Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde: problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde – o caso do INCA

Rio de Janeiro
2025

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde: problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde - o caso do INCA

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Sociais e Humanidades.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Saléh Amado

Rio de Janeiro

2025

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

R484 Ribeiro, Nélia Beatriz Caiafa
Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde – o caso do INCA / Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro. – 2025.
201 f.

Orientador: Luiz Antonio Saléh Amado.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades.

1. Avaliação da aprendizagem– Teses. 2. Residências multiprofissionais – Teses. 3. Instituto Nacional de Câncer (Brasil) – Teses. I. Amado, Luiz Antonio Saléh. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades. III. Título.

br CDU 37.013

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde: problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde – o caso do INCA

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Sociais e Humanidades.

Aprovada em 05 de setembro de 2025.

Banca Examinadora:

_____
Prof. Dr. Luiz Antonio Saléh Amado (Orientador)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

_____
Prof.ª Drª. Camila Avelino Cardoso
Universidade do Estado do Rio de Janeiro /UERJ

_____
Prof.ª Drª. Arlinda Barbosa Moreno
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – Fiocruz

_____
Prof.ª Drª. Cristina Maria Toledo Massadar Morel
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) - Fiocruz

_____
Prof.ª Drª. Marcia Cavalcanti Raposo Lopes
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) - Fiocruz

Rio de Janeiro

2025

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, meus exemplos de vida!

AGRADECIMENTOS

Sobretudo agradeço a Deus, pela oportunidade de uma experiência singular.

Ao meu marido, Antônio, por me encorajar e pela paciência durante minhas ausências.

Aos meus filhos Alexandre e Philipe, e à minha nora, Iasmin, pelo incentivo constante, e por acreditarem mais do que eu mesma.

Aos meus irmãos, Wagner (*in memorian*), Jackson e Newton, pelo estímulo desde os primeiros passos da minha evolução profissional.

Ao meu orientador, Prof. Saléh, pelo carinho, pela paciência e pela dedicação com que me guiou ao longo desta jornada.

À Léa Carvalho, pelas muitas conversas encorajadoras e estimulantes, que tornaram meu percurso mais leve.

Ao Mario Jorge, por acreditar no potencial do meu trabalho e me motivar para sua realização.

À Maria Gilda, pela leitura atenta dos textos que produzi, e por me auxiliar com extrema competência na organização e realização do trabalho de campo.

Aos novos amigos que fiz no percurso do doutorado, em especial Elaine e Eugênio, pelas experiências vividas.

Aos colegas do INCA, particularmente aos colegas da Multi, e também aos colegas da Etis, pelo convívio diário e pelo estímulo à realização do trabalho de pesquisa.

À Rosilene Pinheiro, cuja amizade e torcida fizeram a diferença.

À Mabel Krieger pelas preciosas orientações para submissão do projeto na Plataforma Brasil.

À Mariana Acorse, pelo profissionalismo na revisão das referências.

Às professoras Arlinda Moreno, Camila Avelino, Cristina Morel e Márcia Lopes, pela valiosa contribuição na qualificação de meu projeto e na finalização desta pesquisa.

A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

RIBEIRO, Nélia Beatriz Caiafa. ***Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde**:* problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde. 2025. 201 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Esta tese busca identificar os limites e as possibilidades da avaliação da aprendizagem prática nos programas de residência em área profissional da saúde do Instituto Nacional do Câncer (INCA), discutindo o modo como preceptores e residentes se relacionam com as práticas avaliativas e com eventuais alterações do processo. Para tanto, foram realizados grupos de discussão compostos, separadamente, por representantes do corpo docente-assistencial e por residentes. O referencial teórico-metodológico foi a Análise Institucional, e a pesquisa-intervenção, que pressupõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. O estudo aborda os modelos de práticas e de formação em saúde, com vistas a embasar a compreensão do modelo de formação adotado no INCA. Aborda, também, distintas visões teóricas sobre avaliação da aprendizagem, com destaque para autores que discutem práticas avaliativas de caráter formativo, e a avaliação da aprendizagem como dispositivo pedagógico produtor de subjetividade. Os efeitos do ensino em serviço nas residências em saúde são debatidos com base em estudos que relacionam as condições de saúde e o sofrimento gerado pelo trabalho e no trabalho. Estão também em debate nesta pesquisa os fatores que limitam o trabalho docente em saúde e, ainda, a Educação Permanente em Saúde como espaço ativo para processos de ensinagem. O estudo traz reflexões buscando contribuir para o sucesso da formação profissional oferecida pelo INCA. A tese afirma a necessidade de percebermos a avaliação como uma estratégia auxiliar na formação profissional em saúde. E, por fim, destaca a importância de a Instituição definir o lugar que o ensino ocupa entre as suas prioridades, oferecer suporte institucional para as ações de ensino, além de reconhecer e valorizar o trabalho dos profissionais que exercem função docente, de tutoria e preceptoria.

Palavras-chave: avaliação da aprendizagem prática; residência em saúde; residências multiprofissionais.

ABSTRACT

RIBEIRO, Nélia Beatriz Caiafa. *Assessment of learning in health professional practices:* problematizing evaluative processes in residency programs within health-related professional fields. 2025. 201f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Centro de Educação e Humanidades,, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

This thesis aims to identify the limits and possibilities of the assessment of practical learning, discussing how preceptors and residents of the residency programs in professional health areas at the National Cancer Institute (INCA) relate to assessment practices and possible changes in the process. To this end, discussion groups were conducted, separately composed of representatives of the teaching-care staff and composed of the residents. The theoretical-methodological framework adopted was Institutional Analysis and research-intervention, which presupposes a micropolitical intervention in the social experience. The study addresses models of practice and health education, aiming to support the understanding of the training model adopted at INCA. It also explores different theoretical perspectives on learning assessment, highlighting authors who discuss formative assessment practices and the assessment of learning as a pedagogical device that produces subjectivity. The effects of in-service teaching in health residency programs are debated based on studies that relate health conditions and the suffering generated by and within work. This research also discusses the factors that limit teaching work in the health field and considers Permanent Health Education as an active space for teaching-learning processes. The study offers reflections aimed at contributing to the success of the professional training provided by INCA. The thesis affirms the need to view assessment as a supportive strategy in professional health education. Finally, it highlights the importance of the Institution defining the place that education holds among its priorities, offering institutional support for teaching activities, and recognizing and valuing the work of professionals who perform teaching, tutoring, and preceptorship roles.

