar é a comparação dos desempenhos dos estudantes. Alguns professores demonstraram dificuldades para entender que, em um currículo integrado e orientado por competência, a avaliação é critério-referenciada, de tal modo que a comparação entre desempenhos só faz sentido quando referida aos do próprio estudante em momentos anteriores. A avaliação comparativa do desempenho dos estudantes só reforça os princípios da avaliação tradicional, na qual predomina a classificação e a competição.

Também apareceu a dificuldade do docente para atribuir o conceito final. Como nesse tipo de avaliação não há dependência (DP), o estudante é considerado satisfatório ou insatisfatório. Nesse último caso, necessita passar por um período de recuperação até atingir o desempenho proposto para a série. Os professores, em diferentes momentos, depararam-se com a ausência de critérios claramente definidos para serem aplicados compreendendo o fazer no processo de avaliação no EAPP, com a construção de significados e sentido.

Mesmo nas séries em que a avaliação do EAPP não tem caráter somativo, os professores encontram mais facilidade para justificar um conceito final satisfatório, destacando algo que ainda precisa ser aprofundado, do que um conceito insatisfatório.

- No exame físico, ele [estudante] requer um melhor aprofundamento do exame de pele, tanto de membros inferiores como no superior, detalhar só para não ficar um ar de que está insatisfatório, porque ele deu uma olhada na pele (SP1ma).

Em um EAPP de caráter somativo, realizado na 4ª série do curso de Medicina, o desempenho claramente insatisfatório de uma estudante foi avaliado como satisfatório, o que vem confirmar a disparidade de critérios entre os professores nos diferentes momentos do processo avaliativo.

_ [...] o mais adequado é você acompanhar o paciente, tratar os sintomas, acompanhar, orientar, do que você entrar precocemente, desnecessário [sic], com o antibiótico (SP4mc).

_ Sei que não é para medicar, mas como o senhor falou da receita [...] (SE4mc).

_ Aí você sentiu que tinha que medicar? (SP4mc)

_ Pois é (SE4mc).

Ao avaliar os estudantes, os professores usaram estratégias diferentes. Alguns deles, antes de iniciar a devolutiva, pediram para o paciente simulado comentar como foi ser atendido por aquele estudante no momento do EAPP.

_ Do ponto de vista do paciente, acho que foi muito bom, não sei como foi para ela. Acho que facilitou pelo seguinte: ela me perguntou o que é isso, a médica fala é dessa maneira, infarto é isso. Deu para entender bem e o que ela podia ter argumentado,

argumentou. Colocou: o senhor corre risco de vida, na próxima pode não ter chance, sua chance é agora (paciente simulado 3ª série, Enfermagem, adulto).

Outros usaram a estratégia de iniciar a avaliação pelos pontos positivos, justificando que preferiam começar pelas coisas boas, para depois mencionar o que tem que ser revisto.

_ Vamos começar de trás para frente, você está satisfeito, né foi uma maneira assim bastante tranquila a maneira que você conduziu a história né, você foi conversando, explicando de uma forma bem assim acessível, visto que era um paciente [...] (SP1ma).

Todos os professores abordaram o conjunto de tarefas propostas para a área de atenção individual, ou seja, história clínica, exame físico, formulação do problema e elaboração do plano de intervenção, identificando potencialidades e fragilidades no desempenho do estudante. Porém, a forma como interagiram com a estudante no momento avaliativo foi muito diversificada. Alguns priorizaram somente uma tarefa, foram prescritivos, demonstraram o procedimento. Outros percorreram todas as ações esperadas, explorando cada uma delas, em todas as suas dimensões, questionando o estudante e utilizando a avaliação como um momento privilegiado de aprendizagem.

O EAPP revelou potencial para evidenciar as fragilidades e as potencialidades de estudantes e professores envolvidos no processo avaliativo, assim como permitiu constatar a diversidade e a ausência de critérios consensuais entre os professores, em que pesem mais de dez anos de implementação desse formato de avaliação na FAMEMA. Possibilitou ainda identificar os sentidos da avaliação expressos no EAPP.

DISCUSSÃO

João Pessoa – Pb, 2009

5. DISCUSSÃO

5.1 Os sentidos da avaliação e seus princípios expressos no EAPP

Os sentidos da avaliação e seus princípios foram expressos na forma como os professores realizaram o momento avaliativo, ou seja, os momentos de avaliação diagnóstica, formativa e somativa, nas diferentes séries dos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA.

Os estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA apresentam diferentes níveis de apropriação de conteúdos e habilidades ao longo do percurso formativo. No EAPP, seu desempenho revelou como articulam recursos de ordem cognitiva, psicomotora e afetiva.

Em um currículo orientado por competência, o EAPP mostrou ser uma estratégia que reforça a potencialidade da avaliação. Entretanto, exige de professores e estudantes um movimento de ruptura com seu paradigma de origem no que toca a avaliação.

No modelo tradicional de avaliação, a ênfase recai sobre a cognição: são as famosas provas, nas quais o conhecimento dos conteúdos é fundamental. O EAPP é uma forma de avaliação que possibilita enxergar aquilo que escapa à avaliação tradicional, ou seja, a postura, as relações, a visão de mundo, entre outros aspectos. No EAPP há possibilidade de se construir a avaliação e a competência dialógica, como o estudante mobiliza os atributos em diferentes situações da prática profissional, combinados de diferentes formas, sendo possível observar e construir o diálogo para o sentido/significado da ação num contexto de uma prática profissional.

Nos cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA, essa estratégia é utilizada de forma integrada e articulada com as diferentes áreas do conhecimento, o que também acontece com o Exercício de Avaliação Cognitiva (EAC) com maior ênfase no recurso cognitivo.

Observar a prática avaliativa dos docentes no EAPP permitiu constatar a presença de diferentes concepções de avaliação, desde a mais tradicional até a mais crítica, reflexiva, negociada, comprometida com a aprendizagem e com a prática profissional. Dessa forma, a avaliação expressa no EAPP revelou dois sentidos: a avaliação de matriz condutivista e construtivista.

5.1.1 O sentido condutivista da avaliação

A avaliação pautada pela matriz condutivista de competência pôde ser constatada no EAPP. Embora o padrão de avaliação de competência tenha sido construído coletivamente pelos professores da FAMEMA e validado socialmente pelos diversos segmentos que compõem as profissões de enfermeiros e médicos, ainda se encontram diferenças significativas na prática pedagógica docente, especialmente na prática avaliativa.

Na matriz condutivista, de base comportamental, o processo ensino-aprendizagem está centrado no professor, que em geral se coloca como o detentor do saber, como aquele que domina e transmite o conhecimento, pois “não respeita o ritmo individual do estudante, uma vez que [considera que] os aspectos afetivos e emocionais podem estar interferindo no processo de aprendizagem” (Seiffert, Abdalla, 2004, p.172).

A idéia de que o professor é aquele que ensina é diretamente proporcional a atribuir ao estudante a posição de mero aprendiz, ouvinte de aulas magistrais, que recebe as respostas prontas, o que dificulta que o estudante pense, construa sua crítica e, conseqüentemente, seu grau de autonomia na avaliação.

A forma de agir no mundo, com as conseqüentes opções políticas, econômicas e educacionais, é determinada pela forma como percebemos esse mundo (Vasconcellos, 2009). Uma questão primordial com que os professores se deparam não é apenas a construção de novos conceitos, mas as desconstruções daqueles já estão estruturados e enraizados desde a sua formação profissional, muitas vezes de forma

inconsciente. Portanto, como afirma Vasconcelos (2009, p.16), “não se trata de adquirir uma cultura de avaliação, mas de mudar a já existente”

A avaliação de base comportamental é autoritária, objetiva e de matriz positivista, com foco no produto, isto é, nas mudanças ocorridas em função das aprendizagens já realizadas. Nessa lógica não há espaço para dúvidas, para a participação dos estudantes e menos ainda para a reflexão conjunta entre estudantes e professores. Os conflitos não estão previstos, não há “interesse em que se interroguem as lógicas que estão em jogo” (Sordi, 2005, p. 127).

A avaliação é entendida como uma medição e/ou verificação do produto observável, o professor é aquele que cobra o conhecimento das mais diversas formas, ou seja, como um *ckeck list*, um teste, entre outros, sempre de uma forma objetiva, incisiva, sem espaço para a reflexão e uma nova ação. Essa forma de avaliação pôde ser observada durante a realização do EAPP.

_ Então você identificou a parada, realizou a estabilização, executou o choque e a conduta apropriada, reconheceu a necessidade de adrenalina, lidocaína, vasodilatadores. As consequências do choque você teve dificuldade de identificar. A sondagem você não fez e está diretamente relacionada ao trauma (SP6mpc).

Esse sentido de avaliação remete à concepção amparada na matriz condutivista de competência, no modelo behaviorista (Ramos, 2001), em que a prática avaliativa focaliza o resultado, ou seja, o produto, atribuindo um juízo de valor sobre o desempenho do estudante, realizando inferências sobre sua competência profissional futura. Trata-se de uma avaliação classificatória, que rotula, estigmatiza e aponta o problema no outro, mas é cega em relação a si mesma. A avaliação classificatória está voltada para a aprovação ou a reprovação, o que a leva a perder de foco a função essencial do professor que é a mediação da aprendizagem efetiva e o desenvolvimento do estudante (Vasconcelos, 2009).

A tendência, nessa forma de avaliação, é de reforçar uma ideologia sutil e complexa de controle e reprodução social, na qual todos os

estudantes são avaliados igualmente, resultando em classificação e hierarquização, o que contribui para manter um sistema educacional autoritário, controlador e desigual.

A avaliação é um processo poderoso, ambíguo, que tanto serve para promover os estudantes quanto para rebaixar sua auto-estima, dependendo da forma como é concebida ou aplicada, o que a revela como um campo complexo e conflituoso (Sordi, 2004). Está diretamente relacionada à questão de escolhas, seja na vida pessoal ou na social, de modo que em nenhum momento pode ser considerada neutra. Tem efeitos transformadores na vida dos indivíduos, na sociedade e no Estado, pois fortalece e legitima valores e ideologias (Freitas, 2002a).

Nessa perspectiva de avaliação, o estudante não é considerado como sujeito de sua aprendizagem, em particular para os conceitos que traz dos anos anteriores de vivência pessoal e de formação, em diferentes contextos de ensino e aprendizagem. Tampouco considera o estudante como regulador da sua própria aprendizagem que, por sua vez, é uma construção histórico-social. Essa perspectiva de educação remete à tendência pedagógica liberal, representada pela escola tradicional.

O momento avaliativo não deve ser de reprodução do processo ensino-aprendizagem, uma vez que possibilita aprender a aprender. É preciso que o estudante, desde o início de sua formação, assuma-se como sujeito da produção de seu saber. Este saber deve ser contextualizado, em comunhão com o professor. Não se trata de um saber dos intelectuais, dos iluminados, mas um movimento dialético entre o fazer e o pensar ou, como dizia Freire (2008) “um fazer desarmado”.

O momento avaliativo possibilita a própria produção do estudante ou e não a transferência do conhecimento do mais iluminado para o menos. Professores e estudantes tornam-se educáveis à medida que se reconhecem inacabados e é nessa inconclusão que se tornam conscientes do permanente movimento de busca que os torna mais autênticos e éticos (Freire, 2008).

A matriz de competência funcionalista, de estrutura comportamental, foi identificada em uma situação simulada, representada pelo diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente. Na devolutiva final, o professor valorizou mais o produto que o processo.

Para você pensar o diagnóstico, você tem que saber o diagnóstico. Você tem que saber a teoria, porque você não vai pensar naquilo, eu pensei em algumas coisas que são clássicas, mas ela pode ter algumas coisas que não sejam tão comuns, e eu não vou pensar, porque não sei sobre o assunto. Então acho que é isso, o médico que estuda mais, talvez saiba fazer diagnóstico melhor e talvez trate melhor (SP6mm).

O professor ao reforçar a importância do diagnóstico enquanto produto final do processo ensino-aprendizagem e da avaliação, provoca na estudante, mesmo em fase final de seu curso, um sentimento de injustiça, esta se sente prejudicada em relação aos seus colegas que tiveram outras oportunidades de se aproximarem do objeto de estudo.

Nesse sentido acho que fui prejudicada. Quem passou e viu e estudou, tenha mais amplo o diagnóstico. A hipótese diagnóstica (SE6mm).

Fica evidente para este professor que o processo ensino aprendizagem acontece em uma relação de teoria e prática, sendo que a teoria em primeiro lugar é condição para a realização da prática e não concebe a aprendizagem como uma possibilidade de ação-reflexão-ação.

Quando a avaliação desloca-se e valoriza somente o produto final, corre-se o risco de olhar para partes do estudante, visualizando apenas o que ele consegue fazer em um determinado momento em que realiza um cuidado fragmentado, distante da identificação das necessidades de saúde. Se a preocupação do professor recai sobre o conceito final e não sobre o desenvolvimento do estudante, perde-se o foco do processo ensino-aprendizagem.

Em outra situação simulada, o professor iniciou a avaliação do estudante questionando quais exames ele solicitaria ao paciente e o porquê da necessidade desses, além do diagnóstico e do prognóstico para o caso. Ao término da tarefa proposta, o professor não deu retorno ao estudante, não abriu espaço para a discussão do seu desempenho, restringindo-se a discutir a conduta no caso atendido.

_ Normalmente, as doenças dos casos que eu vi assim não têm muito [sic] terapêutica. O fato sugere, mas não dá para descartar uma anemia e um quadro depressivo (SE4ma).

_ Não, fica um quadro depressivo (SP4ma).

Nessa situação, o interesse do professor estava voltado para o produto, a conduta do estudante para o caso. Embora considerem que o produto também deve ser avaliado, Villas Boas et al. (2002a, p. 169) chamam atenção que “os produtos e resultados devem sempre ser vistos em função ou em relação com os processos e contextos”.

Em outra situação, no início da realização do EAPP, nas orientações gerais, o professor discutiu com o estudante a proposta de realizar um exame geral. Ao final do Exercício, entretanto, limitou-se a discutir o diagnóstico e as dificuldades do estudante para formulá-lo, pela ausência de dados oriundos do exame físico geral.

_ [...] tínhamos combinado que você faria um diagnóstico geral, global da criança (SP4mc).

_ Para mim, o diagnóstico patológico não dá, IVAS, pneumonia não dá, porque eu não tenho dados do exame físico (SEmc).

A preocupação do professor recaiu sobre o erro, sem levar em consideração o raciocínio do estudante (processo) até chegar ao diagnóstico (produto). O professor não se apropriou do erro para rever seu trabalho pedagógico, rediscutir o conteúdo apreendido pelo estudante, modificado pela realidade verificada (Luckesi, 2000).

Em outra situação simulada, o professor evidenciou as fragilidades do estudante na realização do exame físico. No momento da avaliação final, o professor realizou uma demonstração do exame físico, o estudante observou atentamente e repetiu o procedimento realizado pelo professor.

_ [...] precisa prestar atenção numa coisa [...] professor realiza a verificação dos sinais em que o estudante teve dificuldade, explicando detalhadamente. Em seguida, realiza a outra manobra em que o estudante apresentou dificuldade. Ao seu lado, o estudante presta atenção e, em seguida, repete o procedimento. Ao final, ambos se despedem e finalizam a avaliação (SP4ma).

O estudante não foi sujeito da sua própria ação, adotou uma postura passiva, simplesmente reproduzindo um procedimento, sem ao menos refletir sobre a postura do professor, que não lhe deu a oportunidade de construir uma ação própria, fundamentada em princípios científicos e éticos. Em um processo de avaliação realmente dialógico, o estudante sentir-se-ia acolhido, com liberdade para se manifestar, o que não ocorreu. Ao contrário, a situação fortaleceu a cultura da avaliação de que o estudante não sabe nada e, portanto, tem de acatar a autoridade máxima, no caso o professor, a quem cabe a decisão sobre a avaliação.

Nas séries finais do curso, o erro foi considerado inadmissível pelo professor que afirmou: *“esse é um erro que normalmente se comete e você não deve mais cometer, tá bom? Então você não vai mais cometer”* (SP6mm). A atitude do professor revela um sentido de avaliação de base comportamental, em que a aprendizagem não é entendida como aproximações sucessivas. Às vezes a expressão do professor é tão negativa que o estudante fica sem voz. O que se percebe é que a ação do professor sobre o estudante gerou impotência e passividade, em um processo que deveria ser dialógico, negociado, crítico e reflexivo.

Observou-se que, no formato do desempenho, o espaço reservado ao estudante, foi pouco ou mal utilizado. Em geral, o estudante não se sentiu à vontade o suficiente para se manifestar sobre o seu desempenho e o do professor. Somente quando se sentiu injustiçado é que se manifestou na forma de queixa.

Um recurso que poderia ser utilizado pelos estudantes em situações de erro, de dificuldades, seria o portfólio, que poderia ser usado para registrar as reflexões do estudante sobre o EAPP. O portfólio talvez possa ser uma área de escape para o estudante, mais livre, após o momento de stress que acaba sendo o EAPP. O importante, porém, é que não se transforme em apenas mais um registro a ser realizado.

Nem sempre o professor percebe a necessidade de mudar sua prática pedagógica, principalmente em relação ao processo avaliativo, pois se sente confortável com esta. Mudar exige esforço, sair de uma posição de

estabilidade, segurança. Muitas vezes não consegue nem mesmo enxergar a dimensão do problema, que atribui a determinantes externos, como a legislação, os aspectos políticos, a falta de compromisso da instituição, da família e o desinteresse do estudante, entre outros. Acaba utilizando mecanismos de defesa como a negação, a racionalização e a projeção.

A construção da relação entre professor e estudante no dia a dia e no momento avaliativo reflete-se na vida pessoal e profissional de ambos. Como sujeitos envolvidos no processo avaliativo, professores e estudantes poderiam assumir uma perspectiva muito interessante, porém, muito exigente, que é “sair do comodismo, correr riscos, assumir responsabilidades, se capacitar, enfrentar conflitos”, o que dá muito trabalho, depende esforços, significa a mudança de paradigma enraizado (Vasconcellos, 2009, p.25).

Uma proposta construtivista de avaliação, com base na concepção dialógica de competência, deve ter como propósito a formação de profissionais mais éticos, críticos e reflexivos, que atendam a população de forma mais humanizada, fazendo uso da clínica ampliada e de acordo com os princípios do SUS. Porém essa concepção de educação só será possível se houver alteração das práticas pedagógica e profissional.

Mudar a avaliação significa mudar o processo de ensino e aprendizagem, a prática pedagógica, o currículo, as estruturas e as relações de poder. Esta mudança não acontece em linha reta e contínua, é um processo repleto de interesses na sua maioria contraditórios.

Nessa perspectiva, o foco principal da avaliação seria a formação de profissionais competentes, sobretudo do ponto de vista ético, contribuindo para uma sociedade mais democrática. Dias Sobrinho (2008) enfatiza que estas ações de formação estão mediatizadas pelos conhecimentos impregnados de valores.

5.1.2 O sentido construtivista da avaliação

O sentido da avaliação vinculado à matriz construtivista de competência também pôde ser constatado durante o processo avaliativo no EAPP. Nele, a aprendizagem é considerada como reconstrução ativa de conhecimentos, de tal forma que, quanto mais cheias de possibilidades e mais complexas forem às relações estabelecidas entre o novo conteúdo de aprendizagem e os conhecimentos já existentes, maior será seu grau de significância e maior sua aplicabilidade na prática profissional.

Piaget considera que, para que ocorra a aprendizagem, há necessidade de “uma atividade organizadora do sujeito na interação estabelecida entre ele e o conteúdo por ser aprendido”. Nesse caso, é dada maior ênfase à função do sujeito em detrimento do meio para o processo de ensino aprendizagem (Leite, 1991).

Vygotsky considera que não há possibilidade de entender o desenvolvimento cognitivo sem fazer referência ao contexto social, histórico e cultural em que ocorre. As funções mentais superiores, como o pensamento, a linguagem e o comportamento voluntário, têm sua origem em processos sociais e o desenvolvimento cognitivo é a transformação de relações sociais em funções mentais (Moreira, 1997).

— Neste processo, toda relação/função aparece duas vezes, primeiro em nível social e depois em nível individual, primeiro entre pessoas (interpessoal, interpsicológico) e após no interior do sujeito (intrapessoal, intrapsicológico). Para Vygotsky a interação social é o veículo fundamental para a transmissão dinâmica (de inter e intrapessoal) do conhecimento construído social, histórica e culturalmente (Moreira, 1997, p. 58).

Para uma aprendizagem significativa, na concepção de Vygotsky, há necessidade de interação social, de troca de significados por meio da interação social. Porém, não se deve deduzir que a facilitação da aprendizagem significativa se reduz a isto (Moreira, 1997).

Para ser significativa, a avaliação da aprendizagem deve ser parte essencial do trabalho do professor e não pode ser reduzida a uma

verificação do produto final da aprendizagem, pois precisa acontecer durante todo o processo de ensino-aprendizagem e não somente em dias previamente estabelecidos.

Não se pode acreditar que avaliação ocorre somente quando acontece a verificação formal somativa, ou seja, quando se escolhem os instrumentos, na sua maioria provas, como o EAC, a qual se aplica e atribui-se um conceito. Esses momentos causam rupturas no processo ensino aprendizagem e dificilmente favorecem o desenvolvimento da avaliação formativa.

Além disso, a prática avaliativa não deve se restringir a uma única estratégia para “verificar uma determinada situação ou proceder à medição do desempenho, e sim um processo complexo, carregado de valores, por ser uma intencional construção social” (Seiffert, Abdalla, 2004, p.173).

O EAPP formaliza um momento da avaliação formativa e, em algumas séries, também somativa, porém só tem sentido quando os desempenhos são trabalhados juntamente com o professor durante todo o ano, na Unidade Educacional Sistematizada e na Unidade de Prática Profissional, com os subsídios do Laboratório de Prática Profissional.

[...] como da outra vez, [foi] excelente a sua história [você] tem uma postura bem acolhedora, muito completa. e as suas colocações você fez de maneira bem pertinente ao levantamento [...] Deu para ver que você fez um bom raciocínio clínico, as necessidades que você levanta [...] (SP3mc).

No momento avaliativo, o professor reporta-se a outros espaços de ensino-aprendizagem que foram significativos para ele e para o estudante. Ambos são protagonistas de um processo em que problematizam situações, compreendem a prática pedagógica, produzem e difundem conhecimento. O professor é considerado protagonista desse processo porque faz a mediação entre o conhecimento e o estudante. O estudante também é sujeito da aprendizagem e sua atividade cognitivo-afetiva é

essencial para manter uma relação interativa com o objeto do conhecimento (Veiga, 2007).

Quando o trabalho pedagógico é entendido como uma construção conjunta de professores e estudantes, a prática da avaliação é vista como uma aliada de ambos, com enfoque crítico, reflexivo, negociado, diagnóstico, responsivo e dialético. O conceito final passa a ser uma motivação para o estudo e a avaliação torna-se uma ferramenta importante no acompanhamento do estudante e não mais um instrumento de controle no interior dos espaços de ensino-aprendizagem (Veiga, Naves, 2005).

Apropriar-se da avaliação como um dos componentes do trabalho educativo significa tomar iniciativa na direção de uma mudança do paradigma da educação universitária. Veiga e Naves (2005) consideram que o passo decisivo que confirma uma transformação real do espaço educativo dá-se quando professores e estudantes passam a enxergar a avaliação como um movimento que acompanha e busca compreender o processo formativo do estudante.

A avaliação da aprendizagem proporciona uma reflexão crítica sobre a prática e permite superar a curiosidade ingênua rumo à curiosidade epistemológica. Também possibilita que os estudantes, em suas experiências com as relações construídas entre as pessoas assumam-se “como seres sociais e históricos, como seres pensantes, comunicantes, criadores, realizadores de sonhos, de s assumirem como sujeitos porque são capazes de se reconhecerem como objetos” (Freire, 2008, p. 41).

Se entendermos que vivemos em uma sociedade complexa, em que o conhecimento é provisório e a certeza de hoje não será a de amanhã, almejaremos a independência intelectual, a criatividade e a postura crítica nos processos avaliativos, para que esses estejam a serviço da autonomia e do desenvolvimento dos sujeitos e da sociedade como um todo (Veiga; Naves, 2005).

Em uma matriz construtivista de competência, a aprendizagem torna-se efetiva quando o professor utiliza uma dificuldade do estudante para

a construção de novas possibilidades e para a reconstrução da sua prática profissional.

— É que eu não sabia o que era o outro medicamento, ele perguntou o que era, eu não sabia como que eu [sic] ia falar pra ele (SE1ma).

— Você não tem que saber tudo, você pode olhar, eu vou dar uma olhada em relação aos remédios que o senhor está tomando e eu dou o retorno. Você não tem que saber tudo, estamos te dizendo isso (SP1ma).

Se os professores entendem que a avaliação não é um fim em si mesma e sim um meio, um processo, e que o conhecimento acaba tendo significado na medida em que vai se apropriando deste, de forma reflexiva e contextualizada. Assim, compreenderão que o estudante não precisa saber tudo, uma vez que é capaz de articular seus recursos afetivos, cognitivos e de habilidades para uma aprendizagem significativa.

A avaliação é uma área complexa da educação, que ainda hoje ocupa um espaço repleto de conflitos e contradições. Embora as técnicas de mensuração estejam sendo progressivamente substituídas por uma visão mais ampla dos fenômenos educacionais, não se conseguiu ainda chegar a um consenso nas escolas, nos currículos e entre professores e estudantes sobre o significado da avaliação (Freitas, 2002a).

A construção pedagógica ocorre no dia a dia, de forma consensual, na comunidade acadêmica que assume o processo ensino-aprendizagem para construir uma zona de conforto ao estudante, de modo que este realize suas tarefas com mais segurança, sem estresse ou censura. No EAPP, o estudante certamente está nervoso, com medo, pois sua relação com os professores não foi construída no trabalho pedagógico no cotidiano “[...] choque elétrico... é a primeira vez que me deparo com essa situação, sinceramente eu não sei qual a conduta” (SE6mpc).

Quando o professor ensina fazendo, refletindo e discutindo, o estudante mostra-se mais seguro no EAPP, e o diálogo com o professor se estabelece de modo mais transparente, deixa de ser discurso para ser práxis.

— Eu sei que é difícil às vezes você expressar para a gente, às vezes você faria de uma maneira mais tranquila [...] (SP6mc)

- _ [...] ele não abordou isso. Então eu acho que é bom assinalar para ele, mas eu acho que é uma coisa que pode ser corrigida com o tempo (SP1ma).
- _ [...] isto eu não sei (SE6mpc)
- _ Então é uma coisa para você estudar (SP6mpc).

Em um currículo inovador está posta uma nova postura do professor que não existia no currículo tradicional, ou seja, a preocupação com a articulação entre teoria e prática e a interdisciplinaridade. Neste currículo também se espera do professor a apropriação de conhecimentos por meio da reflexão e da discussão dos problemas reais, buscando a autonomia e a construção de valores morais e éticos (Cunha, 2007). Nessa concepção, ensinar não é

transferir conhecimento e quem aprende ensina alguma coisa a alguém e aprende. Ensinar inexiste sem aprender e vice versa. Embora sujeitos diferentes entre si, professores e estudantes, estudantes – estudantes, professores – professores, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado (Freire, 2008, p. 23).

Neste estudo, também foi possível identificar um sentido construtivista de avaliação, mais afinado com a matriz australiana de competência, no qual o professor valorizou a integralidade do atendimento, dando destaque à combinação de atributos (conhecimentos, valores e habilidades), considerou o contexto social do paciente, o grau de autonomia, a relação médico-paciente, o estabelecimento de vínculos, a comunicação verbal e não verbal. No plano de cuidados, valorizou não apenas a dimensão biológica, mas a psicológica, a social e a cultural, assim como o envolvimento da equipe multiprofissional nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, nos diferentes níveis de atendimento.

_ [...] gostei muito da sua postura, foi muito boa, você está de parabéns, você transmite tranquilidade. Mesmo dizendo que estava nervosa, me pareceu muito tranquila muito segura. Você realizou sua entrevista de forma muito organizada, sistematizada, mesmo você falando que se perdeu em alguns momentos, pelo menos eu não senti que você se perdeu. Você sempre retomava, a deixava falar, dava orientações, mas voltava onde você estava perguntando. Achei você bastante completa, com uma abordagem bastante ampliada, com os aspectos psicológicos, biológicos e sociais. Abordou a questão da moradia, de vida, da família, a relação com a família. Acho que é isso que a gente vem buscando na questão do cuidado, da integralidade. Foi muito bom, acho que ficou só alguma coisa, em relação às crenças,

acho que você poderia trabalhar um pouquinho mais. Ela fala para você que não come alguns alimentos e você já fala em trazer a nutricionista; você poderia entender um pouco mais o que ela vem fazendo disso, o que está comendo, se está lavando a cabeça, poderia ter trabalhado um pouquinho mais, orientado. Você falou para ela que ia encaminhar à nutricionista, deu alguns encaminhamentos. Também na anamnese poderia explorar mais os métodos contraceptivos. Agora, você abordou antes da primeira gestação, entre a primeira e a segunda, a segunda e a terceira e agora? O que você vai fazer, que método está pensando em utilizar, a parte sexual, faltou um pouco mais esta parte você estar abordando. Na questão específica do exame físico você foi super adequada, ótima postura, só esqueceu no tórax superior de cobrir a paciente, no anterior deu tempo de colocar o lençol sobre a paciente. Também a hora que você terminou o exame físico, [esqueceu de] ajudar a paciente a colocar a roupa, você deixou ela deitada sem a camisola para ela se arrumar depois (SP3em).

A estudante ao ser questionada pelo professor quanto a sua conduta e a forma como foi coletando os dados da história clínica, se justificou, comparando o seu desempenho no EAPP com sua atuação na unidade hospitalar que estava passando no momento.

Na unidade (se referindo a maternidade) a gente faz isso (SE3em).

Em outra situação, o professor registrou no formato de avaliação o que expressou durante o desenvolvimento do EAPP.

— Elaborou bem o planejamento das ações, integrando as informações com conhecimentos prévios e o raciocínio clínico. Tem segurança na elaboração da hipótese, do raciocínio clínico (IP80a).

Esses professores, juntamente com os estudantes, em algumas situações, promoveram uma avaliação por meio do diálogo e da problematização, ambas as partes argumentando e discutindo, fazendo aflorar assim a dimensão ética da competência. Percebe-se uma reação de conforto por parte do estudante que, quando este atinge o desempenho esperado para aquele momento, manifesta-se com sorrisos, agradecimentos, elogios, entre outros.

Avaliação implica tomada de decisões, agir e levar a transformações. Significa refletir coletivamente com o propósito de promover

a aprendizagem dos professores e estudantes. É preciso que todas as informações sirvam para tomadas de decisões definidas em conjunto.

Não só é interessante, mas profundamente importante que os estudantes percebam diferenças nas ações dos professores em diferentes contextos, às vezes, mesmo as posições antagônicas entre professores. Mas é fundamental que percebam o respeito e a lealdade com que um professor analisa e critica as posturas dos outros, o que também é um momento de aprendizado (Freire, 2008).

“Nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo” (Freire, 2008, p.26).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

João Pessoa – Pb, 2009

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconstruindo a trajetória da presente investigação, propomos uma reflexão coletiva da prática pedagógica dos professores e do currículo idealizado para a instituição FAMEMA. Entendemos que o tempo é um limite e que certamente não esgotamos todas as possibilidades. O propósito deste estudo foi descortinar onde estamos, para onde vamos e onde gostaríamos de ter ido, em relação ao processo de avaliação.

É muito provável, que, neste momento, em decorrência das influências e da dinâmica do dia a dia, várias situações ocorridas nesta investigação já tenham sido superadas ou novas possibilidades de reflexões e ações já tenham sido praticadas por todos os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, de modo que a situação já não seja a mesma do momento de partida.

Traçamos como objetivo desse estudo a análise do processo de avaliação da aprendizagem do estudante em um currículo integrado, orientado por competência, como é o dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da FAMEMA. Para alcançar esse objetivo, dirigimos nosso olhar para o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), de modo a visualizar como avaliação se expressa no currículo prescrito, no currículo apresentado aos professores e no currículo moldado e posto em ação pelos professores e estudantes.

Os dados empíricos extraídos da observação e da transcrição das situações simuladas e dos formatos de avaliação dos desempenhos do estudante (F3) registrados pelos professores, submetidos ao Método de Interpretação dos Sentidos, foram cotejados as concepções de avaliação presentes nos documentos, projetos e manuais da FAMEMA, após ter sido realizada a análise documental.