Keywords: practical learning assessment; health residency; multiprofessional residencies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Métodos de Avaliação em Ambientes da Prática Clínica (W*ork-based assessment* - WBA)	89
Figura 1 –	Pirâmide de Miller incluindo a identidade profissional	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Análise Institucional
ABEM	Associação Brasileira de Ensino Médico
ABO-RJ	Associação Brasileira de Odontologia Seção Rio de Janeiro
Cacon	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAT	*Communication Assessment Tool* (Avaliação de Comunicação)
CEDC	Coordenação de Ensino e Divulgação Científica
CEDI	Comissão de Equidade, Diversidade e Inclusão
Cemo	Centro de Transplante de Medula Óssea
Coens	Coordenação de Ensino
Coremu	Comissão de Residência Multiprofissional
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DACom	Departamento de Atividades Comunitárias
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
Delst	Divisão de Ensino *Lato Sensu* e Técnico
Diess	Divisão de Ensino *Stricto Sensu*
DOPS	*Direct Observation of Procedural Skills* (Observação Direta de Procedimentos)
EaD	Ensino a Distância
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
Etis	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfª Izabel dos Santos
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
ICT	Instituição de Ciência e Tecnologia
IES	Instituição de Ensino Superior
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
Mini-CEX	*Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini Exercício Clínico Avaliativo)

Miniex	Miniexercício Clínico Avaliativo
Mini-PAT	*Peer Assessment Tool* (Ferramenta de Avaliação por Pares)
MS	Ministério da Saúde
NOTTS	*Non-Technical Skills for Surgeons* (Habilidades Não Técnicas para Cirurgiões)
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSATS	*Objective Structured Assessment of Technical Skills* (Avaliação Estruturada Objetiva de Habilidades Técnicas)
OSCE	*Objective Structured Clinical Examination* (Exame Clínico Objetivo Estruturado)
P-Mex	*Professionalism Mini-Evaluation Exercise* (Exercício de Mini-Avaliação de Profissionalismo)
PPGCan	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e Controle do Câncer
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-RJ	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
RAP	Registro de Atividades Práticas
RBC	Revista Brasileira de Cancerologia
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
R1	Residente do primeiro ano de residência
R2	Residente do segundo ano de residência
SAES	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Seitec	Serviço de Educação e Informação Técnico-científica
Segac	Serviço de Gestão Acadêmica
SES-RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WBA	*Work-based assessment* (avaliação em ambientes de prática)

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	**FORMAÇÃO PROFISSIONAL E MODELOS DE ENSINO EM SAÚDE.**	21
1.1	**Um olhar para o passado**	21
1.2	**Formação profissional na saúde: caminhos percorridos**	24
1.2.1	O modelo biomédico de prática e de formação em saúde	26
1.2.2	Uma nova ótica vem afirmar que nunca fomos flexnerianos	31
1.2.3	Novos ares na formação para a saúde	33
1.2.4	Integralidade como noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas	34
1.3	**Instituto Nacional de Câncer: uma história de 85 anos**	37
1.3.1	Resgatando memórias	37
1.3.2	Tecendo considerações	41
2	**AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE**	45
2.1	**Múltiplas facetas para a avaliação. Quais os seus significados?**	45
2.2	**Sobre instrumentos de avaliação da aprendizagem**	54
2.3	**Os dispositivos pedagógicos e a produção de subjetividade. (Primeiras) Aproximações**	58
2.4	**Avaliação da aprendizagem nos programas de residência em área profissional da saúde como experiência de si. Uma quimera?**	65
3	**PROCESSOS AVALIATIVOS DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE**	68
3.1	**Efeitos do ensino em serviço nas residências em saúde**	68
3.2	**O trabalho docente e a avaliação das práticas profissionais em saúde: basta mudar os passos da dança se o ritmo da música não se alterou?**	72
3.3	**Preceptor: quem é esse profissional de saúde-educador do século XXI?**	76
3.4	**Sobre processos avaliativos da aprendizagem das práticas profissionais**	80
3.5	**E as residências em saúde?**	85
4	**O TRABALHO DE CAMPO: ANALISANDO RELAÇÕES**	98
4.1	**Sobre o contexto pesquisado**	99
4.2	**Primeiros movimentos**	102
4.3	**O processo dos encontros**	103

4.4 Percepções quanto aos processos avaliativos..... 108
4.4.1 A perspectiva dos preceptores..... 108
4.4.2 A visão dos residentes..... 134
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 156
REFERÊNCIAS 166
APÊNDICE A- Roteiro para o grupo de discussão com preceptores..... 182
APÊNDICE B- Roteiro para o grupo de discussão com residentes..... 183
APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido para os preceptores..... 184
APÊNDICE D- Termo de consentimento livre e esclarecido para os residentes. 188
ANEXO A- Organização curricular dos programas de residência multiprofissional e residência em física médica 192
ANEXO B- Instrumento para registro de atividades práticas (RAP) 2019..... 194
ANEXO C- Instrumento para registro de atividades práticas (RAP) 2025..... 197
ANEXO D- Módulos e campos de prática Enfermagem, Odontologia e Serviço Social..... 200