No que diz respeito à prática pedagógica do professor, especialmente no que se relaciona à avaliação, identificamos momentos diferentes entre os professores. Compreendemos que se trata de pessoas diferentes, que construíram sua trajetória histórica com culturas, valores,

relações de poder e interesses muitas vezes contraditórios. Ainda assim, alguns mostram-se mais abertos a rever seu papel de professor e enfrentar os desafios propostos pela proposta curricular da FAMEMA.

Vale destacar que a FAMEMA é pioneira em relação a processos inovadores na Graduação em Enfermagem e Medicina, enfrentando muitas dificuldades derivadas dessa opção e superando algumas delas. Portanto, há constante necessidade de monitorar todo o processo, suas dificuldades e possibilidades, quer internamente, por meio das avaliações realizadas na Instituição, quer por pesquisas e avaliações externas.

O pioneirismo da FAMEMA nos processos de mudança curricular na área da saúde no Brasil é um determinante positivo para a formação profissional. Entretanto, o processo de aprendizagem não está isento de contradições, avanços e retrocessos.

É possível constatar o quanto nos aproximamos e o quanto nos distanciamos da concepção de educação e avaliação propostas, tendo como referência a proposta curricular da FAMEMA, que se pretende crítica, reflexiva, significativa, problematizadora, negociada, ética e condizente com a matriz de competência construtivista dialógica.

Apesar das mudanças curriculares ocorridas nas últimas décadas na FAMEMA, percebem-se ainda divergências conceituais relativas à avaliação entre professores e estudantes. Há os que consideram que o caráter formativo da avaliação formativa é dado pela forma como é realizada, isto é, do fato de não haver mais nota e sim conceito. Outro equívoco reside na falsa dicotomia entre avaliação quantitativa e qualitativa, expressa na maior valorização dos atributos cognitivos, em detrimento dos demais. Outra dificuldade constatada é que os instrumentos de avaliação não dialogam entre si, não favorecendo a continuidade da avaliação.

Embora no discurso dos professores da FAMEMA a avaliação apareça associada a práticas construtivistas, democráticas, críticas e reflexivas, a prática pedagógica dos mesmos revela a persistência da concepção behaviorista com o foco na avaliação cognitivista.

Professores e estudantes da FAMEMA revelam uma pluralidade de concepções sobre educação e, consequentemente, sobre avaliação: ora são construtivistas, operando em um currículo inovador, com metodologias ativas, que vai ao encontro do currículo prescrito e apresentado aos professores; ora as ações dos professores revelam nos EAPPs e nos registros dos formatos de avaliação que no currículo em ação, e moldado pelos professores e estudantes, há ações discrepantes do modelo proposto, muito mais voltado para um ensino tradicional com uma avaliação que compara, julga, discrimina, pune e que tem como resultado somente o produto final.

No processo avaliativo realizado no EAPP, constatamos o predomínio da voz do professor, na maioria das vezes é ele quem fala, como detentor do que é o certo. Porém, essa postura não pode ser tomada como a verdade. Se assim for, a cultura de avaliação e as relações de poder ainda não foram suficientemente trabalhadas e ainda não está construído o vínculo entre professores e estudantes no processo de formação.

A avaliação, nos seus diversos cenários, deveria ser uma mediação transformadora da prática pedagógica, porém, na maioria das vezes, perde sua força por estar montada em bases equivocadas. Para a avaliação não basta articular um discurso novo, não adianta ter novas concepções de educação, se sua prática pedagógica continuar sendo de base reprodutiva.

A FAMEMA tem buscado novas formas para o processo ensino-aprendizagem, com uso de metodologias ativas, em que a realização do EAPP coloca-se como uma possibilidade de verificar a combinação dos atributos na ação, o que possibilita identificar as contradições existentes entre teoria e prática. O que “altera a realidade é a ação e não as elucubrações mentais; é preciso mudar a postura, o que implica a alteração tanto da concepção quanto da prática” (Vasconcellos, 2009, p.25).

Partindo das premissas que sustentam a proposta curricular da FAMEMA, foi possível identificar as mediações dos professores na tradução do significado da proposta de avaliação no currículo em ação, em que foram

constatados movimentos de adaptação, contradição, resistência, adesão e reprodução da proposta original.

Em 2003, o projeto apresentado ao PROMED já previa uma nova forma de avaliação para os Cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA, sendo essa avaliação de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Essa proposta de avaliação do desempenho do estudante articulava atributos cognitivos, afetivos e habilidades, o que requeria que fosse feita na ação.

Os demais projetos político-pedagógicos, assim como a proposta apresentada ao PRÓ-SAÚDE, reiteraram essa proposta de avaliação da aprendizagem do projeto PROMED. Entretanto, nenhum desses documentos fez referência à necessidade de construir o desempenho do professor no momento avaliativo.

O currículo apresentado aos professores, em todas as séries de ambos os cursos, menciona que avaliação do desempenho do estudante, por meio do EAPP, será registrada no formato-F3, que descreve em manuais os desempenhos e as tarefas esperados em cada uma das séries. Esses manuais, entretanto, são diferentes em cada série: alguns descrevem minuciosamente o que se espera do estudante, outros não.

No currículo moldado e posto em ação pelos professores, a avaliação vivida nem sempre foi a real expressão da avaliação proposta no currículo prescrito e no apresentado aos professores. Ora apresentou-se mais formalizada para uma concepção de competência de base condutivista, ora para uma concepção construtivista, sendo esta última com base nas matrizes francesa e aproximações com a australiana.

Uma reflexão coletiva sobre as práticas pedagógicas de professores e estudantes da FAMEMA, em especial as práticas de avaliação, demanda um processo de sucessivas aproximações que permita construir uma práxis transformadora com possibilidades de ação, reflexão e ação e não uma prática reprodutiva com ações fragmentadas e pouco resolutivas. Fazer o novo emergir de dentro do velho não é fácil, porém essa é a nossa condição de seres históricos. Se estamos dispostos promover

mudanças, precisamos enfrentar as contradições existentes no processo ensino-aprendizagem.

Ao avaliar a aprendizagem do estudante e a pertinência de proposta curricular por meio da aprendizagem, o EAPP mostra sua potencialidade, porém é ainda subutilizado. Em outro patamar da avaliação, a devolutiva ao estudante é mais dialogada e sinaliza maior adesão às premissas do projeto, vinculado a uma formação diferenciada em saúde. Com isso, recupera a integralidade entre o saber ser, o saber conhecer, o saber conviver e o saber fazer refletido, situado historicamente. Um fazer dialogado, capaz de promover a responsabilidade de professores e estudantes no desenvolvimento da competência ética, técnica e comunicativa, com estabelecimento de vínculos, acolhedora e com escuta ampliada.

Em alguns momentos o professor valoriza a cultura do estudante, o que ele traz para o cenário do EAPP, o professor enxerga que entre os estudantes existem apropriações diferenciadas, são pessoas que se encontram em processos diferentes. Quando o estudante consegue avançar e não é valorizado, há carga afetiva negativa. Porém, em diferentes séries, há professores que perceberam e valorizam o fato de que os estudantes estão vivendo um processo de transição.

A denúncia das condições que operam a sala universitária não é suficiente para mudar a formação, mas, associada a condições objetivas de praticar essa docência de qualidade, diferenciada, permite que os professores se aproximem processualmente e construam diferentes possibilidades de atuação.

Um indicador da avaliação formativa mostrou-nos a necessidade de todos os docentes serem sensibilizados sistematicamente para saber o que estamos fazendo com o processo ensino-aprendizagem. Caso contrário, como pudemos constatar na avaliação do EAPP, o professor retrocede ao paradigma que conhece, porque qualidade para ele é aquilo. O professor acredita que está fazendo o melhor que pode para a formação dos estudantes. Professores com concepções mais tradicionais de avaliação têm de serem cuidados pela instituição de forma diferente, ou seja, os diferentes

precisam ser tratados de forma diferente. Há necessidade de uma discussão dos Projetos Institucionais de se aproximar da concepção de avaliação concebida pelo coletivo da Instituição FAMEMA, ou seja, uma avaliação construtivista com referencial de competência dialógica.

As possibilidades, via avaliação, de ajudar o grupo a reconstruir e repensar as formas de organização do trabalho docente, em especial, o processo avaliativo, ou seja, promovendo discussões, um aliança de fato entre o Curso de Medicina e de Enfermagem, maior compreensão da opção metodológica adotada, a reconstrução dos formatos de avaliação do desempenho do estudante, de forma que cada professor se aproprie deste e entenda o projeto político-pedagógico e o currículo proposto pelos docentes da FAMEMA, o referencial de educação e a avaliação dialógica.

É necessário ainda construir o desempenho docente para o EAPP, com ações mais reflexivas entre os professores e estudantes. Essa proposta de construção de avaliação tem como propósito o registro de marcas positivas na vida do estudante. Necessita ainda aproximar mais da realidade, para deixar de ser discurso e tornar-se práxis.

Vale lembrar que os professores da FAMEMA estão tentando fazer diferente, ou seja, realizar uma avaliação mais democrática, negociada, ética, problematizadora, porém, não foram formados nesta ótica. Ao contrário, seu processo de formação foi marcado por uma avaliação classificatória, seletiva, concorrente, na lógica de que o melhor é o que vence. Portanto, os professores também são aprendizes desse novo processo e devem refletir constantemente sobre seu fazer pedagógico. Os processos de avaliação são importantes indicadores dessa nova perspectiva.

Há que reconhecer o avanço, o compromisso e a coragem da coletividade acadêmica da FAMEMA de se lançar ao desafio de construir o novo, abandonando a situação confortável, segura, estável para enfrentar movimentos antagônicos, repletos de contradições. Hoje a avaliação interna e externa mostra que estamos mais próximos do idealizado, ou seja, do currículo prescrito e apresentado aos professores. Há ainda evidências de que estamos formando profissionais enfermeiros e médicos críticos,

reflexivos, comprometidos com os princípios do SUS e potencialmente transformadores da realidade da assistência à saúde.

A mudança na avaliação será decorrência da mudança na organização do trabalho pedagógico. “Difícil?. Talvez, porém, compensador” (Villas Boas, 2005, p. 119).

Segundo Tonhom (2006, p.152),

[...] transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de Saúde, na construção do Saber, nas práticas desenvolvidas, nas relações estabelecidas entre estudantes, professores, profissionais de saúde, população, ou seja, implica a transformação não somente de concepções e práticas, mas também das relações de poder dentro das universidades, dos serviços de saúde, do território local, espaço social, no campo das políticas.

Mudanças na avaliação não são soluções para todos os problemas, mas é via avaliação que poderemos organizar as experiências de aprendizagem dos estudantes e estabelecermos um norte. Essa opção de avaliação é um momento para aprender, sendo que a maior aprendizagem será aprender a viver coletivamente a experiência de ensinar e aprender. “Há muito o que construir no campo da avaliação universitária. E talvez o começo seja desaprender que a avaliação é fenômeno técnico e desinteressado” (Sordi, 2005, p.147).

Assim, esperamos que esta pesquisa contribua para sinalizar a professores e estudantes a necessidade de se abrir para o novo, compreendendo que as mudanças são processos que trazem embutidos movimentos de reprodução e de contradição historicamente determinados. Para concretizar as mudanças, há necessidade de um ambiente altamente democrático que permita a discussão desses movimentos e a legitimação dos consensos produzidos coletivamente para que, de fato, a avaliação seja para transformar e não para reproduzir a realidade.

“Trata-se de aprender fazendo o que [ainda] não se sabe fazer. Trata-se de fazer com que os pressupostos do PPP que estão nos documentos saiam das gavetas da burocracia e ganhem visibilidade” (Sordi, 2005, p. 133).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abrecht R. A avaliação formativa. Rio Tinto: Asa Editores; 1994. Em que consiste a avaliação formativa?; p. 31-61.

Adachi EA. Identifying needs and preferences for faculty development on evidence-based medicine for pediatricians at Marília medical School [dissertation]. Chicago: University of Illinois; 2001.

Angeli AO. A aprendizagem baseada em problemas e os recursos adaptativos de estudantes de um curso médico [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.

Braccialli LAD. Mulheres e aborto: as ambigüidades do discurso autorizado [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Braccialli LAD, Oliveira MAC, Fonseca RGS. Mulheres e aborto: as ambigüidades do aborto autorizado. São Paulo: EPUB; 2003.

Braccialli LAD, Raphael HS, Chirelli MQ, Oliveira MAC. Avaliação do estudante: no exercício de avaliação da prática profissional. Avaliação. 2008;13(1):101-18.

Brasil. Lei n. 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833-41.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2001. Seção 1, p. 131.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001a. Seção 1, p. 37.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001b. Seção 1, p. 38.

Brasil. Portaria n. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre currículo mínimo e duração do curso de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez. 1994. Seção 1, p. 19801-2.

Cachapuz AF. A procura da excelência na aprendizagem. *Série Estud Period Mestr Educ UCDB*. 2000;(10):9-26.

Carvalho Júnior PM. An on line, problem-oriented course of health information systems for implementation and assessment [dissertation]. Chicago: University of Illinois; 2002.

Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Cunha MI. O lugar da formação do professor universitário: a condição profissional em questão. In: Cunha MI, organizadora. *Reflexões e práticas em pedagogia universitária*. Campinas: Papirus; 2007. p. 11-26.

Cyrino EG, Pereira MLT. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8.

D´Almeida FA. A 5th year evidence-based primary care module during the adult health clerkship at Marília Medical School [dissertation]. Chicago: University of Illinois; 2001.

Davini MC. Currículo integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. *Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília; 1989. p. 39-55.

Dias Sobrinho J. Avaliação educativa: produção de sentidos com valor de formação. *Avaliação*. 2008;13(1):193-207.

Dias Sobrinho J. *Avaliação: políticas educacionais e reformas da educação superior*. São Paulo: Cortez; 2003.

Edler FC, Fonseca MRF. História da educação médica no Brasil. *Cad ABEM*. 2006;2:8-27.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). *Curso de Medicina: clínica médica - 6ª série*. Marília; 2007e.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). *Manual de avaliação do estudante: cursos de Medicina e Enfermagem*. Marília; 2006.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). *Necessidades de saúde 1 - 1ª série: cursos de Medicina e Enfermagem*. Marília; 2007a.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). *O ciclo da vida e da unidade de prática profissional: curso de medicina: 3ª série*. Marília; 2007b.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Projeto Famema em novas perspectivas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE: curso de Enfermagem [texto na internet]. Marília; 2005a [citado 2008 ago. 18]. Disponível em: http://www.famema.br/documentos/Prosaude_Enfermagem_Famema.pdf

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Projeto Famema em novas perspectivas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE: curso de Medicina [texto na internet]. Marília; 2005b [citado 2008 ago. 18]. Disponível em: http://www.famema.br/documentos/Prosaude_Medicina_Famema.pdf

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Projeto FAMEMA século XXI PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Marília; 2003.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Projeto pedagógico do curso de Enfermagem. Marília; 2008a.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Regimento da Faculdade de Medicina de Marília. Marília; 1999. Do rendimento escolar, da progressão e da frequência; p. 29.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Rev Vestibulando [periódico na Internet]. 2008b [citado 2009 fev. 11];(67). Disponível em: <http://www.vestibular.pucsp.br/2008b/revista/67.pdf>.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Unidade de Prática Profissional 3 - UPP3: cuidado ao indivíduo hospitalizado: 3ª série – curso de Enfermagem. Marília; 2007c.

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). Unidade de Prática Profissional 4 - UPP4: atenção às necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, no modelo de vigilância à saúde: 4ª série - curso de Medicina. Marília; 2007d.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Projeto; p. 1400.

Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados: os casos de Marília e Londrina. São Paulo: Hucitec; 2002.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 37ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2008.

Freitas LC. Apresentação. In: Freitas LC, organizador. Avaliação: construindo o campo e a crítica. Florianópolis: Insular; 2002a. p. 7-14.

Freitas RAMM. Reflexividade e competência: a graduação em enfermagem [tese]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista; 2002b.

Gadotti M. História das idéias pedagógicas. 3ª ed. São Paulo: Ática; 1995.

Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2001;35(1):80-7.

Gimeno Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.

Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 79-108.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem dos programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-222.

Guimarães KBS. Estresse e a formação médica: implicações na saúde mental dos estudantes [dissertação]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista; 2005.

Hafner MLMB, Moraes MAA, Marvulo MMI, Braccialli LAD, Carvalho MHR, Gomes R. A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. Cienc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2007; [citado 2009 maio 10]. No prelo. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2343

Hager P. Conceptions of competence. In: Thompson A, editor. Philosophy of education [monography on the Internet]. [S.l.]: Philosophy of Education Society; 1993 [citado 2009 set. 17]. Disponível em: http://www.ed.uiuc.edu/EPS/PES-Yearbook/93_docs/HAGER.HTM

Hager P, Gonczi A. What is competence? Med Teach. 1996;18(1):15-8.

Hager P, Gonczi A, Athanasou J. General issues about assessment of competence. Asses Eval High Educ. 1994;19(1):3-16.

Hernandez D. La certification por competencias: un desafio. In: Anales de La Reunion de Dirigentes de Instituciones de Educacion Tecnológica; 1999 dic. 1-3; Aracaju, BR. Aracaju: CEFET; [1999?]. p. 2-12.

Howley LD. Performance assessment in medical education: where we've been and where we're going. Eval Health Prof. 2004;27(3):285-303.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades @: Marília – SP [texto na internet]. Rio de Janeiro; [200-] [citado 2007 set. 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Komatsu RS. Aprendizagem baseada em problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso [tese]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2003.

Komatsu RS, Lima VV, Baaklini CE, Zanolli MB, Padilha RQ, Moreno JB, et al. Manual FAMEMA 2003. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2003.

Laluna MCMC. O planejamento como instrumental da gerência em enfermagem: construindo o desempenho do planejamento participativo no currículo integrado [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Laluna MCMC. Os sentidos da avaliação na formação de enfermeiros orientada por competência [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Leite LB. As dimensões interacionistas e construtivista em Vygotsky e Piaget. Cad CEDES. 1991;(24):25-31.

Libâneo JC. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 9ª ed. São Paulo: Loyola; 1990.

Lima VV. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.123-40.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(17):369-79.

Lima VV. Educação médica: a dimensão social no currículo do curso médico da Faculdade de Medicina de Marília, 1998 e 1999 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar. 10ª ed. São Paulo: Cortez; 2000.

Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2003.

Marília. Prefeitura Municipal – Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica/Saúde da Família: 10 anos de Saúde da Família/EACS: 20 anos de SUS. Marília: Secretaria Municipal da Saúde de Marília; 2008.

Mazzoni CJ. Predicting OSCE scores based on mid-term formative assessment at Marília Medical School [dissertation]. Chicago: University of Illinois; 2001.

Mazzoni CJ, Moraes MAA. A avaliação prática estruturada de habilidades clínicas na Famema: fundamentos para construção e aplicação. Gest Univ [periódico na internet]. 2006 [citado 2007 maio 21];(99). Disponível em: <http://www.gestaouniversitaria.com.br>

Meghnagi AS. Competência profissional como tema de pesquisa. Educ Soc. 1999;19(64):50-86.

Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 9-29.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Moraes MAA. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na FAMEMA [tese]. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista; 2004.

Moreira MA. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. In: Actas del 2º Encontro Internacional sobre el Aprendizaje Significativo; 1997; Burgos, ES. Burgos: Universidad de Burgos; 1997. p. 19-44.

Penna Firme T. Avaliação: tendências e tendenciosidades. Ensaio. 1994;1(2):5-12.

Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 1999.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Ramos MN. A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais. Bol Tec SENAC [periódico na Internet]. 2001 [citado 2008 maio 03];27(3). Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273c.htm>

Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Magic. 2003;10(2):47-52.

Ristoff DI. Algumas definições de avaliação. Avaliação. 2003;8(2):20-30.

Roldão MC. Para um currículo do pensar e do agir: as competências enquanto referencial de ensino e aprendizagem no ensino superior. In: Workshop Competência e Avaliação; 2005 out. 12; Aveiro, PT [texto na internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2005 [citado 2007 abr. 23]. Disponível em http://www.uc.pt/pessoal/abade/bolonha/docs/Competencias_roldao.pdf/

Saviani D. Escola e democracia: polêmicas do nosso tempo. 38ª ed. Campinas: Autores Associados; 2006.

Scherer MDA, Marino SRA, Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a Estratégia Saúde da Família com base nas categorias Kuhnianas. Interface Comun Saúde Educ. set 2004-fev 2005;9(16):53-66.

Seiffert OMLB, Abdalla IG. Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior em saúde. In: Batista NA, Batista SH, organizadores. Docência em saúde: temas e experiências. São Paulo: Senac; 2004. p. 167-85.

Sena RR, Silva KL, Gonçalves AM, Duarte ED, Coelho S. O cuidado do trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. Interface Comun Saúde Educ. 2008;12(24):23-34.

Silva RF. A prática educativa transformadora: a trajetória da unidade educacional de interação comunitária [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Siqueira Júnior AC. A pedagogia problematizadora para o atendimento do paciente agressivo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Sordi MRL. Avaliação universitária: mecanismo de controle, de competição e exclusão ou caminho para a construção da autonomia, da cooperação e da inclusão? In: Veiga IPA, Naves MLP, organizadoras. Currículo e avaliação na educação superior. Araraquara: Junqueira & Marin; 2005. p. 121-48.

Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. Rev Latino-Am Enfermagem. 1998;6(2):83-8.

Sordi MRL, Malavazi MMS. As duas faces da avaliação: da realidade à utopia. Rev Educ PUC-Campinas. 2004;1(17):107-15.

Tanguy L. Competência e integração social na empresa. In: Ropé F, Tanguy L, organizadores. Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa. Campinas: Papirus; 1997. p. 167-200.

Tonhom SFR. Os egressos como atores do processo de avaliação curricular do curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

Torres Santomé J. Globalização e interdisciplinariedade: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.

Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. Medicina (Ribeirão Preto). 1996;29(4):429-39.

Tsuji H, Silva RHA. Relato de experiência de um novo modelo curricular: aprendizagem baseada em problemas, implantada na unidade educacional do sistema endocrinológico na 2ª série do curso Médico da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. Arq Bras Endocrinol Metab. 2004;48(4):535-43.

Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. Rev Bras Educ Med. 2009;33(2):291-7.

Vasconcellos CS. Avaliação da aprendizagem: práticas de mudança por uma práxis transformadora. 9ª ed. São Paulo: Libertad; 2009.

Veiga IPA, organizadora. Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível. Campinas: Papirus; 2007. Projeto político pedagógico da escola: uma construção coletiva; p.11-36.

Veiga IPA, Naves MLP. O processo de reestruturação curricular de cursos de graduação: a experiência da Universidade Federal de Uberlândia. In: Veiga IPA, Naves MLP, organizadoras. Currículo e avaliação na educação superior. Araraquara: Junqueira & Marin; 2005. p. 199-217.

Vianna HM. Avaliação educacional e o avaliador. São Paulo: IBRASA; 2000.

Vilela EM. Interdisciplinaridade no ensino de graduação em enfermagem: um estudo de caso [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

Villas Boas BMF. Práticas avaliativas no contexto do trabalho pedagógico universitário: formação da cidadania crítica. In Veiga IPA, Naves MLP. Currículo e avaliação na educação superior. Araraquara: Junqueira & Marin; 2005. p. 103-20.

Villas Boas BMF, Ristoff DI, Poli EC, Soares JF, Gonçalves Filho F, Freitas HCL, et al. Construindo o campo e a crítica: o debate. In: Freitas LC, organizador. Avaliação: construindo o campo e a crítica. Florianópolis: Insular; 2002a. p. 99-213.

Wikipédia: a enciclopédia livre [enciclopédia na internet]. [S.l.]: [s.n.]; 2007. Marília. [citado 2007 set. 28]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Mar%C3%ADlia>.

Wind LA, Van Dalen J, Muijtens AMM, Rethans JJ. Assessing simulated patients in an educational setting: the MaSP (Maastricht Assessment of Simulated patients). Med Educ. 2004;38(1):39-44.

Zanolli MB. Importance, frequency and responsibility of main problems in tutorial group function at Marília Medical School: a survey from tutors, second and third year medical students [dissertation]. Maastricht: Faculty of Health Sciences, University of Maastricht; 2000.

Zanolli MB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1 - Desempenho esperado na área de atuação - necessidades individuais

Anexo 2 - Desempenho esperado na área de atuação - necessidades coletivas

Anexo 3 – Desempenho esperado na área de atuação – organização e gestão do processo de trabalho em saúde

Anexo 4 - Desenvolvimento das ações, segundo áreas de atuação e séries do curso de Enfermagem

Anexo 5 – Desenvolvimento das ações, segundo áreas de atuação e séries do curso de enfermagem

Anexo 6 - Desenvolvimento das ações, segundo áreas de atuação e séries do curso de medicina

Anexo 7 - Grade curricular dos cursos de medicina e enfermagem da FAMEMA

Anexo8 - Formatos de avaliação do desempenho do estudante no EAPP

Anexo 9 - Cronograma de avaliação das séries, dos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem.

Anexo10 – Protocolo do comitê de ética

Anexo 11 – Termo de esclarecimento da pesquisa

Anexo 12 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 1- Desempenho esperado na área de atuação - necessidades individuais

Área vigilância à saúde: subárea cuidado às necessidades individuais em todas as fases do ciclo de vida		
Desempenhos	Ações	Mobilização articulada dos Recursos para execução da ação
Identificar necessidades de saúde	História Clínica	<p>Estabelecer uma relação ética, respeitosa e cooperativa com a pessoa/acompanhante, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo.</p> <p>Identificar necessidades de saúde considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais, favorecendo o relato do contexto de vida da pessoa/família.</p> <p>Obter dados relevantes da história clínica de maneira empática e cronologicamente organizada. Esclarecer dúvidas e registra informações de forma clara e orientada às necessidades referidas e percebidas.</p>
	Exame Clínico	<p>Cuidar da privacidade e do conforto da pessoa; explicar e orientar sobre os procedimentos a serem realizados; adotar medidas de biossegurança.</p> <p>Agir de forma empática e com segurança, em situações de recusa ou de falha na utilização de equipamentos, buscando alternativas.</p> <p>Mostrar destreza e técnica adequada no exame clínico e na tradução e interpretação dos sinais identificáveis.</p>
Formular o problema da pessoa	Hipóteses diagnósticas	<p>Integrar e organizar os dados obtidos na história e exame clínicos, elaborando hipóteses diagnósticas fundamentadas na aplicação do raciocínio clínico-epidemiológico do processo saúde-doença, também considerando os problemas que requerem intervenção de educação em saúde.</p> <p>Informar suas hipóteses e a investigação necessária para a formulação do problema, de forma ética, empática e compreensível à pessoa/acompanhante.</p>
	Investigação Diagnóstica	Solicitar e interpretar recursos complementares para confirmar ou afastar as hipóteses elaboradas (exames, visita domiciliar, obtenção de dados com familiares/cuidador/outras profissionais); justificar suas decisões baseando-se em princípios éticos e em evidências, considerando a relação custo/efetividade, o acesso e o financiamento dos recursos.
Elaborar e executar o plano de cuidado	Plano de cuidado	Elaborar e executar um plano de cuidado e terapêutico, que inclua as ações de educação em saúde, considerando princípios éticos, as evidências encontradas na literatura, o contexto de vida da pessoa/família e o grau de autonomia destes e a situação epidemiológica do município; envolver outros membros da equipe ou recursos comunitários quando necessário; contemplar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; considerar o acesso e o grau de resolubilidade dos diferentes serviços de atenção à saúde ao referenciar/contrareferenciar a pessoa.

Fonte: Manual de Avaliação, 2006.

Anexo 2- Desempenho esperado na área de atuação – necessidades coletivas

Área vigilância à saúde: subárea cuidado às necessidades coletivas em saúde		
Desempenhos	Ações	Mobilização articulada dos recursos para execução da ação
Identificar necessidades de saúde	Inquérito populacional/ investigação epidemiológica	Coletar dados primários (por amostra) e utilizar dados secundários para análise e priorização das necessidades coletivas de saúde, incluindo as necessidades de educação em saúde. Na coleta de dados primários, estabelecer uma relação ética, respeitosa e cooperativa com o entrevistado, utilizando linguagem compreensível e postura acolhedora que favoreçam o vínculo.
Formular e processar o problema	Diagnóstico Situacional	Utilizar as ferramentas do planejamento estratégico situacional para explicar o problema, identificar nós críticos e elaborar alternativas de intervenção sobre o(s) problema(s) selecionado(s), considerando-se o contexto e as distintas explicações dos atores envolvidos.
Elaborar e executar o plano de intervenção	Plano de intervenção	Elaborar e executar ações considerando critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias) e vulnerabilidade do plano, com avaliação contínua, prestação de contas e ajuste do plano, conforme as condições do contexto.

Fonte: Manual de Avaliação, 2006.

Anexo 3 – Desempenho esperado na área de atuação – organização e gestão do processo de trabalho em saúde

Área: organização e gestão do processo de trabalho em saúde		
Desempenhos	Ações	Mobilização articulada dos recursos para execução da ação
Organizar e elaborar o trabalho em saúde junto à equipe	Opera no Coletivo Organizado	Participar da co-gestão do processo de trabalho de modo a produzir bens/serviços necessários à saúde da população, compreendendo a equipe constituída de sujeitos com autonomia/liberdade e compromisso/responsabilidade na tomada de decisão. Participar do processo de educação permanente da equipe de saúde.
Planejar o processo de trabalho junto à equipe	Plano de Intervenção	Participar da elaboração e execução do plano de trabalho no espaço coletivo da organização, na lógica da vigilância a saúde, considerando princípios éticos, envolvendo recursos e respeitando aspectos legais.
Avaliar o trabalho em saúde	Sistematização das informações em saúde	Avaliar criticamente o processo, produto e resultados das ações desenvolvidas utilizando indicadores de qualidade do serviço de saúde no qual participa para a tomada de decisão; propor ações de melhoria; fazer e receber críticas respeitosamente.

Fonte: Manual de Avaliação, 2006.

Anexo 4 - Desempenho esperado na área de atuação – investigação científica

Área: investigação científica		
Desempenhos	Ações	Mobilização articulada dos recursos para execução da ação
Identificar os passos da pesquisa	Escolha do tema	Compreender a pesquisa como uma forma de propiciar o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem. Buscar respostas para questões propostas exigindo pensamento reflexivo e tratamento científico, incluindo critério e sistematização.
	Delimitação do tema	Considerar a relevância teórico-prática e disponibilidade de material bibliográfico ao escolher o tema.
Formular Projeto de Pesquisa	Introdução	Formular a pergunta da pesquisa. Definir sua delimitação, importância/justificativa e apresentação sintética dos objetivos.
	Objetivo	Discutir as estratégias de busca. Caracterizar o conjunto do acervo bibliográfico a ser consultado.
	Método	Analisar criticamente as fontes bibliográficas. Explicar os procedimentos metodológicos.
Executar o Projeto	Busca e análise do material bibliográfico	Identificar, localizar e compilar de maneira sistemática o material bibliográfico selecionado. Realizar fichamento com referência bibliográfica completa de fonte de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), resumo da abordagem e comentário crítico.
	Interpretação crítica dos resultados	Realizar as técnicas escolhidas, coletar e interpretar os dados. Discutir os resultados, confrontando-os com as referências bibliográficas.
	Redação final	A análise e a redação final dependerão do desenho metodológico do projeto de pesquisa.

Fonte: Manual de Avaliação, 2006.

Anexo 5 - Desenvolvimento das ações, segundo áreas de atuação e séries do curso de Enfermagem

	1ª	2ª	3ª	4ª
<i>Cuidados às necessidades individuais e coletivas</i>				
Identificar necessidades de saúde				
Formular o problema do paciente/comunidade				
Elaborar e executar plano de cuidado/intervenção				
<i>Organização e gestão do processo de trabalho em saúde</i>				
Organizar e elaborar o trabalho em saúde junto à equipe				
Planejar o processo de trabalho junto à equipe				
Avaliar o trabalho em saúde				
<i>Investigação Científica</i>				
Identificar passos da pesquisa				
Formular o Projeto de Pesquisa				
Executar o Projeto				

Fonte: Manual de Avaliação da FAMEMA, 2006.