INTRODUÇÃO

Esta tese é resultante de uma parte importante da minha trajetória como profissional da saúde. As experiências vividas ao longo dos caminhos trilhados trouxeram rupturas que me levaram a assumir o desafio de mudar radicalmente de direção e me voltar para o campo da formação em saúde. Nesse sentido, convido o leitor a conhecer um pouco dessa trajetória para compreender as implicações nas relações estabelecidas com as instituições que vêm permeando essa trajetória profissional e de vida, a partir do referencial da Análise Institucional, referindo-me aqui às implicações no sentido exposto por Romagnoli e Paulon (2014, p. 27) de que "a implicação não diz respeito à noção de comprometimento ou relação pessoal com o campo, ao contrário, a análise de implicação fala do coletivo em nós, do impessoal se desgarrando do sujeito e sua história individual na relação com o campo de pesquisa".

Graduei-me em Odontologia em 1983 pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Durante mais de 25 anos, atuei na clínica odontológica fazendo e refazendo trabalhos restauradores. Quando cursei a universidade, a área da saúde tinha como base o modelo de atenção de projeto neoliberal, denominado por Mendes (1995) de médico-assistencial privatista, cuja prática se caracterizava por ser curativa, individual, assistencialista e especializada, e no qual ações de saúde pública e atenção médica eram uma dicotomia. Contudo, na década de 1970 surgiu um movimento contra hegemônico liderado por profissionais da saúde insatisfeitos com as práticas de saúde predominantes, o movimento da Reforma Sanitária que, no decorrer dos anos 1980 ganhou sustentação. Houve, então, naquele período, um enfrentamento entre dois projetos político-sanitários, o da Reforma Sanitária e o neoliberal (Scorel, 1998). Minha formação universitária se deu nesse contexto, em que o ensino na saúde assumia o modelo neoliberal de base curativa, individual, assistencialista e especializada.

Com o passar do tempo, fazer e refazer trabalhos restauradores já não mais me fazia brilhar os olhos. Assim, na busca por alternativas que me trouxessem novamente esse brilho, em 1998, cursei especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), o que trouxe novos horizontes ao meu percurso profissional. Paralelamente a isso, iniciei atividade voluntária na Associação Brasileira de Odontologia Seção Rio de Janeiro, no Departamento de Atividades Comunitárias (DaCom/ABO-RJ), onde passei a desenvolver ações de educação em saúde em comunidades, lecionar em cursos para capacitação de multiplicadores em saúde bucal e cursos de qualificação de Auxiliar de Consultório Dentário, atualmente denominado Auxiliar em Saúde Bucal. Exerci,

ainda, atividade docente no curso de Especialização em Saúde Coletiva ofertado pela ABO-RJ, e em cursos de capacitação para cirurgiões-dentistas atuarem no Programa Saúde da Família (PSF) quando houve a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB), por intermédio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000.

Em 2002, ingressei na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), via concurso público, ocupando o cargo de sanitarista, sendo lotada na Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (Etis), integrante da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Esta Escola apresentou uma perspectiva absolutamente nova para mim no que se refere à formação em saúde: uma proposta pedagógica com metodologia diferenciada, na qual o estudante tem voz, tem seus saberes valorizados e, sobretudo, os processos avaliativos são indissociáveis do processo ensino-aprendizagem. Essa nova atividade profissional estimulou-me a cursar, em 2006, a Especialização em Educação Profissional em Saúde e, por fim, o Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, concluído em 2010, na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, na Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Aos poucos, percebi que o afastamento das atividades clínicas seria inevitável. Meu percurso estava sendo definitivamente alterado.

Desde 2011, venho atuando profissionalmente também no Instituto Nacional de Câncer (INCA), inicialmente como consultora para elaboração do plano de curso de especialização pós-técnica em Enfermagem em Oncologia e, posteriormente, dos planos de curso dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Em 2012, passei a atuar como bolsista institucional e, a partir de 2015, como servidora pública, lotada na Coordenação de Ensino, atuando na gestão pedagógica dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e nos cursos livres de aperfeiçoamento.

Na medida em que passei a me dedicar às atividades de ensino, a avaliação da aprendizagem ganhou nova dimensão, pois passei a ser, além de avaliada, também avaliadora. Mais tarde, já no INCA, a responsabilidade de desenvolver instrumentos para registro da avaliação da aprendizagem prática nas residências em área profissional da saúde, fez com que a avaliação assumisse ainda mais relevância e complexidade.

A experiência que venho vivenciando ao longo de 12 anos junto aos programas de residência no INCA tem estimulado algumas reflexões. Nas oficinas realizadas para elaboração do plano de curso dos programas de residência foi necessário discutir conceitos da área da educação, uma vez que os envolvidos não tinham, em sua maioria, qualquer formação nesse sentido. Ao discutirmos a avaliação da aprendizagem então realizada, foi unânime no grupo a decisão de mudar os instrumentos para registro da avaliação das práticas profissionais

utilizados, no sentido de conferir-lhes um caráter mais amplo, qualitativo. Nesse percurso, nos momentos de avaliação dos programas, outras mudanças foram acontecendo, mas sempre mantendo o cunho qualitativo.

Os instrumentos, em todas as suas versões, foram construídos coletivamente, por representantes das comissões de ensino de todas as categorias profissionais envolvidas nos programas. Contudo, apesar disso, era perceptível a dificuldade de utilização desses instrumentos por parte dos preceptores, mesmo aqueles que participaram das discussões para a sua elaboração. O excesso de trabalho e a falta de carga horária para dedicação às atividades de ensino são algumas das justificativas para a sua não utilização com o propósito para o qual foram elaborados: realizar avaliação formativa da aprendizagem dos residentes nos campos de prática. Mas, não seria falta de compreensão sobre a proposta?

Em 2019, iniciou-se uma série de encontros com os preceptores para discutir a utilização dos instrumentos de avaliação nos campos de prática. Os resultados foram surpreendentes, no sentido de que todos reafirmavam o potencial dos instrumentos então vigentes como auxiliares para a aprendizagem dos residentes. A chegada da pandemia de Covid-19, em 2020, veio interromper esse ciclo de encontros, e outras prioridades surgiram para dar conta do programa. Nesse contexto, a avaliação da aprendizagem perdeu espaço de discussão, levando à proposição de um novo modelo de instrumento, no qual o aspecto quantitativo passa a predominar.

Decidi, então, buscar no doutorado possíveis respostas para as mudanças de percurso identificadas, definindo como objeto de pesquisa a avaliação da aprendizagem prática nos três programas de residência em área profissional da saúde do Instituto Nacional de Câncer.

Para melhor compreensão por parte do leitor, cabe aqui uma explanação sobre a organização dos programas de residência no Brasil. As residências em saúde constituem-se em dois grupos: programas de residência médica e programas de residência em área profissional da saúde. No Brasil, as residências médicas remontam à década de 1940, com a criação dos programas do Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo e do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Todavia, apenas em 1977, a residência médica foi regulamentada como modalidade de pós-graduação em medicina, por meio do Decreto nº 80.281 de 05/09/1977 (Brasil, 1977), que criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com a finalidade de fiscalizar e de regulamentar esses programas (Sousa, 1985).

Os programas de residência em área profissional da saúde foram criados em 2005, a partir da promulgação da Lei n° 11.129, podendo ser multiprofissionais ou uniprofissionais (Brasil, 2005). Esses programas são regidos pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), no âmbito do Ministério da Educação, e abrangem os egressos

das seguintes áreas de formação na graduação[1]: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, saúde coletiva e física médica.

No INCA, além de 18 programas de residência médica ativos, mais quatro programas de anos opcionais e áreas de atuação de residência médica, há três programas de residência em área profissional da saúde: um de residência multiprofissional em oncologia e dois uniprofissionais de residência em física médica, sendo um com ênfase em imagem e outro com ênfase em radioterapia.

É importante assinalar que, apesar de sua história com cursos de especialização caracterizados pelo ensino em serviço voltados a diversas categorias profissionais da saúde, somente em 2010 o INCA se lançou à experiência de um programa multiprofissional voltado a diversas categorias profissionais da saúde. Assim, os programas de especialização *lato sensu* existentes na instituição se integraram a um programa de residência único. "Longe de ter sido um processo simples, essa mudança gerou profundas transformações no processo de ensino" (Lima *et al.*, 2017, p. 115), pois sua base passou de práticas uniprofissionais a uma prática interdisciplinar e multiprofissional, como resultado de uma construção coletiva do corpo docente assistencial e discentes para atender ao novo modelo de qualificação profissional proposto para a rede de atenção ao paciente oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS).

O plano de curso desses programas foi elaborado em 2011, por meio de uma série de oficinas realizadas nas dependências do Instituto, contando com a participação de profissionais de todas as categorias profissionais que compõem os programas. Este plano de curso contempla um eixo transversal, que aborda conteúdos comuns e necessários a todas as categorias profissionais que constituem os programas, e oito eixos específicos, que se referem aos conhecimentos inerentes a cada área profissional. Sete categorias profissionais compõem o programa de residência multiprofissional: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Embora sejam distintos da residência multiprofissional, os programas de residência em física médica se integram a esta nas atividades do eixo transversal, fortalecendo o processo de formação em equipe multiprofissional (INCA, 2024a).

Os programas de residência em área profissional da saúde são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades locais e regionais, e contam com dispositivos legais que orientam sua condução, como a Portaria Interministerial nº 1.077 de 12

[1] De acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS Nº 16, de 22 de dezembro de 2014 (Brasil, 2014a).

de novembro de 2009[2], que os define como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de especialização, caracterizada pelo ensino em serviço (Brasil, 2009). A carga horária total é de 5.760 horas, sendo 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos, distribuída de forma que 20% são destinadas a atividades teóricas e 80% a atividades teórico-práticas e práticas.

No que diz respeito ao processo de avaliação da aprendizagem, a legislação específica orienta que "a avaliação do desempenho do residente deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição" (Brasil, 2014).

Neste ponto, chego ao objeto desta pesquisa que são as práticas avaliativas desenvolvidas nos espaços de aprendizagem da prática profissional nos programas de residência em área profissional da saúde.

Avaliação da aprendizagem é um tema amplamente abordado por diversos autores que trazem diferentes perspectivas sobre o assunto, desde as mais tradicionais até as mais progressistas. Por certo, mesmo com toda a vasta literatura que encerra ideias inovadoras acerca do tema, avaliar a aprendizagem de estudantes ainda é, para muitos, uma atribuição permeada por sentimentos que se traduzem para uns em sensação de poder e, para outros, em sensação de incapacidade e limitação. Quando se trata de profissionais da área da saúde que, de modo geral, não possuem na sua formação qualquer capacitação para exercer atividades de docência e, menos ainda, para atividades de preceptoria, a avaliação da aprendizagem assume contornos ainda mais complexos.

Cabe ressaltar que, ainda que guardem semelhanças, docência e preceptoria são funções diferentes. A Resolução CNRMS Nº 2/2012 orienta que o docente é aquele profissional que participa do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas[3]. Já o preceptor

---

[2] Revogada pela Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021.