Anexo 6 – Desenvolvimento das ações, segundo áreas de atuação e as séries do Curso de Medicina da FAMEMA

Tarefas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
<i>Cuidados às necessidades individuais e coletivas</i>						
Identificar necessidades de saúde						
Formular o problema do paciente/comunidade						
Elaborar e executar plano de cuidado/intervenção						
<i>Organização e Gestão do trabalho de Vigilância à Saúde</i>						
Organizar e elaborar o trabalho em saúde junto à equipe						
Planejar o processo de trabalho junto à equipe						
Avaliar o trabalho em saúde						
<i>Investigação Científica</i>						
Elaborar estudo de caso clínico						
Apresentação do caso clínico						
Discussão e revisão da literatura						

Fonte: Manual de Avaliação da FAMEMA, 2006.

Anexo 7 – Grade curricular, cursos de medicina e enfermagem

1ª série (Medicina/Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 1 – UPP1	
Unidade Educacional Sistematizada 1 – UES1	

2ª série (Medicina/Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 2 – UPP2	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 2 – UES2	

3ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 3 – UPP3	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 3 – UES3	

3ª série (Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 3 – UPP3	Unidade Educacional Eletiva*
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC	

4ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 4 – UPP4	Unidade Educacional Eletiva*
Unidade Educacional Sistematizada 4 – UES4	
Investigação Científica	

4ª série (Enfermagem)

Unidade de Prática Profissional 4 – UPP4	Unidade Educacional Eletiva*
Trabalho de Conclusão de Curso – TCC	

5ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 5 – UPP5	Unidade Educacional Eletiva*
--	------------------------------

6ª série (Medicina)

Unidade de Prática Profissional 6 – UPP6	Unidade Educacional Eletiva*
--	------------------------------

A Unidade Educacional Eletiva ocorre em diferentes períodos para cada série.

Anexo 8 – Formatos de avaliação do desempenho do estudante no EAPP

SECRETARIA DE ENSINO SUPERIOR
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
FORMATO DE OBSERVAÇÃO DO DESEMPENHO DO ESTUDANTE
UNIDADE DE PRÁTICA PROFISSIONAL 1- UPP1 - 2009

Estudante: _____ Data: ____/____/____

Avaliadores(as): _____

1. Cuidado à saúde individual

Identificação das Necessidades de Saúde	
Cuidado às Necessidades de Saúde Individual	
Tarefas	
História Clínica	<p>Aspectos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ identifica situações que impeçam ou dificultam a realização da história clínica ou exijam intervenção imediata e encaminha alternativas quando necessário; ✓ apresenta-se, explica a razão da entrevista e identifica a pessoa pelo nome; ✓ obtém o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e assegura o sigilo das informações coletadas; ✓ aplica procedimentos de biossegurança e otimiza o ambiente dentro das possibilidades locais e respeitando os hábitos da pessoa/família; ✓ apresenta-se com vestuário adequado para o local e a atividade a ser realizada; ✓ estimula a pessoa a expor suas necessidades segundo a sua própria percepção; ✓ faz e recebe críticas de forma respeitosa. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Relação profissional de saúde-paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ estabelece relação com atenção, concentração, interesse, expressão corporal e contato com os olhos visando a comunicação empática; ✓ apresenta-se e tem atitudes adequadas à situação vivenciada (postura profissional); ✓ aceita o ponto de vista da pessoa (não é autoritário, arrogante, paternalista e/ou moralista, desrespeitoso e/ou preconceituoso); ✓ expressa aceitação, compreende e mostra disponibilidade para ajudar e valoriza o esforço da pessoa; ✓ esclarece dúvidas, explica e orienta a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas; ✓ identifica limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminha alternativas; ✓ utiliza linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa; ✓ utiliza técnicas que facilitam a comunicação verbal (expressão, clarificação e validação); ✓ realiza entrevista com ritmo adequado ao tempo disponível.

	<p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Tarefa	
	<p>Investigação das necessidades de saúde</p> <p>Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ identifica a pessoa ou informante e os membros da família: nome completo, idade (data de nascimento), gênero, etnia, naturalidade, procedência atual e remota, profissão, atividade que exerce ou exercia, religião, estado civil e escolaridade; ✓ percebe, caracteriza e relaciona: condição de moradia, trabalho, relações pessoais e profissionais, dinâmica familiar, expectativas e perspectivas em relação à vida, identidade/poder/papel social, crenças, valores morais, renda, hábitos de vida (alimentação, sono, repouso, drogas lícitas e ilícitas, atividade física e lazer). ✓ Caracteriza a história de vida na infância, adolescência, vida adulta e senescência; ✓ Observa e considera a comunicação verbal e não verbal da pessoa. <p>Clarificação/exploração das necessidades de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ caracteriza e organiza cronologicamente os sintomas e sinais referidos / percebidos e as relações entre eles, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais; ✓ identifica fatores e manifestações associadas aos sintomas e sinais (localização, tipo, intensidade, fatores de melhora e piora, duração, irradiação); ✓ identifica situações pregressas relevantes da pessoa e familiares; ✓ investiga a presença de sintomas / sinais específicos relacionados aos diversos aparelhos / sistemas do corpo humano; ✓ identifica o conhecimento, as crenças, os sentimentos, as expectativas e as repercussões das necessidades de saúde na vida da pessoa; ✓ sintetiza os dados coletados e apresenta um resumo para a pessoa. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ esclarece a pessoa e/ou responsável sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa; ✓ obtém consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Postura profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ aplica os princípios éticos de conduta (autonomia, beneficência e justiça);

Exame clínico/físico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ compreende e respeita os costumes e valores da comunidade; ✓ cuida do conforto, da privacidade da pessoa e da confidencialidade das informações; ✓ demonstra interesse pelo atendimento realizado, através das intervenções e/ou encaminhamentos das necessidades levantadas e alteridade; ✓ adota medidas ergonômicas e de biossegurança para a realização do exame clínico/físico considerando o contexto no qual o procedimento é realizado. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Estado mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ caracteriza o funcionamento do estado mental da pessoa com ênfase em: orientação, atenção, memória, linguagem, afeto, humor. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Exame físico geral</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ coleta dados da inspeção geral e palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa: <p>aparência geral: idade aparente, higiene, vestuário;</p> <p>postura: antálgica e decúbito preferencial;</p> <p>fácies: descrição de manifestações subjetivas e/ou objetivas;</p> <p>mucosas ocular e oral: coloração, umidade e integridade;</p> <p>pele: temperatura, cor e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, integridade), lesões elementares (hipocrômicas ou hiperocrômicas, manchas hemorrágicas, pápula, placas, pústula, vesícula, bolha, solução de continuidade);</p> <p>anexos: inspeção de cabelos, pelos e unhas;</p> <p>tela subcutânea: turgor e distribuição;</p> <p>movimento: voluntários e involuntários;</p> <p>marcha: caracteriza a marcha;</p> <p>biotipo: brevelíneo, normolíneo, longolíneo;</p> <p>Estado nutricional:</p> <p style="padding-left: 40px;">Dados antropométricos: dados aferidos/referidos de peso e altura (IMC no adulto e percentual de desenvolvimento pondero-estatural na criança);</p> <p style="padding-left: 40px;">Mede cintura abdominal (adulto), perímetro cefálico (criança).</p> <p>Sinais vitais</p> <p>Coleta os dados de:</p> <p>Temperatura;</p> <p>Frequência e características do pulso (durante 1 minuto) e Frequência Cardíaca (durante 1 minuto);</p> <p>Frequência respiratória (durante 1 minuto) e padrão respiratório;</p> <p>Pressão arterial (palpatória e auscultatória).</p> <p>Comentários: _____</p>

	<hr/> <hr/> <hr/> <p>Examina as extremidades demonstrando habilidade e técnica adequada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inspecciona e palpa os membros superiores e inferiores, de modo conjugado: Perfusão periférica; Pulsos periféricos radial, braquial, tibial posterior e pedioso; Sensibilidade periférica (tátil e dolorosa). <p>Comentários: _____</p> <hr/>
<p>Formulação do Problema</p>	<p>Raciocínio clínico:</p> <p>Organização dos dados da história clínica e do exame clínico/físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ define um eixo para a entrevista seguindo uma lógica de investigação e realiza o exame clínico numa seqüência lógica demonstrando preparo para a desempenhar a tarefa. ✓ articula os dados da história e do exame clínico/físico, visando a formulação do(s) problema(s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde referidas e/ou percebidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. <p>Comentários: _____</p> <hr/>
<p>Elabora e implementa o plano de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ elabora com a participação da pessoa envolvendo a família/equipe, considerando o seu grau de autonomia, um plano embasado em princípios éticos, valores morais, evidências da literatura, condições sócio-econômicas da pessoa/família e recursos de saúde disponíveis; ✓ encaminha de forma pertinente à situação observada frente às necessidades de saúde identificadas, considerando o ponto de vista da pessoa. ✓ discute o plano de cuidados com a equipe, no cenário real. <p>Comentários: _____</p> <hr/>

Fecha- mento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ verifica se a pessoa apresenta dúvidas quanto as orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto; ✓ despede da pessoa demonstrando interesse e responsabilização no encaminhamento da ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas; ✓ registra informações relevantes no prontuário (cenário real) de forma clara, organizada e orientada ao problema da pessoa; no cenário simulado, descreve a história e exame clínico realizados para discussão no momento apoio. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Cuidado à necessidade de saúde coletiva	
Tarefas	
Coleta dados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhece o território onde está inserido, utilizando fontes de dados primária (entrevistas) e secundária (fichas de cadastro, prontuários, dados do SIAL – Sistema de Informação Ambulatorial, do SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica, mapa inteligente das USFs), aplicando o raciocínio clínico, não perdendo de vista a integralidade do cuidado e estabelecendo uma relação ética, respeitosa e cooperativa com as pessoas e com os dados processados pelas instituições; ✓ Identifica indicadores de saúde gerais e específicos dos grupos de pessoas da área de abrangência da unidade de saúde; ✓ Identifica os recursos disponíveis na unidade de saúde e organizações inseridas na área de abrangência desta unidade; ✓ Analisa os dados encontrados de forma crítica, identificando as necessidades de saúde das famílias, microáreas e área de abrangência. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Formula o Problema	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa da identificação dos problemas de saúde da área de abrangência da unidade de saúde, em conjunto com a equipe, considerando as condições do serviço e a realidade sócio-econômico-cultural da área de abrangência, correlacionando com os problemas das pessoas e das famílias acompanhadas. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Elabora e implemen- ta o plano de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa, em conjunto com a equipe, das estratégias de superação dos problemas da área de abrangência da unidade de saúde, priorizando as ações de promoção e prevenção à saúde, considerando critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias) e vulnerabilidade do plano; ✓ Desenvolve as ações de saúde, pautando-se na articulação básico clínica. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Organização e gestão do trabalho em serviços de saúde	
Organiza o	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa da organização do trabalho da unidade de saúde, reconhecendo a dinâmica do serviço, discutindo os problemas e planos de intervenção com os profissionais, grupo de estudantes e facilitadores, buscando a construção de vínculo e soluções em conjunto, de forma ética e respeitosa, assumindo as responsabilidades com as famílias em acompanhamento;

trabalho em saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participa da avaliação do plano de intervenção das famílias acompanhadas e das ações desenvolvidas; ✓ Fundamenta a organização e a gestão do trabalho em serviços de saúde no referencial de vigilância à saúde. <p>Comentários: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Prescrição e comentários adicionais/questões de aprendizagem:</p>	

Assinatura dos(as) Avaliadores(as) _____

Assinatura do(a) Estudante: _____

Anexo9 - Cronograma de avaliação das séries, dos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem.

1ª série de Medicina e Enfermagem

2ª série de Medicina e Enfermagem

3ª série de Medicina

3ª série de Enfermagem

4ª série de Medicina **4ª série de** **5ª série de Medicina** **6ª série de Medicina**

Anexo 10 – Protocolo do comitê de ética

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 30 de Outubro de 2007

Ilmo^(a) Sr.^(a)
Prof^a Luzmarina Ap Doreto Braccialli
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 594/07, intitulado: "A Avaliação do Desempenho do Estudante em Um Currículo Orientado por Competência", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 29/10/2007, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rubens Augusto Brazil Silvado
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Anexo 11 – Termo de esclarecimento da pesquisa

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Prezado pesquisado (docente/professor colaborador, estudante de medicina/ enfermagem e paciente simulado).

Estou realizando uma pesquisa referente ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Saúde Coletiva, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Prof^a. Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira.

- Este estudo tem como objetivo geral: Analisar o processo de avaliação da aprendizagem do estudante em um currículo integrado, orientado por competência, nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina da FAMEMA, por meio do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP).

A presente pesquisa será feita por meio de filmagem e gravação do exercício de avaliação da prática profissional nas séries dos cursos de Medicina e Enfermagem da FAMEMA.

Esclareço que a decisão de participar ou não é pessoal e será totalmente respeitada. As suas informações serão tratadas com absoluto sigilo. Não haverá necessidade de identificação, sendo garantido o anonimato. Você poderá ter acesso aos dados da pesquisa e essa será publicada em revistas de circulação nacional/internacional. Estou a sua disposição para os esclarecimentos e orientações sempre que você necessitar. Os procedimentos da pesquisa não implicam em riscos ou desconfortos e você poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Anexo 12 - Termo de consentimento livre e esclarecido**De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.****CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, _____ RG _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa “A Avaliação do desempenho do estudante em um currículo orientado por competência”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Prof^a Luzmarina Aparecida Doretto Bracciali, sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer implicação, e que poderei conhecer os resultados do estudo.

Tenho ciência do exposto acima, desejo participar da pesquisa enquanto estudante/docente/professor colaborador e ou paciente simulado.

Local e data: _____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1- Estrutura de análise – enfermagem - 1º e 3º ano

1º ano

Desem- Penhos/ tarefas	* Instrumento do EAPP	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante	Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
<p>Necessi- dades de saúde indivi- dual</p> <p>História clínica</p>	<p>Aspectos a serem considerados na entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifica situações que impeçam ou dificultam a realização da história clínica ou exijam intervenção imediata e encaminha alternativas quando necessário; - apresenta-se, explica a razão da entrevista e identifica a pessoa pelo nome; - obtém o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e assegura o sigilo das informações coletadas; - aplica procedimentos de biossegurança e otimiza o ambiente dentro das possibilidades locais e respeitando os hábitos da pessoa/família; - estimula a pessoa a expor suas necessidades segundo a sua própria percepção. <p>Investigação das necessidades de saúde</p> <p>História e Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica a pessoa ou informante e os membros da família: nome completo, data de nascimento, gênero, etnia, naturalidade, procedência atual e remota, profissão, atividade que exerce ou exercia, religião, estado civil e escolaridade; - percebe, caracteriza e relaciona: condição de moradia, trabalho, relações pessoais, profissionais e dinâmica familiar, expectativas e perspectivas em relação a vida, identidade, poder, papel social, crenças, valores morais, renda, hábitos de vida (alimentação, sono e repouso, drogas lícitas e ilícitas) e lazer; - caracteriza a história devida na infância, adolescência, vida adulta e senectude; 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>boa tarde, sou ... estudante de enfermagem da FAMEMA, conhece a FAMEMA, já ouviu falar. A senhora está ocupada?</i> (SSE1º) - <i>vou fazer algumas perguntas para a senhora que tem a ver com a senhora, com a família, tudo bem.?</i> (SSE1º) - <i>... quantos cômodos tem? Água encanada? energia elétrica, esgoto? Muitas amizades?... Come bastante verduras?... Tem horta em casa?...</i> (SSE1º) 	<ul style="list-style-type: none"> - Boa dinâmica (IED1) - Assegurar de forma mais clara o sigilo; Investigar melhor a queixa principal (IED2) - Não questionou sobre atividade sexual/relacionamento com esposo/ciclo menstrual (IED3) - realiza história clínica adequadamente e investiga necessidades de saúde (IED4) - Adequado no desempenho (IED5) - Atentar-se para identificação dos membros da família, aos empregos remotos, confrontar paridade e filhos vivos e condições financeiras da família. Investigar melhor cartão vacinal e exame de papanicolaou (IED6) - teve certa dificuldade em seguir cronologicamente a investigação da história da paciente (IED8) - Explorou pouco um fato relevante da vida da paciente que guarda relação com expectativas e repercute até hoje, necessitando de medicação (IED9) - Perguntas indutivas. Falta de resposta empática. Comunicação não verbal inadequada. (IED10) - teve boa identificação, investigou as necessidades de saúde, clarificou e explorou a história. (IED11) - Tomar cuidado em seguir apenas o roteiro da anamneses, esquecendo-se de dar uma melhor atenção as queixas ou assuntos pertinentes trazidos pela paciente. (IDE13) - faltou perguntar sobre hábitos (tabagismo, sexualidade). Indagou a pergunta da menopausa. O que é fazer higiene (dentadura). Explorou pouco as relações familiares. (IDE14) - Conseguiu obter todos os dados da história, mas precisa enfim um eixo. (IED15) - Adequado porém deve explorar mais os dados da história e investigar mais a sexualidade. Ficar atento a desenvolver a relação espontânea e investigar mais condições de moradia e rever ISDA. (IED16) - Desenvolve bom vínculo, atentar-se para 	<ul style="list-style-type: none"> - ... é uma visita domiciliar, você vai à casa do paciente, tem 60 minutos para realizar.... tenho uma sugestão de 30 minutos para a história, 20 para o exame físico e 10 para a síntese, a finalização e o exame psíquico. Essa é a sugestão mais se quiser realizar de outra forma, não tem importância. (SSD1º) - É uma estratégia fazer a pergunta e deixar em aberto para ela te falar, você dando essa opção, ela pode interpretar de maneira pejorativa. (SSD1º) <p>-Você está começando. É o EAPP. Tem toda a questão de stress. Considerando tudo isso é S (satisfatório). (SSD1º)</p> <p>-Bom nem preciso falar muito, já conheço você, sua abordagem com os pacientes. Eu queria primeiro ter uma visão de quem não te conhece na prática, mas que pudesse te avaliar no exercício. Eu sei da sua condição, do seu compromisso na unidade e hoje apareceu aqui no exercício, da forma como você fez as coisas, com muito compromisso, com um objetivo sério. A idéia, não fiquei assim, te tranquilizando, mas procurando aproveitar esse exercício final junto com você que é o EAPP. EAPP é um exercício para poder devolver, retirar de você o que você sabe de termos técnicos, de forma a descrever uma história clínica, então não é assim, é pegar e não sei o</p>	<ul style="list-style-type: none"> - comunicação verbal e não verbal - preocupação com a identificação e de verificar se a visita não incomodaria -avaliação espaço para ensinar - esclarece o propósito da visita domiciliar - professor preocupado em sugerir para estudante a forma de organização do tempo para a realização da tarefa. - constrói a história com certa dificuldade de estruturar um eixo, investiga as dimensões biológicas, psicológicas e sociais - eixo para coleta de dados - avaliação gerando stress - estabeleci-mento de vínculo - comparação com a situação real - relação profissional/ Paciente

<p>- observa e considera a comunicação não verbal da pessoa.</p> <p>Clarificação/exploração das necessidades de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza e organiza cronologicamente os sintomas e sinais referidos e ou percebidos e as relações entre eles, considerando os aspectos que sejam eles, biológicos, psicológicos e sócio-culturais, dentro do contexto de vida da pessoa; - identifica fatores agravantes, de melhora e manifestações associadas (localização, tipo, intensidade, fatores de melhora e piora, duração, irradiação); - identifica situações pregressas relevantes da pessoa e familiares; - investiga a presença de sinais/sintomas específicos relacionados aos diversos aparelhos/sistemas; - identifica o conhecimento, as crenças, os sentimentos, as expectativas e as repercussões das necessidades de saúde na vida da pessoa; - sintetiza os dados coletados e apresenta um resumo para a pessoa. <p>Relações interpessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabelece relação com atenção, concentração, interesse, expressão corporal e contato com os olhos visando a comunicação empática; - identifica barreiras que interferem na comunicação e busca de alternativas; - aceita o ponto de vista da pessoa (não é autoritário, arrogante, paternalista e/ou moralista, desrespeitoso e/ou preconceituoso); - expressa aceitação, compreende e mostra disponibilidade para ajudar e valoriza o esforço da pessoa; - esclarece dúvidas, explica e orienta a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - identifica limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminha alternativas; - utiliza linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa; - utiliza técnicas que facilitam a 	<p>- um tumorzinho no seio dela (mãe) e ela faleceu. Câncer de mama? Né? E a senhora faz auto-exame? (SSE1^o)</p> <p>- anota em momento oportuno, sempre atenta a paciente, com olhar voltado a essa. (SSE1^o)</p>	<p><i>desenvolver melhor história da molestia atual e contexto de vida, assim como organizar cronologicamente os sinais e sintomas. (IED17)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a coleta de dados de identificação e explicar acerca do sigilo. - Faltou perguntar e explorar sobre religião, escolaridade, relações pessoais, dinâmica familiar, expectativas, lazer, história de vida, infância, adolescência. Procure ouvir com atenção a história de vida da pessoa, sentimento. (IED22). - Estudante apresentou dificuldades para esclarecer o objetivo da visita, assim como para investigar a história e o contexto de vida da paciente, não utilizando sequência cronológica. (IED27). - Explorar mais as queixas apresentadas no momento em que elas aparecem. (IED28). - Anamnese ampla trazendo vários dados. (IED29) - Exelente deixa a paciente a vontade. (IED33) - Faltou investigar dados como religião, tabagismo, etilismo, lazer. Faz boa exposição das necessidades de saúde. (IED38). - Atentar-se ao uso de calçado adequado (fechado), usar linguagem correspondente a paciente evitando termos técnicos. (IED40) - Melhorar a identificação do paciente, ser mais ágil e dinâmica na coleta de dados. - Distribuir melhor tempo entre anamnese/exame físico e plano de cuidados (IED2) - Tem boa comunicação, é empática, esclarece dúvidas adequadamente (IED4) - Adequado no desempenho (IED5) - Relação interpessoal adequada, deve atentar-se para que o seu nervosismo não interfira no relato espontâneo (IED6) - deixar de usar as expressões: que bom! Ah tá! Legal! (IED8) - Estabelece comunicação clara e empática, embora de um ritmo acelerado, não deixa muito o paciente relatar. Perguntas muito incisivas. Porque? (IED9) - Ficou muito presa ao roteiro. Faltou eixo na entrevista clínica. Faz a entrevista num tempo menor que o indicado (IED10) - Estabeleceu ótima relação interpessoal (IED11) - Utilizou termos técnicos, esquecendo-se que paciente era analfabeta (IDE12) - Cuidado na linguagem não coerente com a capacidade de compreensão da pessoa (IDE13) - Usou linguagem técnica, não acessível ao grau de escolaridade do paciente (nódulo, doença respiratória) Entrevista muito formal/ comentários 	<p><i>quê. Como fiz te espremi na hora do exame, mas poder aproveitar e sair do senso comum que a primeira série já adquiriu, tecnicamente determinadas situações. Podem aproveitar esse ganho que vocês tiveram ao longo do ano. (SSD1^o)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Você entendeu porque pedi para você mudar de lugar para realizar o exercício. Não. Para que você ficasse mais tranqüilo (caso contrário ficaria frente às professoras, ficou lateralizado). É acho que ficaria mais nervoso. (SSD1^o) – uma avaliação dialogada. -Tem bom domínio da sua ansiedade, de situações mais estressantes (SSD1^o) - Você achou pertinente eu ter pedido para ele mudar de lugar? (professora pergunta para a outra). - Acho que sim, por que senão ele ficaria olhando para a gente. Isso poderia interferir? (SSD1^o) -Acho que a principal necessidade de saúde dela estava atrelada um coisa com a outra, automedicação, dor nas costas, e como cuidar do pai sozinho. São 3 necessidades que estavam atreladas, só ficar atento às essas questões (SSD1^o). - Uma coisa que noto para te ajudar é para você ir atrás do objetivo, segundo um eixo. Você começou pelos hábitos de vida, mas o interessante é começar, a gente chama isso de queixa e duração, mas a gente pode transformar isso em necessidades de saúde, começar o contato com a pessoa, através do que ela entende que está atrapalhando a saúde dela, o que eu poderia caso alguma coisa que ela sentisse que promovesse saúde para ela. Partir dessa necessidade dela e fazer toda uma inter-relação 	<p>-avaliação compartilhada</p> <ul style="list-style-type: none"> - adequação do tempo para executar a tarefa no desempenho esperado - compromisso do dia a dia transpareceu no momento avaliativo - O EAPP como momento de finalização do ano para demonstrar o aprendizado - identifica o risco de doenças da família - preocupação do professor em não atrapalhar o estudante no momento da avaliação -desenvolve uma comunicação verbal clara - o EAPP proporciona a demonstração dos domínios - momento de compartilhar com o outro - coleta de dados por meio de um eixo e não o dado pelo dado - criação de vínculos - relação dos dados com os seus determinantes - cuidados com julgamentos, valores, dificultando o estabelecimento de
---	--	--	--	---

	comunicação verbal (expressão, clarificação e validação); Realiza entrevista com ritmo adequado ao tempo disponível.		<p>indevidos. Ex; nossa, bastante! (IDE14)</p> <p>- Aborda de forma ampla e cuidadosa, é empática, respeitosa, a entrevista se dá num ritmo adequado. A conduta do estudante propicia a formação de vínculo. (IED15)</p> <p>- Ficar atento a linguagem mais compatível a escolaridade do paciente (mais clara) (IED16)</p> <p>- Estar atenta ao nível de escolaridade do paciente para utilizar uma linguagem coerente. (IED19).</p> <p>- Dificuldade para identificar limites e possibilidades, encaminhar alternativas. Linguagem não coerente com escolaridade da paciente. (IED21)</p> <p>- Atentar nas orientações em relação à interpretação dos dados observados. (IED22)</p> <p>- Atenciosa, respeitosa, manteve contato visual. (IED23)</p> <p>- Evitar os termos técnicos. (IED24)</p> <p>- Realizou entrevista de maneira empática, respeitosa, demonstrando interesse pelo paciente. (IED25)</p> <p>- Apresentou dificuldades em favorecer o relato da paciente, fez perguntas fechadas e preocupou-se em escrever muitos dados. (IED27)</p> <p>- Olho nos olhos transmitindo segurança, informação reforçada pelo paciente. (IED29)</p> <p>- Melhorar a identificação do paciente, ser mais ágil e dinâmica na coleta de dados. (IED41)</p>	<p>dos aspectos da anamnese. Porque quando você vai nesses pontos, fica a coleta pela coleta, sem definição. O que está relacionado. Por exemplo: hábitos de vida, o que vocês fazem na pratica para ela lavar roupa, por exemplo. Qual é a altura do tanque? Se ela ergue balde? Aí você traz os hábitos de vida. É lógico que você encontra outros elementos que ela não tinha se atentado que poderia estar prejudicando e aí você pontua. Fica mais fácil de você ir atrás de um eixo. Você entende? (SSD1º)</p> <p>- Outra coisa que eu notei que você perguntou, porque ela não escova os dentes após as refeições. Você disse assim... Você tem preguiça. Outra coisa que você perguntou é assim. Tem preguiça de ir ao banheiro, então precisa tomar cuidado, você está investigando o juízo de valores do paciente que também podem comprometer o vínculo. (SSD1º)</p>	<p>- a dificuldade da compreensão do todo</p>
Exame físico	<p>Consentimento:</p> <p>- esclarece a pessoa e/ou responsável sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa;</p> <p>- obtém consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento.</p> <p>Postura profissional:</p> <p>- cuida da privacidade e conforto da pessoa;</p> <p>- adota postura ética, ergonômica e medidas de biossegurança para a realização do exame clínico considerando o contexto no qual o procedimento é realizado.</p> <p>Estado mental:</p> <p>- caracteriza o estado mental geral da pessoa: orientação, atenção, memória, afeto, humor e linguagem.</p> <p>Estado físico geral:</p> <p>- coleta dados da inspeção geral e</p>	<p>- - agora vou fazer exame no sentido cabeça, pés. Dá licença. Vou olhar o cabelo da senhora. Vou olhar..... (SSE1º)</p> <p>- faz a desinfecção do termômetro. Onde tem um linxinho? (SSE1º)</p> <p>- Humor levemente abaixado, no sentido de não rir muito, não ser extrovertida (SSE1º)</p> <p>- encontrei algumas manchinhas aqui.</p>	<p>- revisão do exame psíquico, ergonomia, estado nutricional e marcha (IED2)</p> <p>- Esqueceu de lavar as mãos (IED3)</p> <p>- No exame clínico esclarece a pessoa com linguagem compreensível, respeitando a pessoa, tem postura ética, exame físico geral (IED4)</p> <p>- Atentar-se para postura ergonômica e medidas de biossegurança. Atentar-se para alguns detalhes quanto a: marcha, ergonomia, exame da cabeça, pele e membros inferiores (IED6)</p> <p>- Obtém consentimento, esclarece paciente. Conseguiu realizar exame físico com boa técnica (IDE9)</p> <p>- Melhorar a postura para evitar ter dor nas costas. Rever a técnica da F.R. (IED10)</p> <p>- Obteve consentimento e teve postura profissional e ética. Caracterizou o estado mental, fez exame físico geral adequadamente. (IED11)</p> <p>- Adequado. Sistematizar o exame físico estabelecendo o sentido céfalo caudal. Atentar para os instrumentos de exame com biossegurança. (IED20)</p> <p>- não esclareceu adequadamente os objetivos do</p>	<p>-Postura ergonômica ficou muito tempo curvado. Acho que a gente precisa pontuar isso. (SSD1º)</p> <p>- Em relação ao sigilo. Eu não ouvi. Uma coisa que precisa ficar claro, senão pode comprometer sua história. Não comprometeu necessariamente nesse momento, mas no dia a dia pode comprometer. (SD1º)</p>	<p>- medidas de biossegurança</p> <p>- postura ergonômica</p> <p>- pede o consentimento para a realização do exame físico e explica o procedimento a ser realizado o tempo todo</p> <p>- sigilo profissional</p> <p>- postura profissional/ princípios da bioética</p> <p>- utiliza de medidas de biossegurança</p>

	<p>palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa: aparência geral: idade aparente, higiene, vestuário; postura antálgica e decúbito preferencial; fácies: descrição de manifestações subjetivas e/ou objetivas; mucosa ocular: coloração, umidade e integridade; cavidade oral: mucosa (coloração, umidade e integralidade), dentes (integridade regularidade), língua (coloração, umidade e integridade, mucosa sublingual (coloração, umidade) e freio; pele: temperatura, cor, hidratação e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, integridade), lesões elementares (hipercrômica, púrpura, eritema, pápula, placas, pústula, vesícula, bolha, solução de continuidade); anexos: inspeção de cabelos, pelos e unhas; tela subcutânea: turgor e distribuição; biotipo: brevelíneo, normolíneo, longelíneo; marcha: caracterizou a marcha, movimentos voluntários e involuntários.</p> <p>Estado nutricional: Dados antropométricos: dados referidos de peso e altura (IMC); mede cintura abdominal.</p> <p>Sinais Vitais: Coleta os dados: Frequência respiratória (durante um minuto) e padrão; Temperatura axilar; Pressão arterial (palpatória e auscultatória); Frequência do pulso (durante um minuto) e características e frequência cardíaca.</p> <p>Exame dos membros superiores e inferiores: Examina os membros superiores e inferiores. Inspecciona e palpa os membros, de modo conjugado: Perfusão periférica; Pulsos periféricos (radial, braquial, pedioso e tibial posterior); Sensibilidade periférica (tátil, dolorosa e térmica).</p>	<p><i>ela falou que era da gravidez. Alguns nevus, mas sem elevação, nas pernas também. Era em todo o braço. (SSE1^o)</i></p>	<p><i>exame clínico. Deve-se atentar-se para a realização do exame físico. Não utilizou os recursos que poderiam ser utilizados no momento. (IED27).</i> - <i>postura ética, executou com destreza. (IED29).</i> - <i>Colocar ergonômica em um braço enquanto mede a PA no outro. Otimizar o tempo. Evitar encostar sua perna na dela (da paciente). (IED30).</i> - <i>Obedecer exame físico céfalo caudal (IED31)</i> - <i>Postura ética. Pequenos detalhes. (IED32)</i> - <i>Postura ética cuidadosa. Bom, atenta. (IED33)</i> - <i>Palpar os pulsos de forma conjugada. (IED34)</i> - <i>Atentar para postura ergonômica, utilizou medidas de biossegurança. Lavagem das mãos atentar. Higienizar os materiais (alcool e algodão). Rever exame físico geral e dos MMSS e MMII (IED35).</i> - <i>Não seguiu crânio caudal. Dar devolutiva para paciente dos achados. Não falar que vai verificar a respiração. (IED36).</i> - <i>procure lavar as mãos após o exame físico. Precisa aprimorar a técnica do exame físico. (IED37).</i> - <i>Ficar atenta com a lavagem das mãos antes de realizar o exame físico. Durante exame físico, cuidado com contaminação do material e do paciente. Melhorar técnica de localização dos pulsos, faltou cintura abdominal. (IED38)</i> - <i>Atentar postura ergonômica e bolsa. Utilizou das medidas de biossegurança e cuidados com materiais. Detalha mais pele e sensibilidade – MMII. Perfusão periférica MMSS, utilizar cintura abdominal e espátula de boca. (IED39).</i> - <i>adotar postura ergonômica durante a realização do exame. Palpar os pulsos de forma organizada. Realizar exame no sentido céfalo caudal. (IED40)</i> - <i>Adequado. Não realizou palpação conjugada dos membros superiores e inferiores. Não verificou peso e altura referidos. Não calculou o IMC. Não palpou pulso pedioso e tibial posterior. (IED41)</i></p>	<p>- realização da inspeção geral com correlação com alguns achados</p> <p>- dificuldade de executar o exame físico esperado para o momento</p>
--	--	---	--	---