[3] Segundo a Resolução CNRMS Nº 3/2010:
Atividades práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das áreas profissionais da saúde.
Atividades teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, visando à aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos que possibilitem a elaboração de modelos teórico-práticos.
Atividades teórico-práticas são aquelas em que se faz a discussão sobre a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas, por meio de simulação em laboratórios e em ambientes virtuais de aprendizagem e análise de casos clínicos ou de ações de prática coletiva.

caracteriza-se por ser o profissional que supervisiona diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, com formação mínima de especialista.

No que se refere ao campo de estudo definido para esta pesquisa, a avaliação da aprendizagem prática tem sido para mim importante motivação para estudos na busca por uma forma de avaliar que contemple não apenas o estabelecido pela legislação própria das residências, mas também, e particularmente, a percepção acerca do desenvolvimento do aprendizado do residente, com as devidas reorientações necessárias para o êxito do processo ensino-aprendizagem, quando se propõe uma avaliação de caráter formativo. Jussara Hoffmann (1989, p. 57) considera que "a avaliação é essencial à educação no seu sentido de problematização, de busca, de constante desequilíbrio, de dúvida". Para a autora, o professor que não se avalia sistematicamente, ou não avalia os diferentes aspectos da ação educativa baseia sua docência em verdades prontas.

Hoffmann (1989) afirma que há três princípios que devem apoiar uma defesa de concepção de avaliação adequada: 1) considerar a avaliação como uma série de episódios altamente significativos da trajetória do estudante, enquanto ele constrói seu conhecimento; 2) considerar esses momentos como um processo interativo, por meio do qual educadores e estudantes aprendem sobre si mesmos e sobre a realidade escolar; 3) conceber a avaliação com caráter filosófico e tecnológico. Filosófico por seu sentido de problematização, questionamento e reflexão, na medida em que no ato de avaliar está implícito um julgamento de valor. Tecnológico porque o julgamento de valor deve estar calcado na colheita e análise de dados precisos e significativos, não exclusivamente numéricos, pois um educador não deve renunciar a informações relevantes sobre os resultados da ação educativa, bem como necessita interpretá-las devidamente.

O objetivo principal desta pesquisa é colocar em discussão o modo como preceptores e residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA se relacionam com as práticas avaliativas e com eventuais alterações do processo. Para tanto, busco apoio no Movimento Institucionalista, cujas diferentes escolas, segundo afirma Baremblitt (2002), possuem como característica comum seu ideal de deflagrar, apoiar e aperfeiçoar os processos de autoanálise e autogestão dos coletivos sociais.

Como objetivos específicos, me propus a:

1. Promover discussão acerca dos processos avaliativos da prática na formação voltada para a excelência técnica em contraste com a proposta da integralidade do cuidado;
2. Colocar em análise as concepções de avaliação da aprendizagem praticadas pelos preceptores dos programas;

3. Colocar em análise o instrumento para registro de avaliação das práticas profissionais vigente.

Tendo em conta a perspectiva de Rocha (2006, p. 169-170) de que "o conhecimento se constrói entre o saber já elaborado e incorporado nos pressupostos do pesquisador e o fazer enquanto produção contínua que organiza a ação investigativa" e, ainda, que "o método na análise institucional não é só uma questão de procedimento, mas uma postura frente ao trabalho, ao outro, à vida" (Rocha, 2006, p. 169-170), a proposta desta pesquisa tomou como referencial teórico-metodológico a Análise Institucional e a pesquisa-intervenção como basilares à investigação.

Nas pesquisas tradicionais, de cunho positivista, cujos preceitos passam pela neutralidade, objetividade e universalização de saberes, o pesquisador, em nome da objetividade, tende a limitar o mecanismo de captação das informações, de modo que as respostas dos participantes interrogados se encaixem no que se deseja comprovar, e sejam emitidas sem efeito de aprendizagem (Rocha, 2006). Paulon (2005, p. 18) argumenta que

> o problema relativo à participação ativa das pessoas implicadas com uma pesquisa e da interferência dos dispositivos de investigação nos processos observados só pôde ser concebido como um problema de pesquisa com a superação das pretensões de neutralidade e objetividade tão promulgadas pelo paradigma positivista nas ciências.

Nesse contexto, surgiram as pesquisas participativas como crítica "às concepções conservadoras que regiam as ciências sociais, as quais dicotomizavam teoria/prática e sujeito/objeto na tentativa de neutralizar a ação do pesquisador" (Paulon, p. 18).

Contrapondo-se às pesquisas positivistas, o Movimento Institucionalista propõe a pesquisa-intervenção. Esta prática de pesquisa pressupõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social, aprofundando a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e ampliando as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, caracterizando-se como proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica. Propõe "criar dispositivos de análise da vida dos grupos na sua diversidade qualitativa, e isto significa que esta proposição investigativa tem como alvo o movimento, as rupturas que as ações individuais e coletivas imprimem no cotidiano" (Rocha, 2006, p. 171).

Para alcançar os objetivos propostos, foram realizados grupos de discussão compostos, separadamente, por representantes do corpo docente-assistencial e por residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA. Mais detalhes serão fornecidos na quarta seção.

Rocha (2006) orienta que o primeiro movimento para o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional é a constituição do campo de análise da investigação. No caso da presente pesquisa, a avaliação da aprendizagem das práticas profissionais, considerando o modo como têm sido historicamente organizadas as políticas envolvidas no seu funcionamento. O segundo movimento é a constituição do campo de intervenção: os programas de residência em área profissional da saúde do INCA, seus preceptores e residentes.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, na primeira seção discorro brevemente acerca dos modelos de práticas e de formação em saúde, incluindo o percurso do ensino no INCA, visando embasar a compreensão do modelo de formação adotado naquela instituição, e contribuir para a reflexão acerca dos objetivos da pesquisa.

Na segunda seção, visões teóricas no que concerne à avaliação da aprendizagem são o foco. Nesta, abordo os significados atribuídos à avaliação apresentando propostas de práticas avaliativas cuja finalidade seja acompanhar, compreender e favorecer a progressão constante da aprendizagem do estudante, partindo do pensamento de autores como Maria Teresa Esteban, Jussara Hoffmann e Cipriano Carlos Luckesi, dentre outros. Apresento, ainda, uma breve discussão sobre instrumentos de avaliação, abordando suas diferentes naturezas e características necessárias para um acompanhamento adequado do processo de aprendizagem do estudante. No que se refere à avaliação da aprendizagem como dispositivo pedagógico produtor de subjetividade, o suporte teórico se deu a partir de autores como Luiz Antonio Saléh Amado, Jorge Larrosa e Ángel Díaz Barriga para discutir a cultura avaliativa na contemporaneidade que segue a lógica da quantificação, não dando espaço para discussão sobre seu caráter subjetivante.

Cabe ressaltar que há vasta produção teórica na área de avaliação da aprendizagem. Contudo, no que diz respeito à avaliação de práticas profissionais, em especial em residências em saúde, a produção ainda é incipiente. Fechando esta seção expresso meu desejo de transformações na formação ofertada nos programas de residência no sentido de compor práticas pedagógicas na preceptoria que assumam o propósito de serem espaços de experiência no sentido que nos traz Larrosa-Bondía (2002, p. 24), “seja como território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço do acontecer”, no qual os sujeitos dessa experiência se definam por sua receptividade, disponibilidade, e abertura à sua própria transformação.

A seção seguinte, a terceira, está dedicada a discutir processos avaliativos da aprendizagem prática em programas de residência em saúde, campo não ainda bem delimitado, mas com algumas produções publicadas. Considerando que esses programas têm a Educação Permanente em Saúde (EPS) como fundamentação para o processo ensino-aprendizagem, faço articulações com esta política pública no que se refere à avaliação da aprendizagem nos

processos de qualificação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, apresento algumas produções recentes encontradas em buscas bibliográficas feitas a partir dos descritores avaliação da aprendizagem, avaliação educacional, avaliação do ensino, residência em saúde, residências multiprofissionais.

Na quarta seção está a análise do trabalho de campo, que envolveu preceptores e residentes dos programas de residência em área profissional da saúde.

Diferentes momentos do percurso desta investigação estão aparentes nesta análise. Monceau (2010, *apud* Romagnoli, 2014), afirma que tentar transformar uma instituição é fazê-lo de dentro dela e que para isso é preciso trabalhar a partir do que nos liga a ela, ou seja, a partir de nossa implicação. Um pesquisador implicado "ocupa um lugar privilegiado para analisar as relações de poder, inclusive as que o perpassam" (Romagnoli, 2014, p. 46).

De acordo com Romagnoli (2014, p. 50)

> Para a Análise Institucional, conforme Lourau (2004a), a implicação instaura uma dimensão de atravessamentos e transformações nas formas subjetivas e objetivas, com a certeza de que "o observador já está implicado no campo de observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transformando-o" (Lourau, 2004b, p. 82). Assim, o importante, para o pesquisador, é o que lhe é dado a perceber/intervir por suas relações sociais e coletivas, na rede institucional. Em contrapartida, para a Esquizoanálise, a implicação tenta captar a dessubjetivação, a exterioridade das forças que atuam na realidade, enfatizando as conexões, os agenciamentos, como composições revolucionárias para, micropoliticamente, colocar em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional.

Assim, com inspiração em Lago (2019), do lugar de pesquisadora implicada, em um cenário de mudanças constantes, que se dão ao sabor da macro e da micropolítica, busquei identificar no decorrer da pesquisa os limites e as possibilidades da avaliação da aprendizagem prática, não como parte da formação para os serviços de saúde, em que o residente é mão-de obra qualificada, inserida na escala de serviço, mas como integrante de um processo de formação em serviço, com aprendizagem no trabalho e reflexão sobre as práticas.

1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E MODELOS DE ENSINO EM SAÚDE

Esta seção tem como objetivo propiciar a compreensão da influência que o modelo de atenção à saúde – que se tornou hegemônico no mundo ocidental e, por conseguinte, constituiu-se nas bases para a formação em saúde como a conhecemos hoje – pode exercer nos processos avaliativos da prática profissional em saúde.

1.1 Um olhar para o passado

A arte de curar é uma prática existente desde os primórdios da história, com o objetivo de vencer as doenças que afligem a humanidade. Inicialmente, sob uma concepção mágico-religiosa, dependendo da cultura, personagens como sacerdotes, xamãs ou feiticeiros eram responsáveis por realizar rituais para expulsar os maus espíritos que se apoderavam das pessoas causando as doenças, ou mesmo por realizar algum tipo de procedimento cirúrgico rudimentar (Botti, 2009; Santos *et al*., 2013; Scliar, 2007).

Cruz (2011) esclarece que esta era a concepção de saúde-doença-cuidado dominante na Antiguidade. As causas das doenças eram entendidas como vindas de elementos naturais ou de espíritos sobrenaturais e seriam resultantes de violações feitas por indivíduos e coletividades. Para se reconectar com as divindades era necessária a ação dos sacerdotes, feiticeiros ou xamãs. As relações entre as pessoas e o mundo natural evolviam deuses, espíritos bons e espíritos maus, sendo a religião a base para a organização do cuidado.

A autora acrescenta que na China e na Índia originou-se a medicina holística, cujos fundamentos estão na noção de equilíbrio. Esta perspectiva traz a ideia de que deve haver uma proporção adequada entre saúde e doença, na qual a saúde seria o equilíbrio entre os elementos e humores que constituem o organismo humano, e a doença, um desequilíbrio desses elementos. A causa do desequilíbrio estava associada ao ambiente físico como os astros, o clima, os insetos, e outros elementos. O cuidado deveria, portanto, buscar um ajuste para a obtenção do equilíbrio entre corpo e elementos internos e externos.