Formu lação de problemas	Raciocínio clínico: Organização dos dados da história e do exame clínico: - define um eixo para a entrevista seguindo uma lógica de investigação e realiza o exame clínico numa sequência lógica demonstrando preparo para desempenhar a tarefa; - articula os dados da história e do exame clínico, visando a formulação do (s) problema (s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde referidas ou percebidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais e embasado nas ciências básicas.	<i>- Quanto às necessidades de saúde, identifiquei que ela não tem bom relacionamento com os irmãos e eu acho que isso a deixa triste. (SSE1⁹)</i>	- identificou necessidades de saúde (IED3) - Realiza a coleta de dados, mas pode melhorar a organização deste (IED4) - Adequado desenvolvimento do raciocínio clínico, porém deve deixar fluir melhor o relato espontâneo (IED6) - Faz formulação de maneira ampla, quanto aos aspectos psicológicos da paciente (IED9) - Teve bom raciocínio clínico e articulou história e exame clínico. (IDE11) - Identificou problema, porém não conseguiu elaborar plano (IED13) - Faltou investigar os sintomas com a história clínica e correlacionou com o exame físico. Realizou o exame físico não obedecendo o sentido céfalo caudal (IDE14) - adequado (IED16) - Melhorar organização e sistematização dos dados com sequência lógica (IDE17) - Adequado. (IED19) - Aluna mostrou interesse e valorizou os instrumentos relatados pela paciente. (IED20). - Formulou plano de cuidados, porém com dificuldades em considerar o contexto e condições de vida. (IED21). - Evite prender-se ao roteiro da anamnese, pois como consequência não conseguiu articular muito bem as necessidades de saúde percebidas e vividas pelo paciente. (IED22) - Não identificou adequadamente as necessidades de saúde. (IED40).	- identificação das necessidades de saúde - identificou as necessidades de saúde nas suas várias dimensões - desenvolvimento de raciocínio clínico - identificação das necessidades de saúde
Plano de interven ção	Orientações: - elabora com a participação da pessoa envolvendo a família/equipe, considerando o seu grau de autonomia, um plano embasado em princípios éticos, valores morais, evidências na literatura, condições sócio econômicas da pessoa/família e recursos de saúde disponíveis; - dá encaminhamentos pertinentes à situação observada frente às necessidades de saúde identificadas, considerando o ponto de vista da pessoa. Fechamento: - verifica se a pessoa apresenta dúvidas quanto às orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto; despede-se da pessoa demonstrando interesse e responsabilização no	<i>- primeiramente escolheria encaminhar para uma consulta com médico da família mesmo, em relação à dor. Com o pai procuraria saber como ele está mesmo. Talvez isso esteja preocupando-a muito, interferindo muito, porque quando cuida do pai, não está cuidando dela também. (SSE1⁹)</i>	- Comprometeu-se a discutir o caso com a equipe e dar um retorno na próxima visita (IED2) - Elaborou plano de cuidados adequado/pertinente para o momento (IED3) - Fez fechamento e orientações mais encaminhamentos (IED4) - deve organizar plano de cuidados por etapas dando suas devidas importâncias. (IED6) - respeito à paciente. (IED7) - poderia ter abordado um plano mais referenciado a UBS, só colocou a necessidade do cuidado médico. Foi apressada ao orientar a paciente (IED9) - não levou em consideração a participação da paciente/não dando encaminhamento pertinente. (IED13) - Faltou ouvir mais do paciente na elaboração do plano de cuidados. Adequado. (IED14) - Elabora adequadamente plano de cuidado pertinente às necessidades de saúde. (IED15)	- formulação do plano de cuidados ainda com dificuldades - realiza um plano de cuidado pensando nos familiares também, com encaminhamentos, ainda com dificuldade de trabalhar a autonomia do sujeito - envolvimento de equipe multiprofissional - autonomia/

	encaminhamento das ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas.		<ul style="list-style-type: none"> - Organizar melhor o plano de cuidados. Utilizar os problemas formulados organizando com linguagem mais clara. (IED16) - Atentar-se para elaboração de plano de cuidados para toda a família. Desenvolver fechamento adequado. (IED17) - Estar atento às perguntas realizadas pelo paciente e esclarecer mais. Ampliar o fechamento se colocando numa posição mais ativa no sentido de também fazer a ponte com a USF. (IED19) - Elabore plano junto com o paciente, considerando autonomia, valores morais, condições sócio econômicas da pessoa família. Adequado. (IED22). - Realizou um fechamento superficial, falando (esclarecendo pouco sobre o plano de cuidados). (IED27). - Faltou participação envolvendo equipe, deu encaminhamentos pertinentes a situação. Verificar dúvidas do paciente ao final da visita. (IED38). - Atentar-se a vacinação como plano e utilizar dos programas oferecidos pela unidade. Reforçar se há alguma dúvida sobre as orientações. (IED39). - Elaborar encaminhamentos com a interação e consentimento da paciente. (IED 40) 		<p>respeito</p> <ul style="list-style-type: none"> - unidades de referências - espaço de dúvidas
Comentários do estudante			<ul style="list-style-type: none"> - Tive várias falhas, mas percebi algumas e outras não (IEE3) - Estou de acordo com a avaliação realizada. Contribuiu muito para o aprendizado. (IEE14) - Concordo com os pontos que as facilitadoras apontaram e considero que o fator que mais me atrapalhou foi realmente ter ficado presa ao roteiro e um pouco do nervosismo também. (IEE22). 		<ul style="list-style-type: none"> - avaliação como momento de reflexão - reconhecimento de falhas em alguns momentos

*Escala de desempenho do Exercício de Avaliação da Prática profissional (EAPP) - 1ª série, FAMEMA, 2007.

3º ano enfermagem – saúde do adulto, criança e mulher

Desem- Penhos/ tarefas	*Instrumento do EAPP Conforme o contexto no qual a história clínica foi realizada e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante	Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
<p>Necessi- dades de saúde indivi- dual</p> <p>História clínica</p>	<p>Aspectos a serem considerados na entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apresenta-se, explica a razão e duração da entrevista e identifica a pessoa pelo nome; - obtém o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e assegura o sigilo das informações coletadas; - otimiza o ambiente dentro das possibilidades locais; respeitando os hábitos da pessoa/família; - estimula a pessoa expor suas necessidades segundo sua própria percepção. <hr/> <p>Investigação das necessidades de saúde</p> <p>Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica a pessoa ou informante e os membros da família: nome completo, data de nascimento, gênero, etnia, naturalidade, procedência atual e remota, profissão, atividade que exerce ou exercia, religião, estado civil e escolaridade; - percebe, caracteriza e relaciona: condição de moradia, trabalho, relações pessoais, profissional e dinâmica familiar expectativa e perspectivas em relação à vida, identidade, poder, papel social, crenças, valores morais, renda, hábitos de vida (alimentação, sono e repouso, drogas lícitas e ilícitas) e lazer. <p>Clarificação/exploração das necessidades de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza e organiza cronologicamente os sintomas e sinais referidos e ou percebidos e as relações entre eles, considerando os aspectos que sejam eles, biológicos, psicológicos e sócio-culturais, dentro do contexto de vida da pessoa; - identifica fatores agravantes, de melhora e manifestações associadas; 	<p>- Sr Antonio eu sou a..., aluna do 3º ano de enfermagem, estou fazendo estágio aqui e vou acompanhar o senhor, no período de internação, tudo bem? (SSE3a)</p> <p>- Eu vou fazer algumas perguntas, se o senhor me permitir, vai ficar entre nós, vou fazer algumas anotações também, mas não saem daqui é só para eu me organizar, tudo bem para o senhor? Posso me sentar? (SSE3c)</p> <p>- esqueci de falar para o Sr. Antonio das relações desprotegidas, o senhor precisa se proteger tanto o senhor quanto a sua mulher, as moças que o senhor tem contato. (SSE3a)</p> <p><i>Eu vou precisar dos meus dados.</i></p> <p><i>Professor: Você pode levar todos os seus dados, aí fica seu critério só de não passar para suas colegas.</i></p> <p><i>Estudante: Não eu sou profissional o suficiente. (SSE3a)</i></p> <p>- Eu fiquei com medo, assustada na hora em que ele falou, há eu posso morrer, não posso nem pensar nisso, porque nessa hora o paciente já está abalado pela hospitalização, pensei.</p> <p><i>Eu me senti, estou meio nervosa, hoje de manhã eu já estava, e aí a câmera aí, eu achava que não ia fazer muita diferença, mas achei que fui bem, apesar de ser um paciente mais quieto, dos dois pacientes que peguei hoje de manhã, esse se segurou mais, eu tenho um pouco de dificuldade e você sabe disso, fiquei nervosa na anamnese, esqueci de falar, eu olhava e pensava esqueci alguma coisa esqueci alguma coisa, não sei, não tenho certeza de nada, o que esqueci</i></p>	<p>- Rever como explorar diversos aparelhos. (IED43a)</p> <p>- Não tem registro (IED44a)</p> <p>Rever técnica de comunicação (IED47a)</p> <p>- Apresenta uma boa comunicação verbal, detalha os dados adequadamente (IED 51a).</p> <p>- Abordar mais a questão sócio-cultural. (IED52a)</p> <p>- Aprofundar seus questionamentos para não ir e vir. Não questiona o usuário sobre o que ele sabe sobre seu problema de saúde e também não nos mostra se sabe e o quê sabe. (IED53a).</p> <p>- O que perguntar no ISDA e momento adequado (completar). (IDE55a).</p> <p>- Explorou pouca a história clínica, dificultando as necessidades de saúde. Rever técnica de comunicação. (IED61a)</p> <p>- Em alguns momentos perdeu o raciocínio clínico. (IED63a).</p> <p>- Não articula dados da história como as possibilidades diagnósticas, portanto o plano de cuidados foi pobre, não envolvendo a paciente, não personalizando com o contexto de vida da paciente. (IED65a).</p> <p>- Estudante coletou vários dados da paciente, mas o fez "apressadamente", sem investigar adequadamente e sem relacionar os dados fornecidos pelo paciente. Utilizou termos técnicos inadequados a compreensão do paciente. Faltou empatia na relação. (IED68a).</p> <p>- Mostra-se empática, investiga os dados de forma coerente em relação a internação, ao parto e pós-parto. Questionou sobre pré-natal, tenta organizar os dados cronologicamente, repete um pouco alguns questionamentos. Faltou ISDA/tabagismo e álcool. (IED43m)</p> <p>- Coleta de dados, considera o contexto de vida, porém de forma muito desorganizada, utiliza termos técnicos, faltando dosagem mais aprofundada sobre antecedentes obstétricos e ginecológicos e hábitos culturais não foram considerados. (IED44m).</p> <p>- Apresenta-se tem boa comunicação, empática, é calma, pede consentimento para realizar anamnese. Desenvolve de forma completa a</p>	<p>- Essa atividade terá um tempo de 60 minutos, nessa atividade você deverá realizar a história clínica, o exame clínico, levantamento de problemas e elaborar um plano de cuidados. A devolutiva terá um tempo de 15 minutos, assim que terminar a gente vai pedir para o paciente se colocar em relação às impressões que ele teve com sua atuação, vai pedir para ele sair, temos 5 minutos para conversarmos a respeito do seu desempenho e você volta para a gente conversar com você, ta bom? Ambas sorriem. Fica tranqüila, vamos em frente. Boa sorte! (SD3a)</p> <p>-E aí seu Antonio (paciente) como foi ser avaliado? Do ponto de vista do paciente acho que foi muito bom, Não sei como foi para ela. (SD3a)</p> <p>- A maneira como ela abordou, a explicação que ela trouxe o senhor se convenceria que ela tem razão? Acha que ela da maneira como ela colocou dando possibilidades, dá para pensar numa coisa agora, outra depois, acha que é por aí, isso facilitou?</p> <p>Acho que facilitou pelo seguinte ela me perguntou o que é isso, a médica fala é dessa maneira, infarto é isso. Deu para entender bem e o que ela podia ter argumentado. Acho assim uma coisa, você não foi autoritária, nem insistiu, você deu várias possibilidades, colocou para ele o risco real e agora a decisão depende dele, você respeitou a autonomia, é uma coisa que a gente valoriza muito não é mesmo? Se o paciente não tem consciência, clareza do que está acontecendo com ele, não somos nós que vamos decidir a vida dele. (SSD3a)</p> <p>- Você pode se tranqüilizar porque você foi muito bem. Não posso dizer que foi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - propósito do atendimento - identificação - consentimento - postura profissional - sigilo - Orientações das atividades a serem realizadas - tranqüilidade no desenvolvimen to da atividade - saber ouvir - acolhimento - adequação do tempo - articulação das 3 dimensões - vínculo - calma - empatia - respeito - dificuldade de colocar o propósito da V.D. - medidas de biossegurança - distribuição do tempo - adequação do tempo - articulação das 3 dimensões - responsabilidade de - decisão - insegurança - autonomia - possibilidades - decisão - raciocínio clínico/lógico

	<p>-identifica situações pregressas relevantes da pessoa e familiares; - investiga a presença de sinais/sintomas específicos relacionados aos diversos aparelhos/sistemas; - identifica o conhecimento, as crenças, os sentimentos, as expectativas e as repercussões das necessidades de saúde na vida da pessoa; - sintetiza os dados coletados e apresenta um resumo para a pessoa.</p> <p>Relações interpessoais: - estabelece a comunicação empática com atenção, concentração, interesse, expressão corporal e contato com os olhos; - demonstra atitudes adequadas à situação vivenciada (postura profissional); - identifica barreiras que interferem na comunicação e busca de alternativas; - aceita o ponto de vista da pessoa (não é autoritário, arrogante, paternalista e/ou moralista, desrespeitoso e/ou preconceituoso); - expressa aceitação, compreende e mostra disponibilidade para ajudar e valoriza o esforço da pessoa; - esclarece dúvidas, explica e orienta a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - identifica limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminha alternativas; - utiliza linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa; - utiliza técnicas que facilitam a comunicação verbal (expressão, clarificação e validação); Realiza entrevista com ritmo adequado ao tempo disponível.</p>	<p><i>ou não, mas tentei ser calma, coerente nas questões, fui e voltei algumas vezes, tenho essa característica infelizmente, mas acho que posso melhorar. No exame físico estava muito segura, Fiz com a Professora "X". (que no momento estava presente avaliando a estudante), no treinamento que a gente fez isso me deixou muito segura, acho que fiz dentro dos "conformes" que precisava. Nas explicações no aparelho cardiovascular, é o que eu gosto que eu me dou bem e acho que consegui falar bem para ele, nesse sentido, acho que está "pegando" para mim é a anamnese.</i></p>	<p>anamnese. (IED45m). - Realiza coleta de dados, considerando a integralidade do cuidado, identificando as necessidades de saúde. Possui empatia, atenciosa, cuidadosa com a paciente, comunicação clara e objetiva. (IED46m) Voz um pouco baixa, pediu consentimento, orientou lóquios, involução. (IED47m). - Desenvolve a consulta em tempo adequado (dentro do esperado) (IDE48m). - Contato olho no olho (IED50m). - Durante a entrevista apresentou-se segura, tranqüila, empática, comunicação clara e objetiva. (IED55m). - Faz/realiza coleta de dados, favorece relato espontâneo da mãe. Durante a consulta deixa-a a vontade para falar, favorece "escuta", valoriza queixas da mãe, responde dúvidas da mãe. Utiliza raciocínio clínico, articula dimensões biopsicossocial.. (IED42c). - Seguiu lógica adequada de investigação. Fez orientação no decorrer sem prejudicar a entrevista. Utilizou a linguagem acessível, postura empática e acolhedora. (IED43c) - Retornou ISDA após o exame físico, justificando para mãe seu esquecimento. Situou a paciente (mãe/acompanhante) sobre os momentos de sua investigação. Faltou aprofundar investigação quanto à puericultura, uso de cigarro e relação familiar. (IED44c). - Clara, objetiva, estabeleceu relacionamento adequado. Atenção ao uso das palavras "buraquinho", "normal" e diminutivos (secreçãozinha, narizinho). (IED45c). - Estudante coleta dados de forma organizada, faz entrevista com técnica adequada. Postura adequada, tom de voz adequado, fez contato com mãe da criança com olhos. Ao final do procedimento fez síntese/resumo para clarear intenções. Explica alteração do exame físico, esclarece algumas dúvidas durante, deixa para o final as condutas e outras explicações. (IED46c) - comunicação clara, estabelece dúvidas conforme demanda e necessidades de saúde. (IED47c) - articulou as dimensões biológicas, psicológicas e sociais. - cuidado com linguagem com duplo sentido. (IED48c) - Cronologia desde o nascimento até a idade atual. (IED49c)</p>	<p>perfeita, porque acho que ninguém, nem eu, nem ninguém realizando nunca será perfeita. Mas acho assim o que você pontuou você conseguiu caracterizar mesmo, alguns momentos você foi e voltou, mas assim, a ida e a volta que foi complementar, na verdade você seguiu um raciocínio lógico investigativo. Quando você chegou ao ISDA e chegou ao pescoço você ali se atentou e fez um raciocínio lógico e muito coerente, aí nesse momento você pode trazer outras caracterizações que não apareceram no momento anterior, quantificou manifestação associada, agravante. Então, apesar de idas e vindas, elas foram complementares, não foi uma situação repetitiva, isso demonstrou o uso de um raciocínio lógico. (SD3a) - evitar esse termo buraquinho, por que na hora que você for explicar a questão buraquinho, caninho. O uso da palavra normal o que é normal para mim não é normal para você. (SD3c) - Vou falando (na devolutiva) e a gente vai complementando, está bem? . (SD3a) - Você foi muito bem de uma maneira geral, algum item faltou, história pregressa, alergia, vacinação, de uma maneira geral você sempre seguiu um eixo norteador, isso fez com que você não se perdesse. Achei muito interessante quando você abre para ele trazer as coisas dele do dia a dia de caminhoneiro, você abriu, mas ele direcionou para a questão alimentar. Ele falou, eu acordo tomo café depois eu almoço, depois eu janto. Esse momento ele não abriu para trazer no dia a dia o que ele faz mesmo. (SD3a) - Apesar de ele ter fechado para esse aspecto você ampliou para a questão da vida dele mesmo enquanto caminhoneiro. Trazer a questão do sono, que ele não dormia nesse questionamento aberto você proporcionou um relato espontâneo. Apareceu a questão do rebite, apesar</p>	<p>- linguagem - eixo na história clínica - correlações - cuidado - avaliação positiva do paciente contruindo na aprendizagem - interferências - stress - auto avaliação positiva - pode melhorar - passar por situações anteriores reais ou simuladas a deixa mais segura - devolutiva para o paciente - identificação das N.S.</p>
--	---	--	--	--	--

			<p>- Coleta de dados com prejuízo no levantamento dos fatores de risco sobre o foco da internação. Também não investigou reação da criança e da família face à hospitalização. Houve muitas lacunas na coleta de dados. Pela distância que ficou durante o procedimento entre a mãe e a criança ficou prejudicada. (IED50c).</p> <p>- ter atenção ao utilizar algumas palavras para não passar insegurança. (IED53c).</p> <p>- Postura adequada, tranqüila e segura na abordagem. Tonalidade de voz acalmando a ansiedade materna. Não estabeleceu organização na sua investigação, porém, não teve prejuízo no desenvolvimento da atividade (IED55c)</p> <p>- Prestar atenção em alguns momentos para perguntas fechadas. (IED57c).</p> <p>- Cuidado na linguagem compreensiva a pessoa, que possa levar a outro sentido. (IED58c)</p> <p>- Prestar mais atenção nas questões fechadas, que podem limitar o relato espontâneo (IED73c)</p>	<p>de nos hábitos não ter explorado as drogas. É um medicamento que altera suas funções. Você pode colocar, olha eu não conheço muito esse medicamento, mas só pelo fato do Senhor usá-lo por tanto tempo, isso daí com certeza pode trazer alguma complicação. Aí quando ele traz a questão alimentar, conforme você foi explorando, as coisas foram se encaixando, e fazendo sentido. Na história familiar você explorou de forma adequada, faltou assim, saber quantos anos o pai tinha ao falecer, daí você pode fazer uma continuação. Quando você recebe os dados laboratoriais, achei muito interessante a relação que você fez com a alteração da glicemia e em que momento ela foi coletada.(SD3a)</p> <p>-É o significado é diferente. A gente percebe que você foi fazendo essas correlações. Em relação aos dados de identificação. Procedência foi? (SD3a).</p> <p>-Eu acho que da história da moléstia atual, quando você fala da quantidade. Você quantifica, CUIDADO. (SD3a).</p> <p>- Outro aspecto que achei interessante é que você não ficou só no biológico, focou muito o psicológico e o social.(SD3a)</p> <p>- você investigou muito a questão da preocupação ele pode trazer várias coisas, da preocupação com o hábito de vida dele, com o tempo que fica fora, caminhada. Apareceram vários outros dados que se você não tivesse problematizado, com certeza não apareceria. (SD3a).</p> <p>- você fez toda a questão da anamnese, achou que faltou um pouquinho ela direcionar para a contracepção agora. Ela trabalhou bem com a contracepção nas outras gravidezes, mas não agora. Podia ter trabalhado um pouco mais. (SD3m)</p> <p>- Acho que as crenças têm que orientar para uma conversa com a nutricionista, abordar mais essas questões. (SD3m)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - medidas de prevenção - reconhecimento de limites - demonstração - crescimento profissional - comparação - segurança
--	--	--	---	--	--

				<p>- ela se manteve calma, atenciosa eu acho que ela se mostrou o interesse dela em querer me explicar àquilo que eu perguntava que ela mesma falou que ficou muito difícil, mas eu acho que ela mostrou o interesse dela de estar facilitando o mais fácil possível para eu estar entendendo o que estava se passando e na questão de orientação de estar falando de estar perguntando e orientando ao mesmo tempo eu acho também que isso é bem assim legal e eu acho assim que foi bem, gostei do jeito dela ela sempre falando para mim para manter a calma que ela estava procurando resolver e explicando o que estava acontecendo eu acho que foi bem. Eu gostei do jeito dela assim. (paciente simulada avaliando estudante)</p> <p>-Bom em relação ao vai e volta, ela começou na identificação, perguntou do nome da criança depois foi pra historia pessoal, social ficou incompleta acho que não ia atrapalhar. (SD3c).</p> <p>- É interessante que ela falou da vacinação do cachorro e não tinha falado da criança, ele demorou e depois ela falou. (SD3c).</p> <p>- Então o taquipneico ela faz a relação com a pneumonia, mas não faz uma relação com a febre.</p> <p>E a unidade ela fez uma relação com a bactéria e não com fungo. (SD3c).</p> <p>- Eu gostei da atenção de mostrar para mãe a questão do gráfico. (SD3c)</p> <p>...Ela reconheceu o limite e tomou providencias a questão do limite. (SD3c)</p> <p>- eu queria frisar que eu estou tão orgulhosa de que a ... foi minha aluna no segundo ano e assim eu vejo que você esta cada dia crescendo, mais você sempre foi uma aluna assim dedicada e eu percebo que esse envolvimento que você passa tranquilidade, segurança. (SD3c).</p> <p>- Gostei da maneira que você foi explicando o gráfico. (SD3c)</p>	
--	--	--	--	--	--

				Mas assim eu acho assim em termos gerais eu gostei bastante da sua atuação. (SD3c)	
Exame físico adulto e Exame físico Mulher	<p>Conforme o contexto no qual o exame clínico foi realizado e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <p>Pede consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclarece a pessoa e/ou responsável sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa; - obtém consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento. <p>Adota postura profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuida da privacidade e conforto da pessoa; - adota postura ética e medidas de biossegurança para a realização do exame clínico; - acomoda a pessoa nas posições necessárias para o exame; - realiza o exame com atitudes que envolvam atenção, respeito e interesse pela pessoa. <p>Avalia o estado mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza o estado mental da pessoa: consciência, orientação, atenção, linguagem, memória, psicomotricidade, humor, afetividade, pensamento (conteúdo e forma), juízo crítico, senso-percepção e comunicação não verbal. <p>Avalia o estado geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza o estado mental por meio da inspeção geral e palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa: <p><u>aparência geral:</u> idade aparente, higiene, vestuário;</p> <p><u>postura:</u> antalgica e decúbito preferencial;</p> <p><u>facies:</u> descrição de manifestações subjetivas e/ou objetivas;</p> <p><u>mucosa ocular e oral:</u> coloração, umidade e integridade;</p>	<p>- vou pedir para você se deitar de novo. Eu te ajudo, tá? (SSE3m)</p> <p>- tudo é sigilo absoluto, mas se a senhora não quiser me falar alguma coisa, tudo bem. (SSE3c)</p> <p>- a gente vai conversar não precisa ficar nervosa, tudo o que quiser saber, tudo o que te deixar preocupada é só perguntar para a gente, para o médico, porque a gente vai fazer de tudo para te informar, para te deixar mais calma, tá bom? (SSE3c).</p> <p>- eu vou fazer um exame físico com ele (se referindo ao bebe) baseado no que escrevi aqui e vou ler em voz alta e qualquer dúvida aqui se tiver eu vou tentando te explicar relacionado com o que você me falou. (SSE3c).</p> <p>- Na hora pensei assim, gente to no hospital e coloquei a caneta na boca. Achei um absurdo e falei o que eu fiz. Depois eu percebi, mas falei agora já era. (SSE3a)</p> <p>- posso fazer o exame físico no senhor, fazer uma avaliação para saber como o senhor está? Dá licença, vou lavar a mão. (SSE3c).</p>	<p>- Cabeça e pescoço – realizou as etapas, porém não respeitou o sentido céfalo-caudal. (IED42a)</p> <p>- Rever técnica de percussão em tórax posterior e palpação de fígado e baço. (IED43a).</p> <p>- rever posicionamento do esfigmomanometro, Rever anatomia torácica, abdome e semiotécnica. (IED47a).</p> <p>- biossegurança (IED 80^a).</p> <p>- Desenvolveu o exame físico adequadamente (IED51).</p> <p>- Preocupar-se mais em não expor desnecessariamente o usuário durante o exame físico.</p> <p>- O exame físico ficou comprometido (IED63a)</p> <p>- Realiza de forma rápida e “mecânica”. Apresentou dificuldades técnicas, (IED68a).</p> <p>- Informa que iria realizar os exames. Faz algumas orientações durante a aferição dos SSVV e informa para a paciente os valores. Faz algumas avaliações por cima da roupa (palpação de axila e clavícula) e por cima do lençol (palpação pulsos femurais). Esqueceu de colocar o lençol durante a avaliação do tórax. (IED43m).</p> <p>- realizou, porém não de forma adequada. Posição do paciente, avaliação da cabeça e incompleta (olhos, boca, ouvido), não avaliou linfonodos, tórax – avaliação anterior por cima da roupa. (IED44m).</p> <p>- No exame pediu para examiná-la, sentou a paciente realizou exame da cabeça, tórax posterior e anterior e repetiu novamente do tórax anterior com a paciente sentada. Realizou avaliação cardíaca. Palpou os pulsos, fez a leitura do exame da mama, abdome e fez orientações e lembrou depois da genitália. (IED45m).</p> <p>- Apresenta um eixo para entrevista, realiza o exame físico utilizando técnica adequada. (IED46m).</p> <p>- pede consentimento para exame físico, senta a paciente e a ajuda, verifica PA no braço do acesso venoso. (IED47m)</p> <p>- lavagem das mãos e limpeza dos instrumentais. Explica procedimentos a serem realizados. (IDE48m)</p>	<p>- Sua avaliação física foi perfeita. A única coisa de uma olhada nos campos pulmonares, na comparação, que às vezes você foi de um lado e do outro e nos locais de ausculta dos focos cardíacos. O aórtico estava legal, agora o, tricúspide estava meio desajustadinhos. Mas assim eu acho que a avaliação foi muito boa, (SD3a)</p> <p>-Acho que o exame físico foi bom, não esqueceu de nada, esqueceu de cobrir a paciente no tórax posterior, mas no anterior cobriu. (SD3a)</p> <p>-A estudante foi super empática com a paciente, lavou as mãos antes de entrar. (SD3m)</p> <p>- Só uma coisa me chamou a atenção é que você colocou a caneta na boca. Mas é só assim, é uma coisa que acontece, mas só para você ficar atenta, você está num hospital. Ficar atenta a postura, mas foi assim, nada que comprometa a sua postura. (SD3a)</p> <p>- Na questão específica do exame físico você foi super adequada, ótima postura, só esqueceu no tórax superior de cobrir a paciente, no anterior deu tempo de colocar o lençol sobre a paciente. Também a hora que você terminou o exame físico ajudar a paciente a colocar a roupa, você deixou ela deitada sem a camisola para ela se arrumar depois. – Cuidados que você foi levantando, foi perguntando, você fez super bem, cuidados com a pega do recém nascido, cuidados com os mamilos, com a ordenha, os cuidados com o recém nascido no caso o menino é diferente, cuidados com o corpo, acho que não faltou nada. Lembrar do bebe, das vacinas do bebe. Você tem uma técnica do exame físico bem adequado. (SD3m).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - exame físico - reflexão - negociação - autonomia - aprendizado - postura profissional - relação interpessoal - limites/possibilidades - segurança - avaliação do estado mental - postura ergonômica - consentimento - exame físico - ética profissional - exame físico (adequação e inadequação) - disposta a ajudar - respeito ao paciente - Abre espaço para paciente - medidas de biossegurança - consciência do risco - avaliação do exame físico completo