As profissões da saúde, como hoje as conhecemos, têm suas raízes nas antigas práticas de cura e cuidados com a saúde que remontam aos povos ancestrais. No mundo ocidental, no decorrer da história, o desenvolvimento dessas profissões foi influenciado por avanços

científicos, descobertas médicas e mudanças socioeconômicas. Com o tempo, o desenvolvimento de estudos na busca por explicações racionais para tudo, inclusive para as doenças, fez com que a perspectiva mística fosse cedendo espaço para o olhar científico (Botti, 2009; Rocha-Magalhães *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2013).

Na antiguidade grega, a saúde era relacionada a divindades como Asclepius (a divindade da medicina), Higeia (a saúde), e Panacea (a cura). Havia valorização das práticas higiênicas e o pensamento de que tudo pode ser curado. Para os gregos, além dos procedimentos ritualísticos, a cura poderia ser obtida por meio do uso de plantas e de métodos naturais. A visão religiosa se modificou com Hipócrates, o pai da Medicina. Os vários textos que lhe são atribuídos traduzem uma visão racional da medicina, diferente da concepção mágico-religiosa. Ele via o homem como uma unidade organizada e a doença seria uma desorganização desse estado. A obra de Hipócrates caracteriza-se pela valorização da observação empírica. Para ele, a saúde era baseada no equilíbrio entre quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Sua obra se caracteriza pela valorização da observação empírica (Scliar, 2007).

No que se refere à educação, Santos (2015, p. 26) revela que na Grécia Antiga esta se dava dentro da visão educacional antropológica, na qual o homem era um ser racional e "buscava a pluriformação do homem, abarcando as esferas social, cultural, educacional e política. Esta forma de educar atribuiu ao homem sua identidade cultural e histórica, que visa a formação do cidadão e suas virtudes". A primeira instituição dedicada a estudos filosóficos e científicos na Grécia, a akademia ou Hekademeia, foi fundada por Platão, em 387 a.C.

Na Europa da Idade Média, sob a influência do cristianismo, a doença era entendida como resultante do pecado, sendo a cura uma questão de fé. O cuidado aos doentes era realizado por ordens religiosas, responsáveis por administrar o hospital, que não era um lugar de cura, mas lugar de abrigo e de conforto para os doentes (Scliar, 2007).

Como a Igreja detinha o controle da educação, a cultura pedagógica era voltada à transmissão dos seus ideais e ministrada em instituições religiosas. Para ter acesso ao ensino na Idade Média era necessária aprovação de autoridade eclesiástica. Todavia, a Igreja não facilitava este acesso. Em contraposição a isto, com o intuito de constituir centros de ensino, foram criadas associações de ensino, conhecidas como *universitas*, divididas em quatro áreas distintas chamadas faculdades, incluindo as Faculdades de Artes, de Direito, de Medicina e de Teologia. A faculdade de Artes conduzia o ensino das sete artes liberais (gramática, retórica, lógica, aritmética, geografia, astronomia e música). As demais se voltavam para áreas específicas do saber. A língua utilizada era o latim e havia grande rigor acadêmico. O método

de ensino se baseava em leituras e esclarecimento de ideias pelos professores e era costume haver debates públicos entre mestres e alunos, que eram denominados *scholastica disputattio,* dinâmica muito utilizada por São Tomaz de Aquino, conhecida como escolástica (Santos, 2015).

As primeiras instituições reconhecidas como universidades, segundo relata Almeida Filho (2020), foram a Universidade de Bolonha, em 1088, na Itália, e a Universidade de Paris, na França, em 1150. Após o Renascimento até o início do XIX, consolidou-se no mundo ocidental um modelo de educação superior destinado a formar profissionais para novas funções sociais (nos campos da mineração, comércio, engenharia, educação e saúde), além de serem gestores laicos para o Estado moderno. As instituições universitárias de grande porte, dominadas pela elite intelectual aristocrática, mantinham a tradição escolástica e resistiam ao avanço das ciências, enquanto os indivíduos que as formavam atuavam nas unidades denominadas faculdades.

Com a Idade Moderna a concepção religiosa de saúde se modificou. Naquela época, a química progredia seguindo os passos da alquimia, e influenciava a medicina. Paracelso (1493-1541), que defendia que as doenças eram causadas por agentes externos ao organismo, afirmava que, uma vez que os processos que acontecem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para tratar a doença seriam também químicos. Em decorrência do avanço da mecânica, René Descartes (1596-1650) acreditava em um dualismo mente-corpo, em que o corpo funcionaria como uma máquina. Concomitantemente, o interesse pela anatomia afastou a ideia de que a doença se devia ao desequilíbrio dos humores, passando a se localizar nos órgãos (Scliar, 2007).

Santos (2015, p. 34) explica que na modernidade as instituições educativas como família e escola sofreram alterações decorrentes da "reorganização social, cultural, ideológica e profissional" que ocorreram concomitantemente à separação entre Estado e Igreja. Essa época caracterizou-se por revoluções que envolveram a emancipação do indivíduo, modificação nos modos de vida, conceitos sociais, lutas de classe e pluralidade ideológica, culminando na Revolução Francesa. No início do século XVII, acompanhando as tendências da expansão científica, surgiu a "pedagogia realista"[4] que criou um novo modelo didático que preteria a transmissão puramente verbal do conhecimento voltando-se para a experimentação. Neste modelo deveria ser respeitada a personalidade distinta de cada indivíduo. A autora acrescenta

[4] Como representantes da pedagogia realista estão João Amós Comênio, Francis Bacon e John Locke (Alves; Salazar; Oliveira, 2018).

que a Idade Moderna se constitui na época que mais influenciou as práticas pedagógicas atuais e que o modelo da pedagogia realista influenciou a criação da Escola Nova na contemporaneidade.