	<p><u>pele</u>: temperatura, cor, hidratação e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, integridade, turgor); <u>anexos</u>: inspeção de cabelos, pelos e unhas; <u>movimentos</u>: marcha e outros movimentos voluntários e involuntários.</p> <hr/> <p>Verifica os sinais vitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coleta os dados: <ul style="list-style-type: none"> Frequência e padrão respiratório; Temperatura axilar; Pressão arterial; Frequência e características do pulso. <hr/> <p>Examina a cabeça e o pescoço demonstrando habilidade e técnica adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Olhos</u>: inspeciona a pele e as características das sombrancelhas, pálpebras, aparelho lacrimal, conjuntiva, esclerótica, íris, pupilas (simetria e reflexo foto-motor, posição e alinhamento dos olhos); - <u>Ouvidos</u>: inspeciona pele, implantação do pavilhão auricular, secreção e palpa o tragus; - <u>Nariz e seios paranasais</u>: inspeciona o nariz externa e internamente (pele, mucosa, septo, coloração, integridade e secreção) e palpa os seios da face; - <u>Boca/orofaringe</u>: inspeciona utilizando lanterna e abaixador de língua percebendo hálito e observando a integridade das estruturas (lábio, gengiva, dentição, palato, língua e faringe); - <u>Articulação temporo-mandibular</u>: inspeciona, palpa e realiza a movimentação ativa e passiva; - <u>traquéia</u>: inspeciona e palpa (alinhamento e crepitação); - <u>Carótidas</u>: inspeciona, palpa e ausculta pulsos carotídeos; - <u>Jugulares</u>: inspeciona e palpa (observa enchimento em decúbito plano elevado); - <u>Linfonodos</u>: inspeciona e palpa; - <u>Tireóide</u>: inspeciona e palpa; - <u>Avaliação de coluna cervical</u>: inspeciona alinhamento e amplitude do movimento. <hr/> <p>Examina o tórax anterior e lateral</p>	<p>- o senhor percebeu alguma mudança no seu humor, de ficar mais assim triste, mais calmo, mais nervoso, mais ansioso? E essa preocupação é sempre que o senhor tem? (SSE3a)</p> <p>- realizou exame físico completo (SSE3c)</p> <p>- você está se sentindo bem? Agora vou verificar sua pressão. (SSE3m).</p> <p>- eu preciso ver como está sua saúde. Pode ter uma série de alterações e agora no puerpério preciso fazer uma avaliação. (SSE3m).</p>			<p>- avaliação do estado mental com relações</p> <p>- preocupação com a paciente na realização de procedimentos</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>demonstrando habilidade e técnica adequada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Inspeciona a caixa torácica:</u> pele e anexos, músculos, forma, simetria, alinhamento da coluna vertebral, costelas, escapulas, esterno, movimentos inspiratórios e expiratórios e classifica o tipo de respiração; - <u>Palpa:</u> linfonodos supraclaviculares e axilares; - <u>Avaliação pulmonar:</u> Palpa a expansibilidade do tórax; frêmito toracovocal; Percute e identifica os sons; Ausculta e identifica os sons respiratórios e os ruídos adventícios; - <u>Avaliação cardíaca:</u> Inspeciona o pré-córdio: ictus cordis (localização e extensão); Palpa todo o precórdio especialmente o ictus cordis; Ausculta as bulhas cardíacas, identifica o ritmo cardíaco e fonese das bulhas (focos aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral). <p>Examina o abdome demonstrando habilidade e técnica adequada:</p> <p><u>Avaliação anterior:</u> Inspeciona forma, volume, simetria, pele, distribuição de pelos, umbigo e movimentos (respiratórios, pulsações e peristaltismos); Ausculta ruídos hidro-aéreos e artérias abdominais (aorta, renais e ilíacas); Percute e identifica os tipos de sons, estimula o tamanho do fígado (hepatimetria); Palpa superficialmente e avalia resistência muscular, sensibilidade, massas, reflexo cutâneo-abdominal e aorta abdominal; Palpa profundamente as estruturas intrabdominais;</p> <p><u>Avaliação posterior:</u> Realiza a punho percussão lombar.</p> <p>Examina os membros superiores e inferiores demonstrando habilidade e técnica adequada: Inspeciona e palpa os membros, de modo conjugado:</p>				
--	---	--	--	--	--

	<p>Pele e anexos; Perfusão periférica; Rede venosa e arterial (pulsos braquial, radial, femural, poplíteo, pedioso e tibial posterior); Estruturas ósteo – articulares: simetria e alinhamento.</p> <p>Organização dos dados da história clínica e do exame clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - define um eixo para a entrevista seguindo uma lógica de investigação e realiza o exame clínico numa seqüência lógica demonstrando preparo para desempenhar a tarefa. 				
Exame físico Criança	<p>Não consta no instrumento de avaliação, esse é fornecido ao estudante por se tratar de uma criança.</p>		- não tem é dado por escrito		
Formula o problema da pessoa e elabora o plano de cuidados	<p>Conforme o contexto no qual a história e o exame clínico foi realizado e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <p>Elabora o problema:</p> <p>Raciocínio clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> - articula os dados da história e do exame clínico, visando a formulação do (s) problema(s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde referidas ou percebidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. <p>Atitude empática</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclarece dúvidas, explica e orienta a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - age de forma compreensiva e com profissionalismo em situações de recusa ou de falha na utilização de instrumentos, buscando alternativas; - age com naturalidade e respeito transmitindo segurança; - percebe suas limitações e tenta superá-las. <p>Elabora o plano de cuidados:</p> <p>Orientações:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Está muito coerente com as etapas, levanta assim dado, tem um raciocínio lógico, fecha, faz um fechamento, a todo o momento está cuidando do conforto, da privacidade, da segurança, uma postura tranquila, apesar de você se colocar nervosa, não demonstrou. (SSE3a) - quando o senhor fuma, o cigarro tem algumas substâncias que machucam os vasos sanguíneos, isso vai causar trombos, vai entupir a veia, acontece por causa da alimentação, falta de exercício, vários fatores vão contribuir. (SSE3a). - se o senhor não consegue parar de fumar, existe um ambulatório para fumantes, onde faz um acompanhamento para ver se consegue diminuir a quantidade de cigarro, até chegar uma hora em que o senhor não fumará mais. (SSE3a). - quanto a esse tipo de cardápio eu não tenho muitas informações para estar dando para você, mas agente pode solicitar uma nutricionista e ela pode informar se faz bem ou não? Agora na amamentação você precisa de uma dieta mais rica, uma complementação. Ingesta de líquidos, água. Você bebe 	<ul style="list-style-type: none"> - Não conseguiu organizar os dados e dar os encaminhamentos adequados. Não verificou se havia alguma dúvida e não se despediu do paciente. (IED47a) - Considerar mais o grau de autonomia da paciente, atentar para juízos de valores (IED49a) - poderia justificar mais suas ações, correlacionando com as necessidades apresentadas e com o problema de saúde que motivou a internação. (IED53). - O plano de cuidados ficou um pouco vazio, com lacunas nos dados. (IED63a). - Considerar a autonomia da paciente em relação à decisão de autocuidar-se. (IED73a). - Realizou orientações sobre: amamentação pega e postura. Cuidados com o RN (limpeza do coto umbilical, testículos). Lembrou das questões sobre a alimentação no puerpério, depois de questionada pela paciente. Deambulação – diminuição de flatos. (IED43m) - Possui boa comunicação, porém não demonstrou muito interesse pelas necessidades do paciente, postura pouco adequada (chiclete). Realizou raciocínio clínico apresentando fragilidades, bem como no plano de cuidados com orientações erradas. Sobre aleitamento materno (técnica) e cuidados com RN (limpeza de pênis) (IED44m) - Faz orientações sobre a fissura, pega correta, orienta sobre o leite, sal. Não evacuou há dois dias relacionaram com as modificações gravídicas, deambulação fez orientação sobre o curativo do coto umbilical e convida a paciente para assistir. 	<ul style="list-style-type: none"> - Algum cuidado ficou assim, no fechamento explicou, não sei se não podia utilizar o linguajar dele mesmo, ao invés de utilizar veia, artéria. (SD3a) -o contexto de uma forma geral, o fechamento olha foi uma beleza. Olha foi muito legal, olha eu me sinto muito satisfeita, porque você estava comigo e eu a acompanhei e sei das dificuldades que ela teve nesse semestre, assim haviam coisas a serem trabalhadas, mas nada assim exorbitantes. Coisas a serem trabalhadas que certamente foram, senão ela não teria apresentado esse rendimento que teve. E esse mérito é seu. (estudante diz) Você junto "...". A gente dá uma ajudinha, mas se o aluno não vai atrás, às vezes não reflete não enxerga aquilo que precisa melhorar. Mas olha foi muito bom. Parabéns. Obrigada, eu agradeço. (SSD3a) - É assim gostoso de ver, você percebe assim que houve uma interação. (SSD3a) Você demonstrou muita tranquilidade, uma linguagem clara, segurança. Você trabalhou com o paciente todas as possibilidades de mudanças, colocando a situação para ele. Você tentou fazer com ele uma negociação e não uma imposição de regras. (SS3a) 	<ul style="list-style-type: none"> - articulação das dimensões - integralidade do cuidado - raciocínio lógico - formulação do problema - plano de cuidado - grau de autonomia - decisão - lacunas - juízo de valor - unidade de referência - integralidade do cuidado - medidas de prevenção - explicações, orientações coerentes com o plano de cuidado

	<p>- elabora com a participação da pessoa/família considerando o seu grau de autonomia, um plano embasado em princípios éticos, valores morais, evidências na literatura, condições sócio econômicas da pessoa/família e recursos de saúde disponíveis;</p> <p>- faz encaminhamentos pertinentes à situação observada frente às necessidades de saúde identificadas, considerando o ponto de vista da pessoa.</p> <p>Fechamento:</p> <p>- verifica se a pessoa apresenta dúvidas quanto às orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto;</p> <p>- despede-se da pessoa demonstrando interesse e responsabilização no encaminhamento das ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas.</p>	<p><i>mais ou menos quanto? (SSE3m).</i></p> <p><i>- não sei se sei responder,mas posso buscar essa informação para você. (SSE3m)</i></p>	<p><i>(IED45m).</i></p> <p><i>- Articula os dados da história clínica com exame físico, faz raciocínio clínico, elabora plano de cuidado adequado, considerando as necessidades de saúde identificadas compartilhando as orientações. (IED46m)</i></p> <p><i>- estabeleceu o vínculo, comunicação clara e objetiva. Utilizou termo adequado. Elabora plano de cuidados, considerando o contexto biopsicossocial. Encaminhamento para USF. (IED49m).</i></p> <p><i>- Vacinação da criança, retorno na USF para puericultura (IED80m).</i></p> <p><i>- Estabelecer juízo de valores com relação aos métodos contraceptivos (IED53m).</i></p> <p><i>- Articula dados da história e exame físico, faz raciocínio clínico, elabora o plano de cuidados, considerando a integralidade. (IED55m).</i></p> <p><i>- Durante o processo da coleta de dados vai orientando necessidades de saúde que a mãe traz. Escuta suas dúvidas da internação (soro, nebulização), faz encaminhamentos de problemas colaborativos(fimose), responde adequadamente as solicitações da facilitadora, relaciona a fundamentação teoria e pratica. (IED42c)</i></p> <p><i>- Raciocínio clínico adequado diante dos dados coletados. Ter maior atenção quanto aos encaminhamentos diante do contexto/cenário. (IED44c).</i></p> <p><i>- Definiu um raciocínio lógico para formulação de problema e orientação. Plano de cuidados adequados. (IED45c).</i></p> <p><i>- Faz planos de cuidados com a demanda da mãe, articula a teoria para realizar na pratica as respostas face as necessidades de saúde apresentadas. (IED46c).</i></p> <p><i>- Fez orientação a mãe de acordo com os dados levantados, reforçou puericultura, fez encaminhamentos devidos. (IED48c).</i></p> <p><i>- utilizou do raciocínio clinico na relação da doença com fatores de riscos/ predisponentes adequadamente. Aprimorar relação da patologia com a terapêutica (IED49c)</i></p> <p><i>Deixa a mãe satisfeita (IED80).</i></p> <p><i>- Plano de cuidados prejudicado pelas lacunas na coleta de dados. Faltou internações em muitas necessidades de saúde, levantadas também no momento do atendimento. (IED50).</i></p> <p><i>- Fez orientações pertinentes , integrando diferentes níveis de atenção e equipe. Abordou as</i></p>	<p><i>- Você foi plenamente satisfatória e a gente fica assim muito satisfeita. Você faz com propriedade. Muitos profissionais não fazem o como você fez. A gente sabe muito é por vocês, que investem bastante. Eu acho que o mérito é delas, não adianta eu falar vocês precisam disso, disso, disso... E se vocês não refletirem, não receberem as dificuldades. Eu auxilio, mas o grande mérito é de vocês, mas não adianta, você pode falar até, é a mesma coisa com o paciente, você fez toda orientação, mas se o paciente não aceitar ele vai continuar fumando, fazendo tudo a mesma coisa. Parabéns. Tudo é um aprendizado. (SS3a).</i></p> <p><i>-Agora acho que o plano que ela elaborou, a assistência acho que foi muito bom, em relação à amamentação, entrou na técnica de ordenha, ela disse que estava esquecendo, mas deu retorno a paciente, orientou os cuidados com o bebe, acho que foi bom conceito satisfatório. (SSD3m)</i></p> <p><i>- é a primeira vez que estou te avaliando, gostei muito da sua postura, foi muito boa, você está de parabéns, você transmite tranquilidade, mesmo dizendo que estava nervosa, me pareceu muito tranquila, muito segura, você realizou sua entrevista de forma muito organizada, sistematizada, mesmo você falando que se perdeu em alguns momentos, pelo menos eu não senti que você se perdeu você sempre retomava, a deixava falar, dava orientações. Uma abordagem bastante ampliada, com os aspectos psicológicos, biológicos e sociais, abordou a questão da moradia, de vida, da família, a relação com a família, acho que é isso que a gente vem buscando na questão do cuidado, da integralidade. (SSD3m)</i></p> <p><i>- o que ela se perdeu foi na hora de explicar a prescrição item por item</i></p>	<p>- reconhecimento de seus limites e colaboração de outros profissionais</p> <p>- aberta para o aprender a aprender</p>
--	---	---	---	---	--

			<p>dimensões biológica, psicológica e social. (IED53c).</p> <p>- Considerou os diferentes níveis de atenção no plano de cuidados. (IED55c).</p> <p>- Elabora plano de cuidados contemplando fatores de risco. Trabalhou culpa da doença da mãe, argumentando fatores de risco pré-disponentes. (IED56c)</p> <p>- Investigação incompleta e superficial (IED60c).</p> <p>- Faltou (mobilização apropriada do recurso cognitivo (referente a patologias), fisiopatologia x terapêutica x tempo de internação. (IED62c)</p> <p>- fez levantamento de problemas relevantes, porém ao fazer orientação não foi clara, não utilizou linguagem acessível, trazendo linguagem técnica e comprometendo mobilização do conhecimento, se atrapalhando, prejudicando vínculo, relação de confiança, verbalizado pela mãe que não se sentiu segura. (IED73c).</p>	<p>confuso, cansativo e ela andou se perdendo mesmo a síntese ela precisaria ter lido alto e ser objetiva aqui. (SSD3c).</p>	
Comentários do estudante		<p>- Eu acho meio difícil o boneco ali, para mim por que então eu fico mais concentrada na mãe do que na criança, mas eu achei não achei tão difícil não consigo lembrar se eu esqueci alguma coisa do meu roteiro então eu fui tentando seguir o roteiro do instinto de minha autoria e, mas eu gostei achei interessante à situação nunca tinha vivenciado essa simulação para criança (SSE3c)</p> <p>-por mais que a gente tenta simular uma situação com um berçinho um boneco, soro, está imóvel, o exame físico você lê, mas assim você precisa desse dado para te ajudar e isso acaba dificultando por que a orientação, é ler o exame em voz alta, mas aí como você lê se tem que ver como você se sente melhor e no sentido de você ter esse dado. (SSE3c)</p>	<p>- Concordo com a avaliação realizada, acredito que foi justo. Vou considerar tudo o que foi dito pelas professoras para melhorar e ter um crescimento profissional efetivo. (IED79a).</p> <p>- A organização e atuação das facilitadoras e da atriz foi muito boa, realmente simulou um ambiente hospitalar com uma puérpera. (IEE56m).'</p> <p>- Concordo que preciso aprimorar mais a técnica de comunicação. Levo em consideração as orientações das professoras que foram essenciais para o meu crescimento profissional. (IED79m).</p> <p>- Concordo e me proponho a prestar maior atenção e conseguir avaliar melhor. (IEE80).</p> <p>- Concordo com a avaliação e com os aspectos levantados. (IEE50c).</p> <p>- Acredito que meu nervosismo atrapalhou meu desenvolvimento. (IEE55c).</p> <p>- Concordo com a avaliação acima (IED76c).</p> <p>- Concordo com a avaliação realizada, acredito que foi justa. E é preciso aprimorar o que foi orientado pelas professoras. (IED79c).</p>		<p>- auto-avaliação</p> <p>- reconhecimento de falhas</p> <p>- disposição para melhorar o desempenho</p> <p>- cenário contribuindo para o aprendizado</p> <p>- stress atrapalhou o desempenho</p> <p>- a dificuldade da situação simulada</p>

* Escala de desempenho do Exercício de Avaliação da Prática profissional (EAPP) – 3ª série, FAMEMA, 2007.

medicina - 1ª série – adulto

Desem- Penhos / tarefas	<ul style="list-style-type: none"> Instrumento do EAPP Recursos <p>Conforme o contexto no qual a história clínica foi realizada e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p>	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante	Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/e- mentos centrais
<p>Necessi- dades de saúde indivi- dual</p> <p>História clínica</p>	<p>Aspectos a serem considerados na entrevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifica situações que impeçam ou dificultam a realização da história clínica ou exijam intervenção imediata e encaminha alternativas quando necessário; - apresenta-se, explica a razão e duração da entrevista e identifica a pessoa pelo nome; - obtém o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e assegura o sigilo das informações coletadas; - otimiza o ambiente dentro das possibilidades locais; respeitando os hábitos da pessoa/família; - estimula a pessoa expor suas necessidades segundo sua própria percepção. <hr/> <p>Investigação das necessidades de saúde</p> <p>Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica a pessoa ou informante e os membros da família: nome completo, data de nascimento, gênero, etnia, naturalidade, procedência atual e remota, profissão, atividade que exerce ou exercia, religião, estado civil e escolaridade; - percebe, caracteriza e relaciona: condição de moradia, trabalho, relações pessoais, profissional e dinâmica familiar expectativa e perspectivas em relação à vida, identidade, poder, papel social, crenças, valores morais, renda, hábitos de vida (alimentação, sono e repouso, drogas lícitas e ilícitas) e lazer. <p>Clarificação/exploração das necessidades de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza e organiza cronologicamente os sintomas e sinais referidos e os percebidos e as relações entre eles, 	<p>Ela (paciente) tem uma orientação e memória para as coisas remota e até mesmo recente do que aconteceu de estar abalada com essa situação (SSEM1a)</p> <p>"provavelmente esteja associado com esse quadro de não se alimentar por que, por que ele perdeu o apetite, ta com nervosa, ta com o seu humor hipotímico tendendo ao pólo depressivo e então ela mostra a expressão afetiva dela, é justamente de uma mulher de 42 anos de idade que esta profundamente triste e tentando se reerguer por que a filha morreu em situação assim extremamente complicada e eu tentei abordar um pouco essa dinâmica entre filha e mãe de por que ela entrou nas drogas e claro que eu tinha vontade já de se fosse uma paciente real ou se fosse simulado e tivesse mais. Tempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Boa relação interpessoal com ritmo adequado, mas com excesso em detalhamento para o tempo disponível. (ID4a) - apresenta adequada comunicação, empatia e desenvolveu um bom vínculo(ID52a). - Ampla anamnese, com bastante dados, inclusive que não vieram na história do paciente simulado e que enriqueceram (ID64a) - excesso de detalhamento para o tempo disponível (ID80a). - Adequado, coleta ampla, ficar atento acerca da dieta verificando almoço, jantar e eliminações (ID34a). 	<ul style="list-style-type: none"> - orientou inicialmente a atividade e tenho uma sugestão de tempo para você 30 minutos para a história, 20 para o exame físico e 10 para a síntese, a finalização e o exame psíquico. Essa é a sugestão, mas se quiser realizar de outra forma, não tem importância. (SSM1a) - ele tem contato bom tem alguns probleminhas que são típicos de uma situação como esta. (SSM1a) - Eu acho que na minha maneira de entender está satisfatório plenamente (SSM1a) - ele extrapolou esse tempo e isso é uma situação que a gente verificava que sempre eram aqueles que chegavam um pouco depois por que ele quer fazer tudo direitinho, mas tem que administrar o tempo (SSM1a) - você não perguntou, mas por tem a questão da sexualidade e a questão ligada à sexualidade, qual o exame? (SSM1a) - Ambas (professoras) desejam boa sorte. Orienta onde estão os materiais. (SSM1a) - Em relação à história clínica, o estudante conseguiu coletar os dados, mas faltou um eixo. Ele conseguiu todos os dados, mas faltou um eixo. Ele terminou o exame físico, aí ele voltou nas queixas da paciente. Senão fica a coleta pela coleta. (SSM1a) - Ele aborda de forma ampla, conseguiu fazer um contato com os outros. (SSM1a) - Em relação ao sigilo. Eu não ouvi. Uma coisa que precisa ficar claro, senão pode comprometer sua história. (SSM1a) - Outra coisa que eu notei que você 	<ul style="list-style-type: none"> - relação interpessoal Tempo Vínculo Empatia Avaliação do estado mental Orientações prévias - preocupação com o estudante

	<p>considerando os aspectos que sejam eles, biológicos, psicológicos e sócio-culturais, dentro do contexto de vida da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifica fatores agravantes, de melhora e manifestações associadas; -identifica situações pregressas relevantes da pessoa e familiares; - investiga a presença de sinais/sintomas específicos relacionados aos diversos aparelhos/sistemas; - identifica o conhecimento, as crenças, os sentimentos, as expectativas e as repercussões das necessidades de saúde na vida da pessoa; - sintetiza os dados coletados e apresenta um resumo para a pessoa. <p>Relações interpessoais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabelece a comunicação empática com atenção, concentração, interesse, expressão corporal e contato com os olhos; - demonstra atitudes adequadas à situação vivenciada (postura profissional); - identifica barreiras que interferem na comunicação e busca de alternativas; - aceita o ponto de vista da pessoa (não é autoritário, arrogante, paternalista e/ou moralista, desrespeitoso e/ou preconceituoso); - expressa aceitação, compreende e mostra disponibilidade para ajudar e valoriza o esforço da pessoa; - esclarece dúvidas, explica e orienta a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - identifica limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminha alternativas; - utiliza linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa; - utiliza técnicas que facilitam a comunicação verbal (expressão, clarificação e validação); <p>Realiza entrevista com ritmo adequado ao tempo disponível.</p>	<p>conversar muitas outras coisas, por que é uma situação extremamente comum que acontece tudo bem que para a filha a gente não pode fazer mais nada por que ela foi assassinada, mas é comum essa as mães terem famílias de baixa renda ou mesmo alta, mas principalmente baixa ficam aí adolescentes entrando nas drogas e se envolvendo nesse tipo de situação a por que isso, por que ela trouxe quatro filhos o menino que está lá na serralheria e coloca-o sobre os cuidados da mãe pelo menos saber como que está à coisa lá foi o que me veio na cabeça no momento deixa eu ver o que devo colocar mais essa questão do pai dos filhos dela do marido que mora na casa que eu achei que era casado quando na hora eu fui perguntar de relacionamento sexual acabou, ou é um no canto e outro no outro é uma relação de amizade mora na mesma casa, mas não tem mais o envolvimento sexual com a mulher no caso ele está bebendo e aí ela precisa de apoio e vai se apoiar em que a mãe tem 71 anos é independente na dela. Não mora na mesma casa"</p>		<p>perguntou, porque ela não escova os dentes após as refeições. Você disse assim... Você tem preguiça. Outra coisa que você perguntou é assim. Tem preguiça de ir ao banheiro, então precisa tomar cuidado, você está investigando o juízo de valores do paciente que também podem comprometer o vínculo. (SSM1a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deixar aberto, deixar ela falar o porquê, até porque você induziu. Se ela disser que não escova o dente é uma boa. (SSM1a) - Eu queria primeiro ter uma visão de quem não te conhece na prática, mas que pudesse te avaliar no exercício. Eu sei da sua condição, do seu compromisso na unidade e hoje apareceu aqui no exercício, da forma como você fez as coisas, com muito compromisso, com um objetivo sério. (SSM1a) - A idéia é, não fiquei assim, te tranquilizando, mas procurando aproveitar esse exercício final junto com você que é o EAPP. EAPP é um exercício para poder devolver, retirar de você o que você sabe de termos técnicos, de forma a descrever uma história clínica, então não é assim, é pegar e não sei o quê. (SSM1a) -Podem aproveitar esse ganho que vocês tiveram ao longo do ano. (SSM1a) - O interessante é sair desse senso comum e poder avaliar dentro de critérios científicos. (SSM1a) - Tem bom domínio da sua ansiedade, de situações mais estressantes. (SSM1a) - Você entendeu porque pedi para você mudar de lugar para realizar o exercício? – Não - Para que você ficasse mais tranquilo, - acho que ficaria mais nervoso. (SSDM1a) 	<p>Eixo na entrevista</p> <p>Juízo de valor Preconceito</p> <p>Indução</p> <p>Compromisso</p> <p>Comparação com o real, o dia a dia</p> <p>Articulação das três dimensões</p> <p>Preocupação com o estudante</p> <p>O EAPP como finalização</p> <p>O retorno do ano todo</p> <p>Cientificidade das ações</p> <p>Domínio das situações</p> <p>Stress x preocupação</p>
Exame físico	<p>Consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclarece a pessoa e/ou responsável 	<ul style="list-style-type: none"> - tentei falar de uma forma que não fosse difícil dele entender, e eu tive 	<p>– o exame físico apresentou deficiências.(ID58a). -Adequado com solicitação para os procedimentos</p>	<p>- Nessa questão da relação interpessoal, empático, forma clara e</p>	<p>Dificuldade na comunicação</p>

	<p>sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - obtém consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento. <p>Postura profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuida da privacidade e conforto da pessoa; - adota postura ética, ergonômica e medidas de biossegurança para a realização do exame clínico considerando o contexto no qual o procedimento é realizado. <p>Estado mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracteriza o estado mental geral da pessoa: orientação, atenção, memória, afeto, humor e linguagem. <p>Estado físico geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coleta dados da inspeção geral e palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa: <p>aparência geral: idade aparente, higiene, vestuário;</p> <p>postura antalgica e decúbito preferencial;</p> <p>fácies: descrição de manifestações subjetivas e/ou objetivas;</p> <p>mucosa ocular: coloração, umidade e integridade;</p> <p>cavidade oral: mucosa (coloração, umidade e integralidade), dentes (integridade regularidade), língua (coloração, umidade e integridade, mucosa sublingual (coloração, umidade) e freio;</p> <p>pele: temperatura, cor, hidratação e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, integridade), lesões elementares (hipercrômica, púrpura, eritema, pápula, placas, pústula, vesícula, bolha, solução de continuidade);</p> <p>anexos: inspeção de cabelos, pelos e unhas;</p> <p>tela subcutânea: turgor e distribuição;</p> <p>biotipo: brevelíneo, normolíneo, longelíneo;</p> <p>marcha: caracterizou a marcha, movimentos voluntários e involuntários.</p> <p>Estado nutricional:</p>	<p> dificuldade na hora, tem hora que eu esqueci será que eu falei, será que ele vai entender.</p> <p>o exame físico às mucosas estão normais, fases típicas, postura é antalgica, dorsal não ventral, é postura ventral não deferiu muitas dores nem mesmo de natureza psicogenita, é espera ai temperatura por hidratação da pele acho normal, a unidade tem unidade das mucosas sobre linguadas populares reservadas é normais, colocação ósseo das mucosas tão normais, unhas com curvas nítidas e brilhantes rosas claras, tudo normal com distribuição daquelas peles subcutâneas normal, acredito que sem problema, sem manchas na pele, manchas, nada presente, e nenhuma lesão grave presencio a não ser aquela que, a por ser a primeira vez talvez por causa do nervoso acaba né, ela falou que bateu e ta com uma provavelmente um hematoma na pele</p> <p>estava com 110 por 72 de pressão índice de. Mercúrio. Pulso a frequência cardíaca bateu 80 a os diversos índices 16, e temperatura 37,3 graus Celsius</p> <p>Observei mucosas, pressão, estava PA 10x6. Ela falou que era hipertensa. Pulsos cheios, simétricos, braquiais, tive mais dificuldade para encontrar, pulso cheio, simétrico, radial 102, braquial não contei, esqueci FC, deu..., não anotei, mas deu 65 bpm. Depois olhei cabelo, achei assim, puxei 2 fios. Pr. E o que você estava investigando quando puxou?</p> <p>E. Estava investigando queda, dois fios também estão na normalidade. Depois observei mucosa, não apareceu manchas, assimetria, descoradas, a prótese, não tinha anormalidade, mas eu perguntei e ela disse que usava.</p> <p>Pr. Que mais? Quanto aos membros inferiores?</p> <p>E. A encontrei algumas manchinhas</p>	<p>e com postura profissional (ID20a).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executou procedimentos identificando inclusive aspectos que esqueceu e atrapalhou a sequência e portanto se corrigiu (ID12a). - Observar e cuidar da sua postura ergonômica (ID41a). <ul style="list-style-type: none"> - ele não fez a comparação homologa, para ver se os dois pulsos estão homólogos tem que pegar os dois pulsos ao mesmo tempo, ele teria que ter feito os dos dois pulsos, o mesmo com o pé, ele não fez (ID72a). <ul style="list-style-type: none"> - Estar aprofundamento o exame da pele (ID56a) - verificar membro e pulso braquial (ID79a). - Uso adequado da lanterna e da espátula (ID11a). 	<p>adequada. (SSM1a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propicia a formação de vínculo. (SSM1a) - Em relação ao exame físico, nada que comprometa só uma observação. Arrumar a mesa do material para exame físico. Postura ergonômica ficou muito tempo curvado. (SSM1a) - Conseguiu demonstrar a prática. (SSM1a) - Porque entra em contato com sangue, suor, secreção. Seria até interessante limpar na frente dela como você fez antes do uso. Mas precisa guardar limpo até para manutenção, caso você precise, se não você esquece, pega, de uma forma geral. (SSM1a) - Boa relação interpessoal com ritmo adequado, mas com excesso de tratamento para o tempo disponível. (SSM1a) - sobre o exame físico geral executou os procedimentos que identificou inclusive os aspectos que esqueceu e atrapalhou a sequência, portanto corrigiu-se. (SSM1a) - boa compreensão e realizou de forma adequada para a série, raciocínio lógico, fazendo orientações à medida que a situação aparece (SSM1a). - Explica que na sala não tem pia, então para a lavagem das mãos ele pode se dirigir à sala ao lado. (SSM1a). - No exame físico o que ele requer um melhor aprofundamento do exame de pele, tanto de membros inferiores, como no superior, detalhar só pra não ficar um ar de que ta insatisfatório (SSDM1a) <p>Quando eles chegam aqui ele querem saber as coisas boas e se eles estão satisfatórios, ai eu costumo começar de trás pra frente, se ta satisfatório, se foi tranquilo, mas nos temos que rever algumas coisas ai começa despenca um monte. (SSDM1a)</p>	<p>Falhas no exame físico</p> <p>Biossegurança</p> <p>Postura</p> <p>Demonstração do aprendizado</p> <p>Excesso de tratamento x tempo</p> <p>Raciocínio lógico</p>
--	--	--	--	--	--

	<p>Dados antropométricos: dados referidos de peso e altura (IMC); mede cintura abdominal.</p> <p>Sinais Vitais:</p> <p>Coleta os dados:</p> <p>Frequência respiratória (durante um minuto) e padrão;</p> <p>Temperatura axilar;</p> <p>Pressão arterial (palpatória e auscultatória);</p> <p>Frequência do pulso (durante um minuto) e características e frequência cardíaca.</p> <p>Exame dos membros superiores e inferiores:</p> <p>Examina os membros superiores e inferiores demonstrando habilidade e técnica adequada;</p> <p>Inspeciona e palpa os membros, de modo conjugado;</p> <p>Perfusão periférica;</p> <p>Pulsos periféricos (radial, braquial, pedioso e tibial posterior);</p> <p>Sensibilidade periférica (tátil, dolorosa e térmica).</p>	<p>aqui, ela falou que era da gravidez. É alguns nevus, mas sem elevação, nas pernas também. Era em todo o braço. (Não fez exame em todo o membro, foi, mas pontual).</p> <p>Pr. Pulsos?</p> <p>E. Cheios, palpáveis. O que você palpou em MMII?</p> <p>E. palpei todos. O tibial posterior e o poplíteo.</p> <p>Pr. O que você observa do turgor?</p> <p>E. Achei normal, vi durante o exame físico.</p> <p>PR. Descrição do exame psíquico?</p> <p>Sobre o aspecto mental dela?</p> <p>E. Achei postura adequada. Humor levemente abaixado, no sentido de não rir muito, não ser extrovertida e tal.</p> <p>PR. Humor invertido. Que mais do exame psíquico?</p> <p>E. Orientada, é uma questão mais ou menos assim, sabe datas, horários, tempos, assim.</p> <p>PR. Tem coerência</p> <p>E. tem coerência.</p> <p>Pr. Tem mais alguma coisa do exame psíquico que você considera importante.</p> <p>E. Atenção. Não fiz nenhuma questão específica para o exame psíquico, mas fui notando durante a anamnese, a conversa assim mesmo.</p> <p>PR. É importante para você um pensamento de forma e conteúdo, você observa alguma alteração? ? O que te faz pensar que o pensamento dela está sem alteração? Por onde a gente pode observar o pensamento de uma pessoa?</p> <p>E. Mas pela linguagem, coerência, não tem alteração da linguagem, tanto da fala, ou relacionada, ao conteúdo, como organização.</p> <p>- Você tem que cuidar, você cuida dele (paciente), mas aí você tem que cuidar de você também.</p>			<p>Dificuldade no exame físico</p> <p>Estratégia usada para avaliação</p> <p>Cuidar do paciente</p> <p>O cuidar do estudante</p>
Formu lação de problemas	<p>Raciocínio clínico:</p> <p>Organização dos dados da história e do exame clínico:</p> <p>- define um eixo para a entrevista</p>	<p>Quanto às necessidades de saúde o que você identificou?</p> <p>Notei assim, que ela não tem bom relacionamento com os irmãos. E eu</p>	<p>- Boa compreensão e realizou de forma adequada para a série (ID27a).</p> <p>- Adequado mas precisa estar atento em fazer um</p>		<p>Adequação para a série (terminalidade)</p> <p>Fechamento mais</p>

	<p>seguindo uma lógica de investigação e realiza o exame clínico numa sequência lógica demonstrando preparo para desempenhar a tarefa;</p> <p>- articula os dados da história e do exame clínico, visando a formulação do (s) problema (s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde referidas ou percebidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais e embasado nas ciências básicas.</p>	<p>acho que isso a deixa triste. Quando falei, ela fez assim.</p> <p>PR. Como você vê talvez essa necessidade de saúde para elaborar um plano de cuidado? Você elabora na história?</p> <p>E. Não. Eu só queria. Posso fazer um adendo? Necessidade que eu notei, mas que talvez ela não seja importante, se eu fosse questionar o que te falta? O que você precisa, por exemplo?</p> <p>E. Talvez ela não falasse dos irmãos.</p> <p>PR. A falta dos irmãos está relacionada com outras coisas?</p> <p>E. Talvez ela não consiga fazer relação, mas tem essa relação. Essa necessidade eu acho que é suprida pelos vizinhos. Apesar de que, irmão é irmão. Mas isso parte assim de amigos, de ter com quem conversar. Tem a casa dos vizinhos, outras vezes indo para casa. Necessidade mais biológica tem a dor dela, que está assim, é bem forte, relevante. Quanto à alimentação, eu acho assim... Pontualmente... A sobrecarga do pai, a faxina de casa, a filha ajuda.</p>	<p>fechamento mais ampliado. Vacinação também estava atrasada (ID46a).</p> <p>- Faltou explorar todas as necessidades de saúde (ID1a)</p> <p>- Faltou articular os dados da história clínica com o exame físico e também a exploração de outras necessidades de saúde. (ID15a)</p> <p>- adequado dentro da autonomia da série(ID34a).</p> <p>- inadequado levantamento das necessidades de saúde (ID23a).</p> <p>- Não valorizou o alcoolismo do marido(ID9a).</p> <p>- Não elaborou plano de cuidados – só disse vamos colocar você em um grupo de atividade. (ID58a).</p>		<p>ampliado</p> <p>Olhar todas as dimensões e níveis</p> <p>Adequação x inadequação para a série</p> <p>Abranger todas as dimensões</p>
Plano de intervenção	<p>Orientações:</p> <p>- elabora com a participação da pessoa envolvendo a família/equipe, considerando o seu grau de autonomia, um plano embasado em princípios éticos, valores morais, evidências na literatura, condições sócio econômicas da pessoa/família e recursos de saúde disponíveis;</p> <p>- dá encaminhamentos pertinentes à situação observada frente às necessidades de saúde identificadas, considerando o ponto de vista da pessoa.</p> <p>Fechamento:</p> <p>- verifica se a pessoa apresenta dúvidas quanto às orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto;</p> <p>- despede-se da pessoa demonstrando interesse e responsabilização no encaminhamento das ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas.</p>	<p>"mas a Valdete (paciente) está precisando bastante de apoio então por isso tem que tentar trazer um pouco mais para a unidade, com outras visitas com certeza isso tem. Eu acho que assim a aproximação com o serviço de saúde seria fundamental para ela por isso que eu falei para ela do acompanhamento com o psicólogo e tentar como acontece com o Wellington levar esse marido para o CAPS é claro eu não posso mandar o cara ir para o CAPS a gente vai ter que conversar e conversar começar a conversar com a Valdete para que ela tenta sondar o marido e ver se o marido te vontade de sair disso tem que respeitar essa questão no paciente que mais eu poderia falar para vocês os dois medicamentos que ela está tomando eu não fiz esse plano de cuidar não fiz por que eu senti que ela esta se virando bem com isso aqui que ela tem</p>	<p>- O aluno deveria ser mais natural durante entrevista, não se preocupar tanto em seguir rotina e coleta de dados, não ser impositivo durante plano de cuidados, mostrar interesse, empatia. - Observar postura ergonômica durante exame físico. Saber ouvir com atenção. (ID6a).</p> <p>- rever e atentar-se para detalhes da identificação, da social, da pessoal, da fisiologia e familiar. Atentar-se para questões de biossegurança e sistematização do exame de membros inferiores. Manteve-se atencioso, com bom vínculo com o paciente, detalhou e deu importância aos problemas levantados. Bom desempenho, continue evoluindo. (ID8a).</p> <p>- ficar atento para os aspectos psicológicos do usuário e abordar a atividade sexual. (Id10a).</p> <p>- procure identificar melhor o paciente para conduzir a anamnese de acordo com a singularidade do indivíduo. Procure explorar mais a história das doenças para melhor correlacionar com o contexto, com a pessoa visando a desenvolver o raciocínio clínico e a priorização da assistência. Fique atenta a biossegurança. (ID15a)</p>	<p>o plano de cuidado considerou ai essa etapa, eu acho assim ele envolveu a equipe, envolveu o médico, eu acho que ate ai tudo bem ampliado. (SSDM1a)</p> <p>Você não tem que saber tudo, você pode dar uma olhada em relação aos remédios que o paciente está tomando e dar um retorno, já que ele é uma hipertensão. (SSDM1a)</p> <p>- Se você não entendeu direito, e ele não sabia dizer, você teria que ter algum plano de cuidado em relação a isso, verificar no posto, ver o prontuário pra poder saber, não da pra deixar aberto. Você não tem que saber tudo, estamos te dizendo isso. (SSDM1a)</p> <p>Continue assim, eu acho que transmite bastante tranquilidade, segurança. (SSDM1a)</p>	<p>Unidades de referência, envolvimento da equipe multiprofissional</p> <p>Naturalidade na coleta de dados</p> <p>Saber ouvir, Aprendizado, sucessivas aproximações</p> <p>Singularidade do indivíduo</p> <p>Priorização da assistência</p>

		<p>o que fiz para ela por que se não se fosse até mais medicamentos isso que o filho dela fez para ela eu faria então vamos aqui vamos pegar ela tem um certo nível de escolaridade é baixo, mas ela entende se eu colocar ela é alfabetizada se eu colocar uma noite um de manha eu não preciso fazer os desenhos como já aconteceu com pacientes. Analfabetos".</p> <p>atrasado mais de dez anos e então ela precisa tomar essa vacina então o que eu faria eu. Iria lá à unidade comentaria e ó lembrei tem a vacina do tétano ta atrasada tem como trazer ela para cá e tomar eu avisaria isso é um ponto importante.</p> <p>PR. Como você elabora o plano de cuidado? E. Primeiramente escolheria. Encaminhar para uma consulta com médico da família mesmo, em relação à dor. Com o pai procuraria saber como ele está mesmo. Talvez isso esteja preocupando-a muito, interferindo muito, porque quando cuida do pai, não está cuidando dela também.</p>	<p>* - Corrigir coleta da anamnese, corrigir a forma que estabelece a relação com o paciente, correção da técnica da aferição da PA e seqüência do exame.(ID20a). - prossiga assim, atenciosa e carismática. (ID34a) - linguagem, muito cuidado na indução (ID42a). - deve ouvir mais a pessoa antes de formular necessidades de saúde. (ID45a). - atentar-se para o sigilo, para posição ergonômica, realizou um completo plano de cuidados, utilizou estratégia de perguntas abertas na investigação propiciando maior abertura da pessoa.(ID50a) - cuidado para não introduzir valores pessoais no contato que é investigativo, pois pode prejudicar o vínculo (o paciente pode sentir-se envergonhado, com medo por exemplo. As orientações precisam ser dadas como esclarecimento, mas o paciente é quem vai resolver. (ID61a). - rever a realização da história e exame físico, já que ficou aquém dos padrões exigidos para a 1ª série. O estudante deve repensar sobre sua postura perante o paciente, foi muito apressado, não orientou a a paciente com interesse e não referenciou a paciente ao PSF. O estudante deve refletir sobre o que significa as dimensões (biopsicossocial) e porque tentamos trabalhar para evidenciar as necessidades de saúde e elaborar um plano de cuidados. (ID76a). - estudante demonstrou que aplica princípios da integralidade na sua pratica e buscou vínculo e responsabilização. Muito bem! (ID77a).</p>	<p>Estímulo, para motivação para estudante continuar se aprofundando.</p> <p>Indução/linguagem</p> <p>Ouvir mais</p> <p>Sigilo profissional</p> <p>Estratégia para coleta de dados</p> <p>Valores pessoais</p> <p>Autonomia/decisão eflexão</p> <p>integralidade do cuidado responsabilização</p>
Comen tarios do estu dante		<p>Eu acabei esquecendo, porque já estava no horário fazia 15 minutos acabei ficando nervoso e esqueci. ... na hora a gente não percebe por causa do nervosismo mesmo, mas eu gostei das dicas tal e vai ser importante pra mim pro ano que vem.</p>	<p>- estou de acordo (IE1a) - creio que a maior parte dos problemas apresentados durante a avaliação se devem ao nervosismo diante da situação e com a imposição do tempo. Porém admito todas as falhas apresentadas. (IE6a). - achei a paciente simulada... com uma postura muito real, estava muito bem preparada.(IE7a). - acredito que realmente faltou uma maior abordagem psicológica, principalmente com relação a questão da morte, crucial no desenvolver da vida da pessoa. Faltou também, realmente, explorar mais o contexto das drogas na família. (IE11a). - Concordo com a avaliação e acredito que a tensão e o medo de me entender no aspecto psicológico me prejudicou e acabou ocorrendo o contrário. (IE13a) - Estou de acordo com a avaliação e destaco o</p>	<p>Nervosismo atrapalhando o desempenho</p> <p>Reconhecimento de falhas</p> <p>Paciente simulada contribuindo para a realização do desempenho do estudante</p> <p>Interesse dos avaliadores no estudante</p> <p>não aceitação da</p>

			<p>interesse das avaliadoras em não só avaliar, mas sobretudo orientar o aluno em suas deficiências. (IE15a)</p> <p>- Contato empático pelo olhar realizado de maneira adequada, ao meu ver. Na minha visão, apesar de alguns erros no exame físico, o conceito “I” é inadequado ao contexto (IE20a)</p> <p>- concordo com a avaliação, realmente fiquei presa ao roteiro, senti dificuldades ainda, mas espero conseguir desenvolver melhor as minhas habilidades. (IE38a).</p> <p>- os avaliadores expuseram com clareza os pontos falhos. (IE53a).</p> <p>- concordo com as observações feitas, as mesmas são pertinentes (IE61a).</p> <p>- concordo com a avaliação. (IE71a).</p>		<p>avaliação x aceitação</p> <p>desenvolvimento de habilidades</p> <p>clareza na devolutiva dos pontos falhos</p>
--	--	--	---	--	---

Medicina 3ª série – adulto, mulher e criança

Desem- Penhos	<ul style="list-style-type: none"> * Instrumento do EAPP Recursos <p>Conforme o contexto no qual a história clínica foi realizada e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p>	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante	Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
<p>Necessi- dades de saúde</p> <p>História clínica</p>	<p>Aspectos a serem considerados na entrevista:</p> <p>Apresentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificou situações que exijam e/ou impeçam a realização da história clínica e encaminhou alternativas quando necessário; - apresentou-se e obteve o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e aplicou procedimentos de biossegurança; - Identificou barreiras que interferem na comunicação e com profissionalismo buscou alternativas em situação de recusa.; - identificação do paciente e responsáveis. <p>Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabeleceu comunicação empática, com atenção, concentração, interesse, postura, expressão corporal, contato com os olhos e utilizou linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa visando a identificação de necessidades de saúde referidas e/ou percebidas na situação em questão: - caracterizou o contexto de vida em situações pessoais, familiares e sociais relevantes; - caracterizou o desenvolvimento afetivo e sexual da pessoa; - caracterizou e organizou cronologicamente os sinais e sintomas referidos e/ou percebidos e as relações entre eles; - identificou fatores agravantes, de melhora; - identificou situações pregressas relevantes da pessoa e familiares, incluindo pré-natal, parto e puerpério; - identificou situações pregressas relevantes referentes a alimentação, vacinação, desenvolvimento neuro-psico-motor e controle de saúde; - identificou a estrutura e relações familiares; - identificou as situações atuais referentes a alimentação, vacinação, higiene pessoal, hábitos, escolaridade. <p>Linguagem e atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - usou a linguagem com clareza; 	<p>Dá licença, bom dia. Sou aluno do 3º ano, meu nome é Silvío, a gente passa aqui pela enfermaria, colhe a história para a gente estar aprendendo, para estar ajudando vocês pacientes aqui na enfermaria, depois a gente fala com o professor, o que encontrar de interessante discute com o professor, eu queria pedir a permissão, pode ser (SS3ma).</p> <p>A senhora faz alguma atividade física, ou não (SS3mm)?</p> <p>O que aconteceu com o Vinicius que teve que internar (SS3mc)?</p> <p>Quanto tempo ele ficou assim sem febre. Que horas começou que hora a senhora percebeu mais ou menos no dia (SS3mc)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Abordou de forma integrada os hábitos de vida e abuso de substância (álcool, fumo). Boa caracterização dos sintomas (dor) e abordagem do estado mental, aspecto psicológico e social. Aluna muito empática, engajada e respeitosa. (ID80 a) - explorar hábitos alimentares (ID81a) - Fez uma boa entrevista, com cronologia adequada. (ID82a). - Caracterizar melhor a dor do paciente (tipo/localização/irradiação/intensidade/fatores de melhora e ou piora. Fatores concomitantes entre tempo de duração. Investigar o tratamento atual. (ID82a). - linguagem clara e próxima, sabendo interpretar. Consulta técnica para realidade do paciente (somente alguns termos técnicos do paciente utilizados). Demonstra bom conhecimento e boa cronologia da anamnese. Desenvolveu HMA com boa cronologia. (ID84a) - vínculo, empatia muito bom, estabeleceu excelente relação médico-paciente, explorou biopsicossocial. (ID85a). - cuidado em interromper várias vezes a paciente, controlar ansiedade. Não abordou o aparelho psíquico. (ID103a). - De preferência, não usar termos técnicos (ID78c) - Falou várias vezes do problema e não entrou nele (dificuldade na 	<p>-Professor pede para o paciente se deitar novamente e professor coloca para o estudante que ele fez boa história, interagiu muito bem com ele, boa postura, a relação médica paciente boa, fez um exame físico razoável, você está de parabéns. (SSM3a)</p> <p>- Mas só precisa prestar atenção numa coisa. Algum sinal precisa prestar atenção (professor realiza os sinais que estudante teve dificuldade e foi mostrando como era o sinal presente, explicando detalhadamente, realiza a outra manobra que estudante apresentou dificuldade (SSM3a), estudante ao seu lado vai prestando atenção, realiza novamente o procedimento). Despedem-se e finalizam avaliação. (SSM3a)</p> <p>- Começa falando que estudante foi bem. Quando coloca algo para estudante que faltou na sua investigação, estudante tenta se justificar. (SSM3m)</p> <p>Coloca os dados que faltaram (SSM3m)</p> <p>Professora chama atenção para parte emocional que poderia ter sido mais explorada. (SSM3m)</p> <p>Como prognóstico professora coloca que poderia ter explorado mais esse, até mesmo para acalmar a paciente. (SSM3m)</p> <p>Professora coloca que tem que dar toda a possibilidade para a paciente sem mentir. Falar sempre a verdade. (SSM3m)</p> <p>- Professora coloca que foi pouco explorado a relação com o namorado e estudante, coloca a situação que já viveu. (SSM3m)</p> <p>- Professora reforça que estudante foi bem.</p> <p>- Professora reforça que o psicológico deve ser dado maior importância. (SSM3m)</p> <p>-orientações iniciais - você imagina que na maca tem uma criança eu não vou colocar o bebezinho por que não é bebezinho e você vai até se confundir, então continua sendo o paciente que está internado a mãe, como nós estamos em uma sala maior você pode utilizar a mesa tá bom. E você vai fazer a história, não tem exame físico e você vai fazer as</p>	<p>Avaliação x demonstração</p> <p>Avaliação não dialógica</p> <p>Dificuldade de problematizar a avaliação (desempenho realizado pelo estudante)</p> <p>Dificuldade em exame físico específico</p> <p>Inicia avaliação pelo aspecto positivo</p> <p>Justificativa</p> <p>Dimensão psicológica</p> <p>Cobrança do prognóstico</p> <p>Linguagem/ verdade</p> <p>Bom conhecimento</p> <p>Relação médico-paciente</p> <p>Orientações</p>

	<p>- esclareceu dúvidas, explicou e orientou a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas;</p> <p>- identificou limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminhou alternativas;</p> <p>Conforme o contexto no qual o exame clínico foi realizado e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <p>Raciocínio clínico (raciocínio em semiogênese, reconhecimento do sistema acometido):</p> <p>- integrou os dados obtidos e iniciou a formulação do(s) problema(s) da pessoa, focalizando necessidades de saúde referidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais.</p>	<p>E durante esse tempo de internação eles tem passado anti-séptico na boca para tentar atuar né. E quando ele começou se alimentar de novo depois do início dessa, por que a senhora falou que depois que começou isso ele não estava se alimentando (SSE3mc)?</p> <p>Como é hoje o convívio do pai com o Vinicius (SS3mc)?</p> <p>Tem mais alguma coisa que a senhora quer me dizer, alguma coisa que eu não tenha perguntado, ou alguma coisa que fugiu da mente da senhora (SSE3mm)?</p> <p>A senhora na gravidez sempre dá uma planejada, a senhora quis engravidar, parou de</p>	<p>postura, afetividade). Deve trabalhar a relação médico paciente. (ID79m).</p> <p>- Cuidado com as perguntas muito diretas (ID80m)</p> <p>- faltou pesquisar situações relevantes na família (paciente tem irmã falecida de ca de mama) (ID81m).</p> <p>- Conduziu a anamnese de maneira clara a linguagem adequada. Coletou satisfatoriamente os dados.</p> <p>- Pouca percepção da situação (ID84m)</p> <p>- o estudante realizou a história clínica com empatia, interesse e atenção. Contemplou as 3 dimensões. (ID85m).</p> <p>- esqueceu de assegurar sigilo (ID93m).</p> <p>- não esquecer de abordar dados sobre lazer, renda familiar, parte afetiva pessoal. (ID115m).</p> <p>- Bom raciocínio clínico (ID78c)</p> <p>História clínica bem completa, atenciosa, estabelece sempre contato visual, pertinente paciente esclarecer dúvidas. (ID79c)</p> <p>- paciente simulado pouco colaborativo. (ID80c)</p> <p>- explorar mais relação familiar e condições de higiene (ID81c)</p> <p>- Procurar fazer perguntas mais abertas. Evitar ir e voltar na história algumas vezes. Abordar o contexto social e psíquico, as relações familiares (o relacionamento familiar). Tem estrutura na anamnese, seguiu uma sequência, porém nos antecedentes detalhar sinais. Cuidado em fazer muitas perguntas fechadas e induzir a resposta do entrevistado. (ID82c).</p> <p>- indagar mais o social (ID83c)</p> <p>- Contemplou as 3 dimensões. Demonstrou afetividade (ID84c)</p>	<p>recomendações.(SSDM3c)</p> <p>- Fernando como da outra vez excelente a sua história tem uma postura bem acolhedora, muito completa e as suas colocações você fez de maneira bem pertinente ao levantamento. (SSM3c)</p> <p>- deixei-a falar por que às vezes ela está angustiada então deixa falar e aí você tenta orientar a sua história, tem umas idas e voltas. (SSM3c)</p> <p>- Mas eu acho que é assim mesmo a história não necessariamente precisa seguir um contexto (SSM3c)</p> <p>- deu para ver que você fez um bom raciocínio clínico, as necessidades que você levanta de maneira normal pelo encaminhamento falou bem, tá de parabéns tá ótimo (SSM3c)</p> <p>- a única coisa que você não você se esqueceu da escolaridade da mãe. (SSM3c)</p>	<p>iniciais, abre espaço de dúvidas</p> <p>Avaliação do estado mental</p> <p>Raciocínio clínico</p> <p>Eixo</p> <p>Raciocínio clínico</p> <p>Sigilo profissional Contemplou as 3 dimensões</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>tomar anticoncepcional ai depois que a senhora teve o filho não tomou mais (SSE3mm).</p> <p>Eu queria saber só mais uma coisa, você já falou pra gente a respeito do convívio dele com a família né, a respeito dos problemas né e eu queria saber um pouco assim se ele sente falta do pai (SS3mc)?</p> <p>. O que aconteceu para você estar aqui hoje (SSE3ma)?</p>	<p>- boa postura, é atento, calmo, permite o relato espontâneo. Mantém quase o tempo todo o contato visual, com bom vínculo com o entrevistado. (ID93c)</p> <p>- cuidado em ficar escrevendo a história e perder o contato visual. Desenvolver melhor empatia. Cuidado com vai e volta e perder a sequência lógica da anamnese. Abordar o contexto social e emocional, em que o contexto o paciente está inserido (funcionamento familiar). (ID119c). - não consegue articular os dados obtidos, não conseguindo realizar o raciocínio clínico adequadamente, não contemplou os aspectos sociais e psicológicos, somente o biológico. Até tenta ser afetivo, embora tenha sido atencioso, apresentando nervosismo e se perdeu na história clínica. (ID154c)</p>		<p>- exploração Dos dados</p> <p>Abordagem das dimensões</p>
Exame clínico Adulto	<p>Consentimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclareceu a pessoa e/ou responsável de forma espontânea sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa; - obteve consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento. <p>Estado mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caracterizou o estado mental geral da pessoa (orientação, atenção, pensamento, sensopercepção, linguagem, memória, humor e afetividade e psicomotricidade). <p>Postura profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuidou da privacidade e conforto da pessoa; adotou postura ética e medidas de biossegurança para a realização do exame clínico considerando o contexto no qual o procedimento foi realizado. <p>Estado geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coletou dados da inspeção geral e palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa: 	<p>A gente vai examina né, ver se tem tratamento, não é, não precisa ficar preocupada com barbaridade, por que vamos ver certinho como vai ficar, ta bom, posso examina a senhora (SS3mm)?</p>	<p>- boa abordagem para realizar exame físico. (Id79a).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar técnica de percussão e fremito toráco-vocal. - atenção quanto ao exame físico (ID81a) - preocupada com a paciente, acolhe o mesmo, cuida do seu conforto. (ID120a) - Parabéns, tem boa sequência do exame físico, com uma boa postura, continue assim. 		

Exame Clínico Específico	<ul style="list-style-type: none"> - postura antálgica, decúbito preferencial - fácies (descrição de manifestações - subjetivas e/ou objetivas) - mucosas ocular e oral: coloração, umidade e lesões - pele: temperatura, cor e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, lesões) - movimento (marcha e outros movimentos voluntários e involuntários) - anexos: inspeção de cabelos, pêlos e unhas - tela subcutânea: turgor e distribuição. <p>Sinais vitais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou os dados: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frequência e padrão respiratório; ✓ Temperatura; ✓ PA e FC; - Peso e altura. <p>Sistema endócrino:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coletou, traduziu e interpretou dados da palpação da tireóide. <p>Sistema linfoglângionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou dados da palpação dos linfonodos cervicais, supra e infra-claviculares. <p>Sistema circulatório:</p> <ul style="list-style-type: none"> - coletou, traduziu e interpretou dados de pulsos periféricos (radial, braquial, tibial posterior e pedioso); - palpação e ausculta de carótidas; - retorno venoso; - pesquisou edema de extremidades. - perfusão periférica. <p>Sistema cardíaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, 	<p>Paciente sentado estudante vai na região dorsal. Respira fundo de novo, de novo ..., fala para mim, 33,33..... Percute o pulmão, respirar pelo nariz e soltar pela boca (ausculta nesse momento). Fala se doer, ta? (faz Giordano). Estudante vai na frente do paciente e pede para paciente respirar várias vezes. Deita paciente, pede para falar várias vezes 33 quando palpa o tórax. Faz a percussão em toda região torácica. Respire e solte fundo (faz a palpação) (SSE3ma).</p>			
--------------------------	---	--	--	--	--

	<p>palpação e ausculta do precórdio.</p> <hr/> <p>Sistema respiratório:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, palpação, percussão e ausculta torácica.</p> <hr/> <p>Mamas:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção estática e dinâmica (simetria, abaulamentos, retrações, aspectos pele, rede venosa, mobilidade), palpação das mamas e cavo axilar e descarga papilar.</p> <hr/> <p>Sistema digestório:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, ausculta, percussão e palpação abdominal superficial e profunda, da altura uterina e batimentos cardíofetais.</p> <hr/> <p>Sistema neurolomotor. Conforme pertinência com caso:</p> <p>- Avaliou a marcha e o equilíbrio;</p> <p>- Avaliou a sensibilidade superficial: tátil, térmica, dolorosa;</p> <p>- Avaliou a sensibilidade profunda: pressórica, vibratória, proprioceptiva;</p> <p>- Avaliou coordenação motora;</p> <p>- Avaliou movimentos involuntários;</p> <p>- Reflexos profundos e superficiais;</p> <p>- Sinais meníngeos;</p> <p>- Avaliou pares cranianos, se necessário;</p> <p>- Inspeceu, palpou e avaliou movimentação ativa, passiva das articulações;</p> <p>- Avaliou a força e tônus muscular.</p>				
--	--	--	--	--	--

	<p>Sistema urinário:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da palpação da loja renal e punho-percussão lombar.</p> <p>- Desenvolveu adequadamente os recursos do domínio afetivo durante a realização do exame clínico.</p>				
Exame clínico específico criança	Fornecido ao estudante (um exame clínico da criança)				
Exame clínico específico mulher	<p>Exame do abdome gravídico</p> <p>✓ Palpou as partes fetais (situação, apresentação, posição). Altura uterina e batimentos cardíofetais.</p> <p>Órgão genital externo:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vulva, monte de vênus, clitóris, grandes e pequenos lábios, hímen, procidências, cicatrizes e períneo.</p> <p>Órgão genital interno:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vagina, colo uterino, através do exame especular.</p> <p>- Realizou coleta de citologia oncológica.</p> <p>Coletou, traduziu e interpretou dados relativos a vagina, fundos de saco, colo e corpo uterino, anexos e paramétrios através do toque vaginal.</p> <p>- Realizou o exame clínico com atitudes que envolvem atenção, respeito e interesse pelo paciente.</p>		<p>- Bom conhecimento, falta pouco a terminologia, técnica para descrição de exame. (ID79m).</p> <p>- cuidado com termos técnicos. Cuidar da prática (técnica). (ID80m).</p> <p>- cuidou da privacidade e orientou as manobras a serem realizadas antecipadamente. (ID82m).</p> <p>- cuidado com a privacidade e conforto do paciente (ID93m).</p> <p>- não esquecer de lavar as mãos. (ID143m).</p>		
Formu lação de problemas	<p>Conforme o contexto no qual a história e o exame clínico foram realizados e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <p>Raciocínio clínico:</p> <p>- Articulou os dados da história e do exame clínico,</p>	Paulo eu encontrei um probleminha aqui na história, eu não sei se você já conversou com outros médicos, que eu queria passar algumas orientações. O	<p>- Levanta necessidade de saúde, após raciocínio clínico e faz recomendação. (ID78a)</p> <p>- Elaborou bem o planejamento das ações integrando as informações com conhecimentos</p>		<p>Necessidades de saúde</p> <p>Planejamento da</p>

	<p>visando a formulação do(s) problema(s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde identificadas.</p> <p>Atitude empática:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclareceu dúvidas, explicou e orientou a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - reagiu de forma compreensiva e com profissionalismo em situações de recusa ou de falha na utilização de instrumentos, buscando alternativas. - agiu com naturalidade e respeito transmitindo segurança ao exame clínico; - percebeu suas limitações e tentou superá-las. 	<p>remédio que você toma, tem que sempre estar na ponta da língua, para você saber, para avisar a gente, para ver se está tudo certo ou não. Essa vacinação sua não está em dia, não está tomando, às vezes na construção você pode se ferir com ferro (SSE3ma).</p>	<p>prévios e o raciocínio clínico. Ter segurança na elaboração da hipótese. Raciocínio clínico. (ID80a)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fez orientações e encaminhamentos corretamente (ID83a). - faz recomendação das necessidades de saúde e também para doenças preventivamente. (ID94a). - Cuidado com sorriso nas horas certas (ID79m). - Realizou bom fechamento, orientou a necessidade de exame prevenção de colo de útero. Orientou a necessidade de uso de preservativo. Orientou as formas de tratamento do ca de mama. (ID82m) - Trabalhar necessidades de saúde, relevantes no caso. Ofereceu poucas alternativas. Tem dificuldades em entrar em contato com estas situações. (ID84m) - Como o estudante referiu que tem dificuldade para com a criança, apesar disso superou as suas dificuldades nesta atividade, portanto a recomendação é para que ele supere essa dificuldade. (ID84c) - dificuldade ainda no raciocínio clínico, exercitar o diagnóstico síndrome funcional, etiológico. Prestar atenção na sequência da anamnese. (ID119c). - desempenhou com competência as atribuições. (ID146c). - o estudante necessita se dedicar bastante, principalmente na área de pediatria, em que ele refere que não gosta, necessitando melhorar o seu raciocínio clínico e relacionando, isto é, integrando as 3 dimensões (ID154c). 		<p>assistência Postura profissional</p> <p>Ações preventivas</p> <p>diagnóstico</p>
Plano de interven	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deu encaminhamentos pertinentes à situação 	<p>É perigoso. Além do remédio que você não está tomando,</p>	<p>- levantamento das necessidades de saúde e faz</p>		<p>Planos de intervenção</p>

ção	<p>observada frente às necessidades de saúde identificadas e dentro dos níveis de promoção à saúde e prevenção de doenças.</p> <p>_____</p> <p>Fechamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica se a pessoa e responsáveis apresentam dúvidas quanto às orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto. - Despede-se da pessoa e dos responsáveis demonstrando interesse e responsabilização no encaminhamento das ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas. 	<p>you está tomando essas 3, 4 doses que você acha pouco, mas não é pouco, você está com problemas com a grana. Economizando 3 a 4 doses por dia, no final do precisa prestar atenção netinho, pensa nele nessa hora, pensa quanto tempo você vai querer ficar com ele. Porque tudo isso vai influir, vai influenciar, tenta pensar nisso tudo, a gente tem estrutura para ajudar. Tem o Caps que te dá apoio psicológico, precisando a gente pode conversar como professor, pode trazer um psicólogo para conversar com você, tudo isso, e tudo isso melhorando. Agora você chegou mal, mas com tudo isso começando ate ajudar, melhora. Vou discutir ainda com o professor e seu sono conseqüentemente vai melhorar, sua vida sexual também melhora. Tudo vai melhorar a partir de alguns pontos que temos que rever. Cuidado também com a comida, pedir para sua esposa ou sua filha cozinhar com pouco óleo, tentar fazer a comida na grelha, se for possível o bife que você gosta, tirar a gordura e fazer grelhado ao invés de frito. Tentar nomear, é mais ou menos isso, tentar, ficar mais tempo em casa com a esposa ao invés de ficar no bar, vai para casa. Conversa. Tá bom? Tem alguma dúvida Paulo (SSE3ma)?</p> <p>No corrimento vou mandar para analise, para ter certeza do que é, hoje não dá para ter certeza do que ta acontecendo com a senhora, pode ser uma doença que veio do seu</p>	<p>encaminhamentos. (IDM3c)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muito bem. Parabéns (ID78a). - Aluna empática com boa elaboração de história clínica e realização de exame. Realizou conduta com embasamento. (ID79a). - Observa técnica de percussão e avaliar frêmito toraco-vocal. Desenvolve segurança para elaborar raciocínio clínico. Aluno tem boa elaboração e raciocínio. Precisa ter segurança. Aluno muito comunicativo, habilidade de raciocínio respeitoso e articulado. Realizou planejamento e orientou adequado, persistente e não tem caráter imperativo. (ID80a). - Fez uma entrevista com boa exploração dos sintomas, usou linguagem adequada, foi empática. No ISDA necessita iniciar com perguntas abertas. No exame físico necessita rever uma seqüência – inspeção, palpação, percussão e ausculta. No caso necessitaria exame cardiovascular mais profundo. (ID81a). - ótima história clínica, relacionando a queixa do paciente com o raciocínio clínico. Muito técnica, com lógica e seqüência. Acompanhamento a aluna no LPP, a mesma teve uma evolução muito grande durante o decorrer do ano (sabe fazer a história e o exame clínico). ISDA excelente. Aprofundar mais o aparelho psíquico, mas já consegue entrar no assunto. Tem raciocínio clínico. Exame físico bom; com técnica adequada. (ID120a). - Avaliar ap. psíquico, controlar ansiedade, identificar o contexto, treinar raciocínio clínico. (ID132a) - Parabéns, continue assim, sempre dedicado a sua futura 	<p>F... como da outra vez excelente a sua história tem uma postura bem acolhedora, muito completa e as suas colocações você fez de maneira bem pertinente ao levantamento (SS3Pma). Mas eu acho que é assim mesmo a historia não necessariamente precisa seguir um contexto (SSP3mc). É eu imaginei assim (SSE3mc). E assim deu para ver que você fez um bom raciocínio clínico, as necessidades que você levanta de maneira normal pelo encaminhamento falou bem, ta de parabéns ta ótimo, aqui oh. Pega a cadeira (SSP3mc). Ta tudo certo (SSE3mc). Ah esqueci de falar, a única coisa que você não você se esqueceu da escolaridade da mãe (SSE3mc). É verdade. Esqueci a escolaridade (SSP3mc). Mas tem muita coisa pra identificação, não tem importância não. Vocês foram bem (SSP3mc).</p>	<p>restritos</p> <p>Exame físico específico</p>
-----	--	---	---	---	---

		<p>marido, pode, mas não é, não vou te dizer isso com certeza certo, a gente manda para exame depois a gente vê o que veio, tem corrimento que é próprio do seu organismo assim um desequilíbrio que tem entre as bactérias da sua vagina ta, não necessariamente que a senhora tenha pego de alguém entendeu, pode ser da senhora mesmo isso, por que lá na vagina normal da mulher tem uma bactéria, essas bactérias que atuam na defesa da sua vagina contra né bichinhos de fora, e as vezes tem um desequilíbrio isso por questões emocionais, por alimentação, por outras coisas também, então daí acaba tendo o corrimento, pode que nem a senhora falo, já tinha o corrimento e agora ele mudou de aspecto virou uma infecção agora e já tinha um corrimento lá e teve uma infecção secundária, então é próprio do organismo, então não da pra dizer pra senhora agora que é ta mais a gente manda pro exame e a gente descobre o que é (SS3mm).</p>	<p>profissão, você só tem a ganhar. (137^a).</p> <ul style="list-style-type: none"> - A cronologia das informações é importante. Procurar trabalhar com afetividade desde o início da história, do encontro. Melhorar a terminologia técnica ao descrever o exame, de mama e do trata genital inferior. Na história tudo bem que dê as orientações, porém a ênfase é a doença atual.(ID79m). - Precisa utilizar técnica e cuidar da prática. Tratar da questão da empatia: cuidar para se explicar melhor, usar tom de voz mais cativante. (ID80m). - O aluno de maneira geral foi satisfatório, porém na elaboração do plano de cuidados esqueceu de orientá-la quanto a prevenção (camisinha) e ca (papanicolaou) (ID81m) - Levanta necessidades de saúde e faz encaminhamentos pertinentes (ID78c) - Na formulação de problema, o estudante, conseguiu realizar o raciocínio clínico, de maneira lógica e na elaboração do plano de cuidados. Fez orientação pertinente. 		<p>Professor consegue avaliar a evolução do estudante</p> <p>Ansiedade interferindo no desempenho do estudante</p> <p>Cuidados além da patologia, o olhar para a prevenção</p> <p>Tonalidade da voz</p>
Comentários do estudante		<p>Eu deixei ela falar um pouco por que eu estava lendo sempre em história e sempre trabalhei com professora pediatra e ela falava deixa ela falar por que as vezes ela está angustiada então deixa falar e aí você tenta orientar a sua história né tem umas idas e voltas (SS3mc).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - concordo com a avaliação feita e farei o possível para alcançar todos os objetivos. (IE139m). - concordo (155m). - gostei da atividade, mas acho que a realização do exame físico seria muito interessante para nós alunos aprimorarmos esse quesito.(IE105c). - concordo com as avaliações. (IE113c). - concordo com a avaliação e espero alcançar os pontos deficientes colocados. (IE139c). - concordo (IE155c). 	<p>- Aluno concorda e justifica a dificuldade nesse caso. (SSM3m)</p> <p>- Professora passa o formato que foi preenchido por ela para o estudante assinar e esse concorda com os pontos expostos por ela e assina. (SSM3m)</p>	<p>Avaliação momento de reflexão</p> <p>Gosto atividade avaliativa pela</p>

Medicina 4ª série – adulto, mulher criança

Desem- Penhos/ tarefas	<ul style="list-style-type: none"> * Instrumento do EAPP Recursos <p>Conforme o contexto no qual a história clínica foi realizada e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p>	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante	Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
<p>Necessi- dades de saúde</p> <p>História clínica</p>	<p>Apresentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificou situações que exijam e/ou impeçam a realização da história clínica e encaminhou alternativas quando necessário; - apresentou-se e obteve o consentimento da pessoa ou responsável para a realização da história e aplicou procedimentos de biossegurança; - Identificou barreiras que interferem na comunicação e com profissionalismo buscou alternativas em situação de recusa; - identificação do paciente e responsável. <p>Contexto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabeleceu comunicação empática, com atenção, concentração, interesse, postura, expressão corporal, contato com os olhos e utilizou linguagem coerente com a capacidade de compreensão da pessoa visando a identificação de necessidades de saúde referidas e/ou percebidas na situação em questão; - caracterizou o contexto de vida em situações pessoais, familiares e sociais relevantes; - caracterizou o desenvolvimento afetivo e sexual da pessoa; - caracterizou e organizou cronologicamente os sinais e sintomas referidos e/ou percebidos e as relações entre eles; - identificou fatores agravantes, de melhora; - identificou situações pregressas relevantes da pessoa e familiares, incluindo pré-natal, parto e puerpério; - identificou situações pregressas relevantes referentes a alimentação, vacinação, desenvolvimento neuro-psico-motor e controle de saúde; - identificou a estrutura e relações familiares; - identificou as situações atuais referentes a alimentação, vacinação, higiene pessoal, hábitos, escolaridade. <p>Linguagem e atenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - usou a linguagem com clareza; - esclareceu dúvidas, explicou e orientou a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos 		<ul style="list-style-type: none"> - realiza boa anamnese com comunicação empática e ótima postura. Soube identificar fatores agravantes e de melhora. Caracterizou cronologicamente os sinais e sintomas referidos para realizar possível diagnóstico. (ID156a). - explorar melhor o contexto psico-afetivo da mãe-bebê e familiares. (ID163c). - questionou bem o contexto de vida da criança e da família, tentou identificar fatores causais relacionados à doença, às vezes utiliza palavra técnica (ID223c) - Aluna conduziu bem tanto a anamnese quanto o exame físico (ID82m). - continuidade as perguntas da história – mesmo numa situação de muita emoção. Sugiro trabalhar melhor a situação de perda/ diagnósticos difíceis – elaborar melhor a humanização nestes momentos, entrar na emoção. Aliviar tensões/confortar. (ID84m) - embora nesta atividade o estudante não tenha demonstrado afetividade, na prática (UPP3) no cenário real é muito afetivo, com boa comunicação. Continuar desenvolvendo cada vez mais. (ID98m). - rever aspectos afetivos diante de situações 	<ul style="list-style-type: none"> - orientações para a realização do EAPP. Você vai atender uma criança, vai fazer uma história, inclusive aqui tem um receituário que você pode ir anotando para não esquecer os principais dados, aí depois vai para o exame físico Você faz o exame físico é paciente simulado, um boneco, mas tem que fazer, tem que observar. É um boneco, mas você faz na sequência, tudo direitinho, pede ajuda da mãe. Tenta, faz o que você puder. Aí vem as hipótese diagnósticas e orientar a mãe, o que ela vai fazer os cuidados. Você está de relógio aí? (SSM4c) - Criança você tem que examinar de acordo com a idade da criança. (SSM4c) - O que você achou do seu desempenho? (SSM4c) - Por isso que é bom até mesmo no início, você que está nessa fase de aprendizado, você ter uns tópicos, para você seguir para não ter que ir até o fim e ter que voltar. (SSDM4c) - No começo eu falei para você, anota aí os tópicos que você usa para te dar uma direção (se referindo ao momento da orientação inicial dada por ele – o professor). (SSDM4c) - Depois com o tempo a gente vai memorizando isso, vai tendo a sequência na memória. É bom você anotar os tópicos para você não se perder. Inclusive se você tivesse esses tópicos, você também não iria pular o pré-natal, não é? (SSM4c) - Você não colheu nenhuma informação, como é que foi essa gravidez, se fez o pré-natal. (SSM4c) - Eu percebi que você procurou seguir uma sequência lógica, isso foi um dado positivo. O que faltou foi justamente algum ponto importante. O pré-natal, na questão da alimentação, a criança de sete meses é recomendável a suplementação vitamina e de ferro. Você esqueceu-se de abordar como estava isso. Mesmo agora com essa idade que há introdução da papa de sal, para ver se os nutrientes estão sendo utilizados. É importante verificar como está sendo feita essa introdução dessa papa. Nessa mudança da refeição látea exclusiva para a introdução da papa de 	<p>Orientações iniciais</p> <p>Comnicação</p> <p>Dados para diagnóstico</p> <p>Dimensões do cuidado</p> <p>Fase do aprendizado (compreensão)</p> <p>Roteiros/ tópicos</p> <p>Dificuldade com situações difíceis</p>

	<p>dados observados, assegurando a compreensão das informações prestadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificou limites e possibilidades no estabelecimento de vínculo e encaminhou alternativas; <p>Raciocínio clínico (raciocínio em semiogênese, reconhecimento do sistema acometido):</p> <ul style="list-style-type: none"> - integrou os dados obtidos e iniciou a formulação do(s) problema(s) da pessoa, focalizando necessidades de saúde referidas, considerando o contexto e as condições de vida determinados pela integração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. 		<p>imprevistas. (ID102m).</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuidado com algumas perguntas, questões afetivas, tem dificuldade, acho que pode ser mais natural no momento em que as questões aparecem. Rever propedêutica da mama, rever especular e toque vaginal. (ID125Mm). - esqueceu de investigar exames preventivos. Procure melhorar a clareza na fala e assim a segurança. (ID132m). - trabalhar mais os aspectos afetivos. Conhecer as estratégias da relação médico-paciente. (ID154m) 	<p>sal, muitas vezes se perde o valor da alimentação por um preparo inadequado, incompleto. Em relação à história clínica esses pontos que eu queria chamar a atenção. No exame físico o que você achou? (SSDM4c)</p> <ul style="list-style-type: none"> - O fato de ser uma situação simulada ela acaba às vezes impedindo que você tenha uma percepção de determinadas coisas, por exemplo: se fosse uma situação real provavelmente essa criança, a hora em que você coloca ali para examinar ela chora, ela estranha, não é do convívio diário dela, ela estranha. Muitas vezes é desejável que antes de você colocar a criança lá, até brinque um pouco com ela, comece o exame com ela no colo. (SSDM4c) - Porque com ela no colo você pode ter uma ausculta cardíaca melhor. Porque você pode perceber a coriza melhor, porque ela chora e tudo isso pode se alterar. Esse é um detalhe. Outro detalhe que percebi no exame é a posição da mãe para te ajudar no exame para ter uma melhor posição para fazer otoscopia, para ela poder te ajudar, colocando a cabeça de lado para ter uma posição melhor. Acho que do exame esses comentários que eu queria fazer. Você manteve uma boa relação com a paciente. Na questão do plano, do diagnóstico, do plano terapêutico, você gostaria de comentar alguma coisa? (SSDM4c) - Eu percebi que foi uma parte que você ficou mais em dúvida, começou a se dirigir a mim, a perguntar. (SSDM4c). - Considera, a partir do ponto que estou considerando que é uma infecção de vias aéreas, de vias aéreas superiores, que até falei para você, um resfriado simples, mas veja, antes da gente conversar sobre isso, mas veja, várias vezes nós comentamos com você que a consulta pediatra envolve não só você fazer um diagnóstico daquilo que a mãe está colocando, apresentando, mas sim fazer um diagnóstico global, isso que senti falta, esse diagnóstico mais amplo. (SSDM4c) - Como você concluiu que ela está crescendo adequadamente. - Esse método, que você está colocando ele pode ser usado numa situação em que você não tem material, o adequado é você utilizar os parâmetros de crescimento. (SSDM4c) - Isso não garante, então o mais adequado é você acompanhar o paciente, tratar os sintomas, acompanhar, orientar, do que você entrar precocemente, desnecessário 	<p>Afetividade</p> <p>Comparação situação real x simulada</p> <p>Avaliação dialogada</p> <p>Técnica para realização de exame físico específico</p> <p>Diagnóstico global</p>
--	---	--	--	--	--

				<p>com o antibiótico. (SSDM4c)</p> <p>- Talvez no quinto. , talvez a gente se encontre. (SSDM4c)</p> <p>- E só que normalmente as doenças dos casos que eu vi assim não têm muito terapêutica assim. (professor na avaliação só valorizou a patologia) (SSDM4a)</p> <p>- (avaliação da paciente sobre o estudante). Paciente: Assim ele foi bem, é pra falar não você tem a mãozinha meio pesada (estudante e paciente sorriem), mas eu acho assim no geral ele foi bem. (SSDM3m)</p> <p>- sequência dosar os aspectos que você deve abordar você abordou como você faz no dia a dia, mas eu acho que é bem aquilo que você já está sabe que você já se habituou a fazer ao longo desse ano e por isso que eu quero até a isso você fez com sequência quase deixou de examinar a tireóide que não dá para deixar de examinar a tireóide hoje em uma mulher acima dos trinta anos por causa da frequência de doença de Hashimoto por isso tem que ficar sempre atento nisso. (SSDM4m)</p> <p>- pode entrar um pouco mais na emoção viu, não precisa pular a emoção do paciente não claro o que ela demonstrou ela não se demonstrou uma pessoa extremamente deprimida, outro dia tinha uma paciente que contou uma história parecida na semana passada só que ela foi o ponto que pegou ela a do marido essa nem tanto essa até é mais sossegada, mas a outra queria matar o marido. (SSDM4m)</p>	<p>Valorização da patologia</p> <p>A avaliação seresumiu na devolutiva da patologia – enfoque puramente biológico</p> <p>Exame físico específico</p>
Exame clínico Adulto	<p>Conforme o contexto no qual o exame clínico foi realizado e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <hr/> <p>Exame Clínico Geral:</p> <p>Consentimento:</p> <p>- esclareceu a pessoa e/ou responsável de forma espontânea sobre os procedimentos a serem realizados em linguagem compreensível, respeitando valores e a autonomia da pessoa;</p> <p>- obteve consentimento da pessoa e/ou responsável para a realização do exame, após esclarecimento.</p> <hr/> <p>Estado mental:</p> <p>- caracterizou o estado mental geral da pessoa (orientação, atenção, pensamento, sensopercepção, linguagem, memória, humor e afetividade e psicomotricidade).</p> <hr/> <p>Postura profissional:</p> <p>- cuidou da privacidade e conforto da pessoa; adotou postura ética e medidas de biossegurança para a realização do exame clínico considerando o contexto</p>	<p>- Tenho uma pergunta: quando examina o tórax posterior do bebê, coloco no colo da mãe ou examino na maca? (SSEM4c)</p>			

<p>Exame Clínico Específico</p>	<p>no qual o procedimento foi realizado.</p> <hr/> <p>Estado geral:</p> <ul style="list-style-type: none">- coletou dados da inspeção geral e palpação, considerando-se as fases do ciclo de vida e as constituições étnicas e fenotípicas da pessoa:- postura antálgica, decúbito preferencial- fácies (descrição de manifestações - subjetivas e/ou objetivas)- mucosas ocular e oral: coloração, umidade e lesões- pele: temperatura, cor e vitalidade (umidade, textura, elasticidade, lesões)- movimento (marcha e outros movimentos voluntários e involuntários)- anexos: inspeção de cabelos, pêlos e unhas- tela subcutânea: turgor e distribuição. <hr/> <p>Sinais vitais:</p> <ul style="list-style-type: none">- Coletou, traduziu e interpretou os dados:✓ Frequência e padrão respiratório;✓ Temperatura;✓ PA e FC;- Peso e altura. <hr/> <p>Exame clínico específico</p> <hr/> <p>Sistema endocrinológico:</p> <ul style="list-style-type: none">- coletou, traduziu e interpretou dados da palpação da tireóide. <hr/> <p>Sistema linfoglânglionar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Coletou, traduziu e interpretou dados da palpação dos linfonodos cervicais, supra e infra-claviculares. <hr/> <p>Sistema circulatório:</p> <ul style="list-style-type: none">- coletou, traduziu e interpretou dados de pulsos periféricos (radial, braquial, tibial posterior e pedioso);- palpação e ausculta de carótidas;- retorno venoso;				
---	--	--	--	--	--

	<p>- pesquisou edema de extremidades.</p> <p>- perfusão periférica.</p> <p>- ausculta abdominal.</p> <hr/> <p>Sistema cardíaco:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, palpação e ausculta do precórdio.</p> <hr/> <p>Sistema respiratório:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, palpação do nariz, faringe, laringe e traquéia.</p> <p>- coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, palpação, percussão e ausculta torácica.</p> <hr/> <p>Mamas:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção estática e dinâmica (simetria, abaulamentos, retrações, aspectos pele, rede venosa, mobilidade), palpação das mamas e cavo axilar e descarga papilar.</p> <hr/> <p>Sistema digestório:</p> <p>- Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção, ausculta, percussão e palpação abdominal superficial e profunda.</p> <hr/> <p>Sistema neurolomotor. Conforme pertinência com caso:</p> <p>- Avaliou a marcha e o equilíbrio;</p> <p>- Avaliou a sensibilidade superficial: tátil, térmica, dolorosa;</p> <p>- Avaliou a sensibilidade profunda: pressórica, vibratória, proprioceptiva;</p> <p>- Avaliou coordenação motora;</p>				
--	--	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliou movimentos involuntários; - Reflexos profundos e superficiais; - Sinais meníngeos; - Avaliou pares cranianos, se necessário; - Inspeceu, palpou e avaliou movimentação ativa, passiva das articulações; - Avaliou a força e tônus muscular. <hr/> <p>Sistema urinário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou dados da palpação da loja renal e punho-percussão lombar. - coletou, traduziu e interpretou dados da inpeção e palpação da genitália externa. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolveu adequadamente os recursos do domínio afetivo durante a realização do exame clínico. 				
Exame clínico específico criança	<p>Postura profissional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - examinou a criança em posições e seqüência de acordo com o mais indicado para a idade da mesma. <hr/> <p>Sinais Vitais</p> <ul style="list-style-type: none"> - acrescentar perímetros cefálico, abdominal e torácico. <hr/> <p>Sistema neurolocomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - acrescentar: - avaliou tamanho e tensão das fontanelas; - avaliou reflexos próprios do recém-nascido e do lactente; - avaliou a marcha e o equilíbrio; - avaliou o comportamento da criança durante a consulta. 				
Exame clínico	<p>Exame do abdome gravídico</p> <p>✓ Palpou as partes fetais (situação, apresentação,</p>		- tem dificuldade de realizar inspeção de mamas e do	- precisa dar uma aprimorada nisso um pouquinho mais de	Técnica (realização/manobr

específico mulher	<p>posição). Altura uterina e batimentos cardíacos.</p> <hr/> <p>Órgão genital externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vulva, monte de vênus, clitoris, grandes e pequenos lábios, hímen, procidências, cicatrizes e períneo. <hr/> <p>Órgão genital interno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletou, traduziu e interpretou dados da inspeção da vagina, colo uterino, através do exame especular. - Realizou coleta de citologia oncológica. <p>Coletou, traduziu e interpretou dados relativos a vagina, fundos de saco, colo e corpo uterino, anexos e paramétrios através do toque vaginal.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Realizou o exame clínico com atitudes que envolvem atenção, respeito e interesse pelo paciente. 		abdômen gravídico (ID228m)	<p>delicadeza não precisa apertar muito e sempre tem que deglutir não dá para examinar a tireóide a não ser que seja um batido de um bôcio . (SSDM4m)</p> <ul style="list-style-type: none"> - A técnica da pressão arterial isso é um vício já que a você não faz a parte palpatoria por isso que você fica com dúvida por que você insufla muito e fica mais baixa ainda quanto mais você insufla mais baixo ela aparece por isso que a técnica palpatoria hoje tem se procurado não deixar de fazer mesmo em qualquer lugar no dia a dia em consultório particular ta lembra disso ai que é importante (SSDM4m) - uma coisa que eu vejo hoje na avaliação e a gente fica tenso mesmo, mas em uma prova de residência mesmo você chega e começa o exame ginecológico você não olha se a janelas estão fechadas se o ambiente está protegido eles podem mandar você parar ali mesmo isso é requisito para prova prática então presta atenção nisso se eu estou perto da janela mesmo que seja uma avaliação e sempre com um paciente simulado pode ser com um real como na prática, então você olha a janela percebe como está o ambiente já está bem disposto à iluminação, por exemplo, nos aqui estamos sem o foco, mas num local de residência se não tiver o foco, não vem instalado uma luzinha no espelho precisa de uma iluminação então presta atenção nisso nós estamos sem aqui é uma falha nossa, mas por limite (SSDM4m). - Bom eu acho que está satisfatório teu exame eu acho que alguma coisa que precisa aprimorar (SSDM4m) 	<p>as)</p> <p>Discussão de técnica – avaliação por demonstração</p> <p>Comparação do EAPP com outras situações stressantes</p> <p>Discussão de custo</p> <p>Preparar ambiente para realização de exame, cuidado com exposição da paciente</p> <p>Comparação paciente real/ simulado</p>
Formu lação de problemas	<p>Conforme o contexto no qual a história e o exame clínico foram realizados e as condições da pessoa (físicas e mentais), o estudante:</p> <hr/> <p>Raciocínio clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articula os dados da história e do exame clínico, visando a formulação do(s) problema(s) da pessoa, segundo as necessidades de saúde identificadas. <hr/> <p>Atitude empática:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclareceu dúvidas, explicou e orientou a pessoa e/ou responsável em relação à interpretação dos dados, assegurando a compreensão das informações prestadas; - reagiu de forma compreensiva e com profissionalismo em situações de recusa ou de falha na utilização de instrumentos, buscando alternativas. - agiu com naturalidade e respeito transmitindo 		<ul style="list-style-type: none"> - Ficou um pouco perdida por não haver queixa da paciente. Faltou contato visual com a paciente no início da entrevista. Faltou orientação sobre aleitamento e preparo do mamilo. (ID167m) - não conseguiu tranquilizar paciente, não usou conhecimento (epidemiológico, etiopatogenia) para isto. (ID172m) 		<p>Dificuldade de trabalhar com paciente sem queixas</p> <p>Conhecimento epidemiológico, etiopatogenia</p>

	segurança ao exame clínico; - percebeu suas limitações e tentou superá-las.				
Plano de intervenção	<p>Orientações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - deu encaminhamentos pertinentes à situação observada frente às necessidades de saúde identificadas e dentro dos níveis de promoção à saúde e prevenção de doenças e seus agravos. - registrou em receituário médico as orientações e/ou medicamentos necessários para a cura ou prevenção de agravos. - orientou sobre a importância da amamentação e preparo dos mamilos durante a gestação (saúde da mulher). <hr/> <p>Fechamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica se a pessoa e responsáveis apresentam dúvidas quanto às orientações e encaminhamentos realizados e se está de acordo com o proposto. - Despede-se da pessoa e dos responsáveis demonstrando interesse e responsabilização no encaminhamento das ações que visam atender as necessidades de saúde identificadas. 	<p>Então eu vou passar pro meu professor provavelmente nós vamos fazer isso eu vou pedir pra marcar o retorno pra senhora assim que tiver o resultado dos exames, para gente poder ver direitinho ta, mas enquanto isso eu gostaria que a senhora pudesse em casa fazer um pouco de atividade física, caminhada, o que a senhora quiser no ritmo da senhora, ta bom. A senhora tem alguma dúvida (SSE4a)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rever as ações sociais da equipe de saúde.(ID163^a). - aluna não compareceu.(ID186a) - manter concentração na coleta de dados, não relacionou HMA com insuficiência urinária, esteve insatisfatório no plano de cuidado, investigação inadequada ao plano terapêutico.(ID222a) - lembrar do psicossocial como algo inseparável é maior que o biológico puro.(ID174m) - observar a maior necessidade de saúde apresentada/ observada. - Fiquei muito em dúvida sobre o "S". O estudante tem boa sequência para o exame e demonstra habilidade na maioria dos sistemas. Porém os detalhes observados requerem ser revistas algumas técnicas que possam estar sendo utilizadas na vida real na unidade de saúde.(ID181m) - Lembrar sempre do aspecto da integralidade (ver o todo) a qualquer paciente, independente da queixa (não deter na parte, lembrar de todo); considero aspectos mais sutis que não justificam (!) nesta situação.(ID184m). - aluna não compareceu.(ID186m) - trabalhou aspectos relacionados aos princípios do SUS (integralidade) (ID225m). - o aluno relata que durante as 4 semanas que passou pela UBS e nas 2 semanas que ficou numa USF não foi estimulado para complementar seu conhecimento teórico 	<p>E ai, o que você achou de você mesmo (SSP4a). Não, não achei, foi um erro espetacular (SSE4a).</p> <p>Ta bom, então vamos comentar alguma coisa: Bem eu acho que assim, sequência dosar os aspectos que você deve abordar você abordou como você faz no dia a dia, mas eu acho que é bem aquilo que você já está sabe, que você já se habituou a fazer ao longo desse ano e por isso que eu quero até a isso você fez com sequência quase deixou de examinar a tireóide que não dá para deixar de examinar a tireóide hoje em uma mulher acima dos trinta anos por causa da frequência de doença de Hashimoto por isso tem que ficar sempre atento nisso e até ela fez um comentário a técnica precisa dar uma aprimorada nisso um pouquinho mais de delicadeza não precisa apertar muito e sempre tem que deglutir não dá para examinar a tireóide a não ser que seja um baba de um bôcio que não te deixa dúvida nenhuma, mas você fez a sequência você abordou a maioria dos sistemas e aparelhos não vi se você fez a compulsão (SSP4ma).</p> <p>É eu perguntei né (SSE4ma).</p> <p>Você perguntou? Você perguntou sobre as vias urinárias. A técnica da pressão arterial isso é um vício já que a você não faz a parte palpatória por isso que você fica com dúvida por que você insufla muito e fica mais baixa ainda quanto mais você insufla mais baixo ela aparece ela aparece por isso que a técnica palpatória hoje tem se procurado não deixar de fazer mesmo em qualquer lugar no dia a dia em consultório particular ta lembra disso ai que é importante, e uma coisa que eu vejo hoje na avaliação e a gente fica tenso mesmo mas em uma prova de residência mesmo você chega e começa o exame ginecológico você não olhar se a janelas estão fechadas se o ambiente está protegido eles podem mandar você parar ali mesmo isso é requisito para prova prática então presta atenção nisso se eu estou perto da janela mesmo que seja uma avaliação e sempre com um paciente simulado pode ser com um real como no EAPP, então você olha a janela percebe como está o ambiente já está bem disposto a iluminação por exemplo nos aqui estamos sem o foco mas num local de residência se não tiver o foco, não vem instalado uma luzinha no espelho precisa de uma iluminação então presta atenção nisso nós estamos sem aqui é uma falha nossa mas por limite (\$) né mas em uma prova de residência não vai ta, vai estar o foco e se não tiver você ó por favor providencia o foco para mim por que eu não consigo enxergar né, ta só para te alertar. Bom eu acho que está satisfatório teu exame eu acho que algumas coisa que precisa aprimorar ta</p>	<p>Ações sociais da equipe Não articulação dos dados com o diagnóstico</p> <p>Inadequação do Plano terapêutico</p> <p>Dimensões do cuidado</p> <p>Dúvida sobre o conceito final na avaliação do EAPP</p> <p>Integralidade do cuidado</p> <p>Princípios do SUS</p>

			<p>sobre pré-natal. Me propus a aceita-lo na UBS para um período de recuperação no tocante ao pré-natal. (ID228m).</p> <ul style="list-style-type: none"> - realiza uma consulta bem completa, não se esquece do contexto de vida da criança, da família. Examina com cuidado e respeito. Tem bom raciocínio clínico e dá os retornos e orientações necessárias. (ID179c). - estudante precisa melhorar o exame físico. (ID181c). - aluna não compareceu. (ID186c) - a aluna faz questionamentos pertinentes, usando boa comunicação verbal e não verbal, consegui compreender a necessidade de saúde do paciente e deu orientações com maturidade e segurança de forma adequada (ID214c) - ficou pouco tensa, mas estabeleceu boa relação com a mãe e deu retornos adequados. (ID223c) - Estudante precisa estruturar melhor a história clínica. Atenção especial no exame físico. (ID225c). - o estudante não investigou contexto familiar, não avaliou carteira de vacina e não conseguiu tranquilizar a mãe em relação as suas dúvidas quanto amamentação. Fez diagnóstico sindrômico inadequado, solicitando exames complementares sem pertinência. (ID229c) 	<p>ok, então está bom, então assina aqui, ta certo, ta certinho mas também pode entrar um pouco mais na emoção viu, não precisa pular a emoção do paciente não claro o que ela demonstrou ela não se demonstrou uma pessoa extremamente deprimida, outro dia tinha uma paciente que contou uma história parecida na semana passada só que ela foi o ponto que pegou ela a do marido essa nem tanto essa até é mais sossegada mas a outra queria matar o marido se fosse ver como conter (SSP4ma).</p>	<p>Não aceitação do conceito final</p> <p>Estágio na rede não foi suficiente para conhecimento do estudante</p> <p>Raciocínio clínico</p> <p>Tensão, stress</p> <p>Diagnóstico inadequado e exames complementares incoerentes com o quadro apresentado</p>
Comen- tários do estu- dante			<ul style="list-style-type: none"> - planos de cuidados foram realizados durante a anamnese e exame físico e poderiam ser consideradas. (IE200a). - orientação e avaliação criteriosa do avaliador foram 	<ul style="list-style-type: none"> - Eu acho que já fui melhor na verdade, tinha um monte de perguntas, eu tinha que introduzir o desenvolvimento neuropsicomotor nos antecedentes pessoais, e eu esqueci, então assim, geralmente não acontece isso, mas aconteceu hoje. Aí pensando num diagnóstico específico aí eu lembrei e voltei. (SSEM4c) - Eu achei estranho, porque assim você não houve nada, 	<p>Avaliação importante para desenvolvimento do estudante</p> <p>Comparação da</p>

			<p>importantes para meu desenvolvimento acadêmico. (IE216a).</p> <p>- não concordo com a avaliação. Durante as técnicas de exame estas não foram avaliadas de perto, se prendendo no fechamento e no meu nervosismo (IE222a).(1ª avaliação); - concordo com a avaliação (IE222a).(2ª avaliação)</p> <p>- A avaliação deveria ser realizada com 2 profissionais para garantir imparcialidade da avaliação. (IE167m). concordo com a avaliação (IE222m)</p> <p>- uma simulação com bonecos não ajuda na seqüência do exame físico. (ID181c).</p> <p>- concordo com a avaliação (IE222c)</p> <p>- a prática simulada atrapalha o desempenho do aluno durante o exame físico. Não dá para montar um raciocínio de atendimento, nem ter noção da fisiologia, pois a criança é um paciente que não pode verbalizar e e vemos em pequena quantidade em comparação o aluno (ID225c).</p> <p>- na UBS em que passei, o professor assistente não observou nenhuma vez realizar a história clínica e exame físico, impossibilitando-me de corrigir minhas falhas durante o estágio. (ID229c)</p>	<p>não vê nada, não acha nada (se referindo ao manequim - bebe), assim do exame físico que costumo fazer no posto, geralmente alguém fazia comigo, aí fazia peso, altura, perímetro cefálico, ausculta pulmonar, cardíaca, examino abdome, genital, por último, o mais incômodo né, otoscopia, orofaringe. É isso, tudo o que eu fazia no posto. (SSEM4c)</p> <p>- É que eu não sabia se era para fazer ou não. Nas orientações fiquei em dúvida, não sabia se era para fazer o diagnóstico. A gente não faz isso com a mãe no posto, a não ser falar assim da alimentação, das coisas assim, mas geralmente a gente faz isso com o médico do posto. É mas aqui é assim mesmo, tínhamos combinado que você faria um diagnóstico geral, global da criança.</p> <p>E. Para mim, o diagnóstico patológico não dá, IVAS, Pneumonia não dá, porque eu não tenho dados do exame físico.</p>	<p>atividade realizada no EAPP com a da atenção básica</p> <p>Discordância da avaliação</p> <p>Avaliação – reflexão</p> <p>Avaliação com 2 avaliadores – critérios – a subjetividade</p> <p>A dificuldade do uso de manequins para exame físico (criança)</p> <p>A dificuldade do acompanhamento das atividades diárias – falhas diárias - correção</p>
--	--	--	---	---	---

* Escala de desempenho do Exercício de Avaliação da Prática profissional (EAPP) – 4ª série, FAMEMA, 2007.

Medicina - 6ª série – saúde do adulto

Desem- Penhos	* Instrumento do EAPP	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante			Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
	História clínica		S	I	NA		
	Realiza etapas da história: identificação, história pessoal, história social, grau de dependência para as atividades diárias, medicamentos em uso, história familiar, história da moléstia atual, revisão dos sistemas e aparelhos (tegumento, cabeça, olhos, ouvidos, nariz, boca, oro-faringe, sistemas: respiratório, cárdio-respiratório, cárdio-circulatório, digestório, urinário, reprodutor, endócrino, hematológico, locomotor, aparelho psíquico).	<p>O que está acontecendo com você Rita (SSE6ma)?</p> <p>E já faz uns dois meses que a senhora está assim. E está tomando algum remédio para isso (SSE6ma)?</p> <p>Aconteceu alguma coisa na sua casa, na sua vida familiar que tem deixado a senhora mais nervosa, que tem resultado nesses sintomas da senhora (SSE6ma)?</p> <p>Oh. Então D. Rita com a senhora está tudo bem, não tem que chame a atenção, esse quadro da senhora parece estar relacionado à família, certa ansiedade de todo esse problema que está acontecendo com o seu marido, uma sobrecarga de coisas em cima da senhora, da parte cardíaca, não há nada assim que nos preocupa nesse momento, a senhora não tem nenhum fator de risco assim, para uma doença cardíaca, a não ser o fato de seu pai ter um enfarto, mas a senhora é nova, da parte do exame físico está tudo normal e os sintomas que a senhora tem não se assemelham aos sintomas de uma pessoa que tem um enfarto. Esses sintomas são mais típicos de estar com uma ansiedade generalizada, que dá esse quadro que a senhora está tendo, está bom (SSE6ma)?</p>	X			<p>- Orientação do professor antes de iniciar a atividade: Você atenderá a paciente e terá 40 minutos, aí tem as orientações para a estação em que você será avaliado, tem 40 minutos para desenvolver a tarefa, no cenário da UBS e a paciente se chama Rita. (aluno olhando as orientações que estão à mesa e professor sentado em frente do estudante). (SSDM6a)</p> <p>- E aí? Você ficou inseguro em relação à conduta final? Fiquei um pouco, um pouco. (SSDM6a)</p> <p>- O quadro dela parece mesmo uma ansiedade? (SSDM6a)</p> <p>- É tem uma ansiedade, tem uma cardiopatia familiar, a história do marido com esse problema, tudo isso. (SSEM6a)</p> <p>- A história que você coletou e o exame físico, você descartaria com segurança uma doença isquêmica? Você acha que tipo de exame te apoiaria para reforçar sua hipótese, o que daria para atender uma hipótese no caso de ansiedade?</p> <p>- Eu acho que essa dor não é uma dor típica, demora uma hora, poderia ter investigado alguma coisa, tipo um teste de esforço, mas inicialmente não vejo necessidade. Vou iniciar com um ansiolítico para ver se ela tem melhora, agora se ela não tiver melhora para investigação. (SSEM6a)</p> <p>- E qual foi à insegurança em relação ao tipo de medicamento especificamente? (SSDM6a).</p> <p>- Eu não me lembrava bem da posologia e aquela história tomar ansiolítico para o resto da vida, intolerância, então ela toma quando precisa. (SSDM6a)</p>	<p>Orientação inicial</p> <p>Avaliação dialogada</p> <p>Insegurança</p> <p>Cobrança de diagnóstico</p>

		Essa medicação que a senhora toma melhorou, é um calmante, fique tranqüila, seria interessante a senhora continuar com essa medicação, continuar com o tratamento, vir freqüente aqui e colocar essas angústias da senhora. Se colocar e desabafar, esse problema do seu marido, assim que resolver, com certeza vai melhorar esse problema que a senhora está passando. A senhora quer perguntar alguma coisa (SSe6ma)?				<p>- A proposta seria passar e depois reavaliar. Reavaliar e tentar conduzir o bendiazepínico de acordo com o contexto que você mesmo indicou. Seria isso mesmo? Isso. (SSDM6a)</p> <p>- Em relação ao desempenho,, os dados da história clínica, você contemplou praticamente todos os únicos itens, a revisão dos sistemas e diversos aparelhos, você poderia ter investigado outros sistemas, se havia alteração em alguns deles, é você investigou intestino, mas poderia cabeça, olhos, ouvidos, o próprio respiratório, ela tinha uma queixa, você poderia ter investigado. Outros sistemas, só esse detalhe. Os outros critérios de anamnese você contemplou de forma bastante satisfatória. Em relação ao exame físico, simular o cuidado de lavar as mãos, que é um cuidado que você deve ter antes de iniciar o exame, aqui não tinha nada próprio par isso, mas simular isso para lembrar disso. Em relação ao exame físico geral, você realizou de forma bem apropriada, dados antropométricos, apesar de não ter balança, mas você perguntou peso e altura, poderia ter coletado algumas medidas de dados gerais no exame físico geral. Isso o que ficou faltando no geral. No específico, fez do tórax apropriado, da cabeça e pescoço, cardio-circulatório, verificou pulsos periféricos inclusive, que é importante, o diagnóstico diferencial, que você chegou e acho que no final, você já apontou a questão da segurança para tentar conduzir, e envolvê-la na questão da decisão que ela está tomando, para que ela pudesse participar mais, pode estimular isso. Contar com a equipe em termos de promoção e prevenção da saúde, pode abordar alguma coisa. Acho que foi isso, mas no final é satisfatório. Boa sorte. (SSDM6a)</p>	<p>terapêutica</p> <p>desempenho do estudante Biossegurança</p> <p>Exame físico geral e específico</p> <p>Ações de Promoção e prevenção</p>
	Comunica-se clara e objetivamente						
	Estabelece uma melhor relação médico-paciente		X				
	Desenvolve capacidade de observação		X				

	Respeita o paciente		X				
	Exame clínico		X				
	Prepara o ambiente e o paciente para realização do exame clínico		X				
	Utiliza equipamentos necessários com medidas de bio-segurança (mãos lavadas, avental abotoado).			X			
	Realiza técnica do exame:			X			
	Geral (inspeção, percussão, palpação, ausculta).		X				
	Roteiro de exame do estado geral		X				
	Sinais Vitais e Parâmetros Antropométricos		X				
	Descrição Geral		X				
	Especial (aplicado ao caso)		X				
	Sistema tegumentar, linfoganglionar, cabeça e pescoço, respiratório, cárdio-circulatório, digestório, urinário e reprodutor, locomotor, neuromuscular, osteoarticular.		X				
	Reconhece alterações dos sistemas		X				
	Tomada de decisão no plano dos cuidados e da terapêutica		X				
	Seleciona os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico (custo-efetividade)		X				
	Apoia suas decisões em evidências encontradas na literatura		X				
	Considera o contexto sócio-econômico na tomada de decisão clínica		X				
	Incorporam no plano do cuidado ações de promoção e prevenção em saúde		X				
	Identifica o problema no plano do cuidado ações e participa da sua resolução com o apoio da equipe			X			
	Permite ao paciente participar do processo de tomada de decisão		X				
	Elabora prescrição que permita o entendimento do plano terapêutico pelo paciente		X				
	Raciocínio clínico-epidemiológico		X				
	Apresenta seu raciocínio sustentado no conhecimento científico disponível		X				
	Integra conhecimentos epidemiológicos e de fisiopatologia		X				
	Utiliza os achados relevantes da história e exame clínicos		X				
	Desenvolve raciocínio diagnóstico		X				
	Reconhece e eleje, por prioridades, os hiatos de conhecimento referente ao caso.		X				

Medicina - 6ª série – saúde da mulher

Desem- Penhos	* Instrumento do EAPP	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante			Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
			Conceitos				
	<i>História clínica</i>		S	I	NA		
	Realiza etapas da história: identificação da paciente queixa principal, história da doença atual, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes menstruais, antecedentes sexuais, antecedentes obstétricos, corrimento, antecedentes mamários, revisão dos sistemas (ISDA)	<p>Dona Susana, como eu disse, meu nome é L... a gente vai conversar um pouquinho. A senhora tem 39 anos, é isso (SSE6m)?</p> <p>Vou lavar minha mão e vou examiná-la (SSE6mm).</p> <p>Então existem algumas patologias que a gente tem que pensar, em relação à idade da senhora, porque a senhora ainda está em reprodução e algumas coisas que a gente tem que descartar, por exemplo, um câncer a gente tem que descartar, a gente vai ter que fazer alguns exames, para ver, ta bom. Fora isso tem algumas coisas que são benignas no útero. Um mioma, por exemplo, pode ter só um aumento disso, mas que não dá para ver só pelo exame físico, tem que fazer um exame mais específico. Agora existem tratamentos clínicos, dependendo do que vier como resultado do exame pode ser feito, mas também a gente não pode descartar desde agora uma cirurgia para a retirada desse útero. A senhora tem a intenção de engravidar, por exemplo (SSE6mm)?</p>	X			<p>- professor se apresenta a estudante e vice-versa Eu sou médico ginecologista obstetra que vai estar hoje aqui com você nessa avaliação. Ta bom, pode se sentar. (SSDM6m)</p> <p>- nós temos uma paciente que chama Susana tem 39 anos, ela é uma atora e está aqui fora, essa será sua paciente. Ta bom. A qual você vai interagir com ela, vai fazer um interrogatório, depois vai fazer um exame físico, depois vai montar suas hipóteses diagnósticas, e depois pedir exames complementares, firmar a hipóteses diagnóstica, ou vários diagnósticos, e tecer uma terapêutica junto a paciente. Só que o interrogatório é com o ator e o exame físico é no manequim, porque a especialidade é ginecológica, o exame físico geral eu te forneço e o exame físico ginecológico você junto da paciente, e te forneço o real. Ta bom. (SSDM6m)</p> <p>- uma pergunta. Você ainda não passou na ginecologia. (SSDM6m) Não passei.</p> <p>- você fica à vontade. Deixa só eu te colocar mais uma coisinha. Você percebeu que nesse consultório não tem nenhum lavabo, não tem nenhum bidê, nenhum banheiro, não tem nada, é tudo aqui fora do qual você dispõe dele. Fique à vontade. (SSDM6m)</p> <p>- a anamnese posso dizer que foi boa, o interrogatório. Quando você parte para o exame clínico, o exame físico, em ginecologia jamais se examina uma paciente com a bexiga cheia, porque o órgão que alberga nossa hipótese diagnóstica que é o útero, ele fica entre</p>	<p>Apresentação</p> <p>Orientações iniciais</p> <p>Interrogatório – entendimento da história clínica</p> <p>Abre espaço para pergunta</p> <p>Questiona estudante se já passou pela clinica que fará avaliação</p>

		<p>Dependendo da patologia se tira o útero, ou um pedaço dele, dependendo do diagnóstico que a gente vai fazer, mas eu não posso ainda descartar o que a gente vai fazer se vai precisar fazer a cirurgia. Dos exames que eu pediria, tem essa história de que a senhora está perdendo sangue, e a senhora está um pouco descorada, eu começaria por um hemograma, que a gente vai ver se a senhora tem alguma anemia, para ver o útero (dentro) uma coisa mais específica, eu pediria histeroscopia, é um exame que vai e vê dentro do útero se tem alguma coisa e pediria uma biópsia desse útero, seja de uma parte, então ele vai visualizar, com uma parte dele para a gente fazer a biópsia. A gente também pode pedir um ultrassom, a senhora vai fazer um hemograma, vai primeiro fazer um ultrassom para ver como é a característica desse ultrassom, não vai nos dar o diagnóstico, mas vai nos guiar para ver como é esse útero, um ultrassom transvaginal, depois desse ultrassom transvaginal, eu pediria esse outro que é para fazer a biópsia. A senhora está entendendo SSE6mm)?</p>			<p>a bexiga e o reto, e a cada 100 ml eu altero 1 cm a posição dele, por isso ele pode estar aumentado e você pode ter sensação errôneas, dependendo dessa bexiga. Então, é onde falseia o seu diagnóstico. Então esse é um erro que normalmente se comete, e você não deve mais cometer, tá bom. Então você não vai mais cometer quando passar lá conosco. Aí então foi onde eu dei aqui o insuficiente. (SSDM6m)</p> <p>- depois seleciona os recursos de apoio e diagnóstico, terapêutico, custo e efetividade. Não. Quando você vai direto para histeroscopia. Não. Primeiro. Qual é a rede do SUS que tem histeroscopia? Eu garanto para você que não tem, pelo SUS, não. Mas particular está cheio. Então imagina, ela vai ter que deslocar nesse meio e vai retardar teu diagnóstico, e ela está há seis meses sangrando de 10 a 13 dias, então vai raciocinando. Então era isso, de custo e efetividade, onde eu realmente eu tirei. Aí você começou a montar um raciocínio, pode ser um caso porque o útero está aumentado, então eu vou fazer um ultrassom, ótimo. Então eu vou fazer um hemograma, não para ver hematócrito, hemoglobina, nem anemia, porque ela está descorada, então você precisa dos outros elementos sanguíneos, esses sim reticulócitos, plaquetas, então você precisa de outros elementos, porque ela sangra, mas ela sangra por um desvio menstrual. (SSDM6m)</p> <p>- Achei muito bom que você não pediu hormônio, olha fenomenal, ótimo, eu quero acreditar que você saiba o porquê você não pediu. (SSDM6m)</p> <p>- Na hora em que você vai tecer uma terapêutica, então aí também fica um pouquinho a desejar, então, o que eu preciso que você melhore aqui na história, no exame físico ótimo, é pensar um pouquinho mais no raciocínio diagnóstico. Ver o que fisiológico e o que é fisiopatológico. E aí o que você espera dos exames, e o</p>	<p>Técnica – exame físico específico</p> <p>Diagnóstico – risco de errar</p> <p>Recursos para realizar diagnóstico</p>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>que você pode fazer se eles acontecerem assim, explicando para a paciente. (SSDM6m)</p> <p>- O que você achou de passar do ser humano para o manequim? Eu não acho que seja bom, por exemplo, o espelho, o fato de você examinar no paciente, nesse sentido é mais fácil, eu acho que você não esquece você dá mais atenção, sei lá, acho que enroscou o espelho porque é um boneco, e aí já te dá um nervoso, aí já muda já, o que você faria se fosse à realidade. Eu acho que acontece um viés, não sei. Com certeza seria diferente se eu tivesse feito numa paciente.</p> <p>- O que você acha de passar do manequim para o ser humano? (SSDM6m) Eu também acho que é difícil. Uma hora não é nada e daí ela já pergunta do diagnóstico assim. Acho que quando é só a paciente, você vai traçando um raciocínio diagnóstico melhor, a hipótese diagnóstica melhor. Com certeza eu acho que pequei mesmo na hipótese diagnóstica. Tem que mudar muito rápido de um cenário para outro. (SSDM6m)</p> <p>- eu vou tentar no final do ano trazer o paciente real do ambulatório para vocês fazerem a prova. (SSDM6m)</p> <p>- E como você se sentiu sem ter passado pela ginecologia, fazendo uma prova de ginecologia e sem ter o embasamento do teórico? Um outro momento eu já fiz um teste, como no 4º ano, você vê que você tem um progresso, mesmo não tendo agora no sexto, ter passado no quinto acho que já foi um progresso, do 4º para o sexto já foi um progresso muito grande, mas eu acho que mais uma vez atrapalha no raciocínio diagnóstico. Para você pensar o diagnóstico, você tem que saber o diagnóstico. Você tem que saber a teoria, porque você não vai pensar naquilo, eu pensei em algumas coisas que são clássicas, mas ela pode ter algumas coisas que não sejam tão</p>	<p>SUS x privado</p> <p>Custoxefetividade</p> <p>Fisiológico x fisiopatológico Real x manequim Viés realidade x simulação</p> <p>Dificuldade com o real também</p> <p>vontade do professor Cobrança mesmo sem ter passado pela área</p> <p>Progresso ano a ano – evolução</p> <p>Teoria auxiliando no diagnóstico – estudo, conhecimento</p> <p>Prejuízo do estudante por não ter passado pela atividade</p>
--	--	--	--	--	--	---	--

						comuns, e eu não vou pensar, porque não sei sobre o assunto. Então acho que é isso, o médico que estuda mais, talvez saiba fazer diagnóstico melhor e talvez trate melhor. Nesse sentido acho que fui prejudicada. Quem passou e viu e estudou, tenha mais amplo o diagnóstico. A hipótese diagnóstica. - Eu acho que você foi precisa e repetiu exatamente o que eu tenho dito em todas as avaliações (SSDM6m) - Por incrível que pareça você entendeu (SSDM6m)	
	Comunica-se clara e objetivamente		X				
	Estabelece uma melhor relação médico-paciente		X				
	Desenvolve capacidade de observação		X				
	Respeita o paciente		X				
	Exame clínico		X				
	Prepara o ambiente e o paciente para realização do exame clínico			X			
	Utiliza equipamentos necessários com medidas de bio-segurança		X				
	Realiza técnica do exame geral (inspeção, percussão, palpação, ausculta), sinais vitais		X				
	Realiza a técnica: abdômen (gravídico e não gravídico); altura uterina, circunferência abdominal, batimentos cardíacos fetais, manobras de Leopold (gravídico); mama – inspeção estática e dinâmica, palpação / de axila, expressão de papila, trato genital inferior – órgãos genitais externos (inspeção), trato genital inferior – exame especular, coleta de citologia oncológica, toque vaginal		X				
	Reconhece alterações dos sistemas		X				
	Tomada de decisão no plano dos cuidados e da terapêutica		X				
	Seleciona os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico (custo-efetividade)			X			
	Apoia suas decisões em evidências encontradas na literatura		X				
	Considera o contexto sócio-econômico na tomada de decisão clínica			X			
	Incorpora no plano do cuidado ações de promoção e prevenção em saúde		X				
	Identifica o problema no plano do cuidado ações e participa da sua resolução com o apoio da equipe			X			

	Permite à paciente participar do processo de tomada de decisão		X				
	Elabora prescrição que permita o entendimento do plano terapêutico pela paciente		X				
	Raciocínio clínico-epidemiológico		X				
	Apresenta seu raciocínio sustentado no conhecimento científico disponível		X				
	Integra conhecimentos epidemiológicos e de fisiopatologia			X			
	Utiliza os achados relevantes da história e exame clínicos		X				
	Desenvolve raciocínio diagnóstico		X				
	Reconhece e elege, por prioridades, os hiatos de conhecimento referente ao caso		X				

Medicina - 6ª série – saúde da criança

Desem- Penhos	* Instrumento do EAPP	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante Conceitos			Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
			S	I	NA		
	Realiza etapas da história: identificação, história pessoal, história social, grau de dependência para as atividades diárias, medicamentos em uso, história familiar, história da moléstia atual, revisão dos sistemas e aparelhos (tegumento, cabeça, olhos, ouvidos, nariz, boca, oro-faringe, sistemas: respiratório, cardíaco-respiratório, cardíaco-circulatório, digestório, urinário, reprodutor, endócrino, hematológico, locomotor, aparelho psíquico)	<p>Esse negócio de leite fraco não existe, todo leite da mãe ele é forte, ele é para nutrir a criança. Depois disso você não chegou a diminuir a quantidade (SSE6mc)?</p> <p>Mas pode tirar isso da sua cabeça. Isso não existe, todo o leite de peito, ele é forte, ele é feito para criança. Para nutrir a criança tem as vitaminas, as proteínas, para proteger a criança tem as imunoglobulinas, tudo está lá para nutrir a criança. Ta (SSE6mc)?</p> <p>Não, não, ficar aqui com a gente, vamos iniciar, um sorinho para ele para ver se ele toma você falou para mim que ele está vomitando bastante. Então vamos ver como ele vai reagir. Vamos dando aos poucos. Vamos avaliando, vamos introduzindo, a gente introduz um pouco, vamos ver como ele se comporta e se necessário faremos outras intervenções. Vamos ver se ele está engolindo, porque não adianta nada a gente dar e ele vomitar tudo de novo. Então você fica aqui com ele, a gente vai começar esse sorinho, você fica aqui com ele, Ta bom, depois a gente vê, dependendo de como evoluir a gente vê, se vai ser necessário ou não internar. Ta certo. Porque a desidratação dele já está moderada (SSE6mc).</p>	X			<p>- professor orienta atividade: você vai fazer história e exame físico, conversar com a paciente, se tiver alguma conduta, como se eu não tivesse aqui, se você precisar de algum recurso auxiliar que não tem na Unidade de Saúde, você vai sair, procurar, encaminhar, conversar com alguém, isso daí você decide. Faz como que eu não tivesse aqui, a única parte que vou interferir vai ser no exame físico. Você vai examinar você vai simular, o como você teria que fazer. E para eu não ficar interrompendo item por item, depois você me fala como faria no exame físico. Depois te passo a descrição do exame físico que eu tenho. (SSDM6c)</p> <p>- Você terá 45 minutos, está bem? (SSDM6c)</p> <p>- pode deixar que te aviso nos 10 minutos finais. (SSDM6c)</p> <p>- Respira fundo agora. Às vezes na sequência dos exames, das perguntas você acaba se perdendo, isso aí a gente leva em consideração, a gente sabe disso, em geral a sua história foi tranquila importante na pediatria essa interação com a mãe da criança, com a criança, a condição da paciente, onde ela mora, no exame físico não vi grandes dificuldades. (SSDM6c)</p> <p>- É estava difícil. É eu (professor) sei. É difícil às vezes você expressar para a gente, às vezes você fizesse de uma maneira mais tranquila se fosse ao real. No geral você fez de uma maneira legal, talvez tenha faltado um pouquinho, a inspeção inicial. Quando vocês passam pelo pronto socorro, é o que a gente comenta com vocês, que o exame começa quando a gente vê a criança no colo da mãe, você vê que é</p>	Entende situação do estudante

		<p>Como a gente vai avaliar, a gente vai vendo isso como ele vai aceitando. A gente vai vendo o retorno venoso se está menos demorado, se as fontanelas, não estão deprimidas, a gente vai avaliando. Qualquer coisa mais problemática acha que se não der resultado aí a gente tem que passar para outros passos, certo. Pode ser que seja necessária internação dependendo de como ele evolua ou não (SSE6mc).</p>			<p>importante olhar um pouquinho ali para a criança, ver a postura dela, como estão os membros, como estão fletidos, está largada, está próstata, como está? Eu perderia um tempo maior nessa inspeção e um detalhezinho na hora da ausculta cardíaca que talvez tenha sido mesmo até pela dinâmica de, tem uma sequência, e isso aí vejo que vocês fazem na prática também com frequência, em geral a gente para vocês comecem, mitral, tricúspide, aórtico, pulmonar, ou ao contrário, mas sempre de baixo para cima ou de cima para baixo. (SSDM6c)</p> <p>- Mas tranquilo, não vou colocar nada de insuficiente, ou melhor, insatisfatório. Só uma coisinha antes da consulta, você dá uma checada na sua sala para ver se falta alguma coisa, papel, exames, as coisas tudo bem. Você fez uma coisa legal que eu vejo que o pessoal não tem feito lavar a mão, eu sei que às vezes o pessoal não consegue fazer no dia a dia, porque às vezes não tem a pia em todas as salas. Mas tem que sempre lembrar, a gente tem as normas lá de controle de infecção que não pode usar relógio, brinco grande, mas tem que lembrar. É importante, mas foi tranquila, outra coisa que coloquei satisfatório foi selecionar os recursos diagnósticos terapêuticos. Lembrar você está numa UBS, é um comentário, nem vou falar que é o meu, e se você está numa UBS nem sempre, você vai ter o espaço para ficar observando a criança. Você não tem uma sala estruturada e aí você tem que encaminhar para um serviço de referência, que aí faria toda uma observação. Que diagnóstico que você iria colocar para ela então?</p> <p>- Tem algumas coisas do exame que me preocuparia, o estado geral, talvez até precisasse descrever o que é esse estado geral, se a gente considerar que uma criança está irritada, com alteração de perfusão, um paciente que</p>	<p>Interação</p> <p>empatia</p> <p>real x simulado</p> <p>Comparação</p> <p>Avaliação – conceito – a dificuldade do I Biossegurança de controle de infecção Recursos diagnósticos/ terapêuticos Serviço de referência Conduta Protocolos</p>
--	--	--	--	--	---	--

						tem uma perda importante, uma perda de peso de mais de 10%, um paciente que eu indicaria a hidratação endovenosa, por alteração periférica, isso é uma coisa que preocupa isso é uma crítica, que a sociedade de medicina faz até ao manual do Ministério, porque o que eles consideram como desidratação grave, aquilo é choque hipovolêmico. Aí você tem que ser rápido no tratamento, a infusão rápida parenteral de soro fisiológico para o tratamento. (SSDM6c) - Então eu deixei insatisfatório, foi só a preparação do ambiente, uma coisa menor, e essa parte da seleção dos recursos. Ta bom, mas foi tranquilo. (SSDM6c).	
	Comunica-se clara e objetivamente		X				
	Estabelece uma melhor relação médico-paciente		X				
	Desenvolve capacidade de observação		X				
	Respeita o paciente		X				
	Exame clínico		X				
	Prepara o ambiente e o paciente para realização do exame clínico			X			
	Utiliza equipamentos necessários com medidas de bio-segurança (mãos lavadas, avental abotoado)		X				
	Realiza técnica do exame:		X				
	Geral (inspeção, percussão, palpação, ausculta)		X				
	Roteiro de exame do estado geral		X				
	Sinais Vitais e Parâmetros Antropométricos		X				
	Descrição Geral		X				
	Especial (aplicado ao caso)		X				
	Sistema tegumentar, linfoganglionar, cabeça e pescoço, respiratório, cárdio-circulatório, digestório, urinário e reprodutor, locomotor, neuromuscular, osteoarticular)		X				
	Reconhece alterações dos sistemas		X				
	Tomada de decisão no plano dos cuidados e da terapêutica		X				
	Seleciona os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico (custo-efetividade)			X			
	Apoia suas decisões em evidências encontradas na literatura		X				
	Considera o contexto sócio-econômico na tomada de decisão clínica		X				
	Incorpora no plano do cuidado ações de promoção e prevenção em saúde		X				
	Identifica o problema no plano do cuidado ações e participa da sua resolução com o apoio da equipe		X				
	Permite ao paciente participar do processo de tomada de decisão		X				
	Elabora prescrição que permita o entendimento do plano		X				

	terapêutico pelo paciente						
	Raciocínio clínico-epidemiológico		X				
	Apresenta seu raciocínio sustentado no conhecimento científico disponível		X				
	Integra conhecimentos epidemiológicos e de fisiopatologia		X				
	Utiliza os achados relevantes da história e exame clínicos		X				
	Desenvolve raciocínio diagnóstico		X				
	Reconhece e elege, por prioridades, os hiatos de conhecimento referente ao caso		X				

Medicina - 6ª série – pequena cirurgia

Desem- Penhos	* Instrumento do EAPP	Desempenho do estudante	Registro do professor no formato 3 – do desempenho do estudante Conceitos			Devolutiva do professor ao estudante e vice versa	Idéias/ele- mentos centrais
			S	I	NA		
	Avalia a resposta do paciente frente à terapia adotada e reconhece a possibilidade de repetir o esquema na persistência da FV	<p>Eu só queria saber se ele chegou inconsciente (SSE6mpc).</p> <p>Continua massageando e ambuzando. Mudou o ritmo? Voltou. Agora vou fazer umas manobras de recuperação, estabilizar o paciente, vou ver se está hipotenso, vou monitorar, oxigênio, verificar os acessos. Se estiver hipotenso fazer volume (SSE6mpc).</p> <p>Agora vou examiná-lo. Agora que voltou o ritmo vou fazer o ABCDE (SSE6mpc).</p> <p>Agora vou partir para a investigação, consegui estabilizá-lo, já repuz volume, não sei se não tenho que fazer um anti-arritmico, estou em dúvida com esse ritmo (SSE6mpc). Bom agora que ele está estabilizado, partiria para investigação secundária. Como ele é um poli-traumatizado, ele tem chance de ter um trauma cervical. Vou pedir um RX cervical, tórax e bacia inicialmente. Como a gente não sabe do trauma abdominal, talvez uma lavagem abdominal, e se for positivo indicar uma laparotomia exploratória. Agora para o choque sinceramente eu não sei qual a conduta (SSE6mpc).</p>	X			<p>- professor orienta atividade: o cenário de prática é uma sala de urgência e se tem uma manequim que irá simular um paciente que sofreu um choque elétrico e se encontra inconsciente. (SSDM6pc)</p> <p>- se identificam e se cumprimentam</p> <p>- Bom você já leu lá fora as instruções? (SSDM6pc)</p> <p>- daremos aqui o primeiro atendimento e se você quiser começar.</p> <p>- Como é o nome dele? Não sei já chegou inconsciente. (SSDM6pc)</p> <p>- Então você identificou a parada, realizou a estabilização, executou o choque e a conduta apropriada, reconheceu a necessidade de adrenalina, lidocaína, vasodilatadores. As consequências do choque você teve dificuldade de identificar. A sondagem que você não fez e está diretamente relacionada ao trauma. (SSDM6pc)</p> <p>- professor foi checando junto com a estudante cada item da folha de avaliação o que ela realizou e porque não realizou dificuldade encontrada. (SSDM6pc)</p> <p>- Choque eu realmente eu não sei. (SSE6mpc)</p> <p>- Então é uma coisa para você estudar. (SSDM6pc)</p> <p>- parabéns.</p>	<p>Procedimento técnico – certificação</p> <p>Check list</p> <p>Reconhece o que não sabe Avaliação momento para reconhecer o limite</p>
	Avalia o sucesso hiper-hidratação endovenosa, fundamentado no volume da diurese (70-100mL/h) e identifica a mioglobínúria, associando-a a complicação do trauma		X				
	Diante do sucesso da RCP, avalia as consequências do choque elétrico			X			

	Discute a fisiopatologia do comprometimento renal pelo choque elétrico			X			
	Executa 1 seqüência de três choques, respectivamente 200J, 300J e 360J		X				
	Executa choque de 360J, repetindo a cada 1 minuto		X				
	Expõe o paciente e previne hipotermia		X				
	Identifica a necessidade de intubação traqueal, reconhece os materiais e a técnica, bem como contra indicações		X				
	Identifica a necessidade de punção venosa com cateter teflon nº 14 ou 16, para medicações.		X				
	Identifica a PCR e inicia o Suporte Básico de Vida		X				
	Indica a necessidade de ventilação mecânica com Ambú e suporte de oxigênio de 12 a 15 litros/min.		X				
	Realiza a avaliação neurológica utilizando a regra mnemônica AVDI		X				
	Realiza a avaliação secundária e conhece a necessidade de exames complementares: RX de coluna cervical, tórax e bacia e o tratamento definitivo.		X				
	Realiza a monitorização cardíaca e identifica a FV		X				
	Reconhece a necessidade de hiperidratar o paciente com Ringer com lactato (2000mL em bolus)		X				
	Reconhece a necessidade de medicar com Adrenalina ou Amiodarona EV		X				
	Reconhece a necessidade de medicar com Lidocaína ou Vasopressina EV		X				
	Reconhece a necessidade de realização de sondagem vesical de demora e de sonda gástrica, atentando para os sinais de contra indicação para os procedimentos			X			
	Estabelece relação profissional – paciente e com a família, considerando os preceitos éticos e de cidadania.				X		