Com a Revolução Francesa teve início a Idade Contemporânea e suas intensas transformações. A construção dos Estados-nação e a modernização social foram os pilares sobre os quais se alicerçaram as políticas de inovação educacional no final do século XIX e início do século XX. Estas apontavam para a educação pública como responsabilidade do Estado e a criação de sistemas nacionais de educação. Difundiu-se, então, a crença no poder da escola como fator de progresso, modernização e mudança social, introduzindo-se, entre outras premissas, o laicismo educacional (Santos, 2015).

Na saúde, os discursos sociais surgiram na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental. A Higiene, com normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produziu um discurso sobre a boa saúde, visivelmente na esfera moral. De outro lado, a proposta de uma Política Médica (ou Polícia Médica) estabeleceu a responsabilidade do Estado como definidor de políticas e regulamentos referentes ao coletivo da saúde, e como agente de controle da sua aplicação social. Sob outra perspectiva, a Revolução Industrial produziu grande impacto nas condições de vida e de saúde das populações. Com a organização das classes trabalhadoras, foram incorporadas às pautas das reivindicações dos movimentos sociais temas relativos à saúde (Paim; Almeida Filho, 1998).

1.2 Formação profissional na saúde: caminhos percorridos

Ainda que os textos que tratam do ensino em saúde se refiram, de modo geral, ao ensino médico, neste texto as duas expressões serão consideradas como equivalentes.

Mesmo sem continuidade ou homogeneidade entre diferentes culturas, a preocupação com a preparação profissional dos que cuidam da saúde das populações é uma constante na história da humanidade. Segundo Botti e Rego (2008), em épocas remotas, os candidatos à função de pajé nas tribos primitivas eram cuidadosamente selecionados e treinados. Assim como para a maioria das ocupações, o ensino da arte de curar iniciava-se de modo informal, com discípulos aprendendo as habilidades profissionais na relação com seus mestres. Na história da educação médica, sempre houve a figura de um profissional experiente, auxiliando na formação do futuro profissional.

Os autores relatam que na Europa do século XIV, na escola de ensino médico de Pádua, “para a obtenção do grau de doutor em medicina, era necessário, no mínimo, um ano de prática ao lado de um médico bem conhecido, além de três anos de estudos na faculdade e de outros requisitos” (Botti; Rego, 2008, p. 364). Nos Estados Unidos, durante o século XVIII e por longo período do século XIX, o treinamento médico se dava com os mais jovens estagiando com outros médicos, sendo a educação formal em escolas médicas mero complemento desse treinamento (Botti; Rego, 2008).

No Brasil Colônia, havia médicos formados em universidades da Europa, e também os que poderiam praticar a medicina sem a obrigatoriedade de frequentar qualquer estabelecimento de ensino. Nessa organização, médicos e cirurgiões eram acompanhados por aprendizes, cujo treinamento era centrado na experiência e na prática, sem ênfase teórica. Após determinado período de acompanhamento, quando os mestres os consideravam capacitados, os aprendizes prestavam exames junto às instâncias administrativas pertinentes para serem licenciados para a prática médica (Botti; Rego, 2008).

Almeida Filho (2020) em uma análise do impacto da reforma do ensino na França pós-revolução na configuração do modelo de formação em saúde no Brasil, afirma que tal modelo, baseado em profissionalismo, disciplinaridade e especialização, resultou num sistema de ensino superior sem universidades, refletindo-se, no Brasil, no “afrancesamento” do sistema educacional brasileiro. Para o autor, isto levou à construção de um modelo de formação em saúde baseado em faculdades, hospitais, aulas, disciplinas, especialidades e diplomas.

Sobre as bases desse modelo de formação e cuidado em saúde, sob uma perspectiva de descontinuidades históricas, Almeida Filho (2020) identifica três rupturas fundamentais nas matrizes de saberes e práticas de cuidado presentes na cultura ocidental. A primeira refere-se ao naturalismo hipocrático, que se consolidou a partir do pensamento aristotélico e foi posteriormente resgatado pela medicina árabe no século X. A segunda diz respeito ao Iluminismo racionalista, impulsionado pelos reformadores da modernidade na transição do século XIX. Por fim, a terceira envolve o surgimento do pragmatismo tecnocientífico aplicado, que se consolidou no início do século XX.

Almeida Filho (2020) relata que, no contexto de uma sociedade liberal pós-aristocrática resultante de um novo modo de produção, o sistema francês de ensino foi o modelo para povos subordinados à influência ideológica e cultural da França, principalmente na Europa meridional e nos países recém-saídos da condição de colônia, como o Brasil do século XIX. Nesse sentido, o autor reporta-se a Foucault (1979), em *O Nascimento da Clínica*, ao descrever a conjuntura da formação médica na França no final do século XVIII. Naquela época, marcada pelo declínio

da ordem aristocrática em um país devastado por guerras, desgoverno e fome, o ensino canônico na faculdade já não atendia às necessidades da prática médica. Estava sendo ensinado um tipo de medicina retórica, baseada em doutrinas distantes das descobertas científicas e das críticas filosóficas do Iluminismo. No âmbito institucional, havia um excesso de escolas médicas de baixa qualidade, em que as cátedras eram disputadas e negociadas pela nobreza decadente, que nelas via uma fonte segura de renda, já que os professores podiam ministrar cursos pagos. Além disso, fora das aulas, os estudantes compravam a preparação para os exames, o que tornava os estudos de alto custo. Para obter uma formação prática, o novo doutor precisava acompanhar um médico renomado em suas visitas, sendo necessário indenizá-lo, o que aumentava ainda mais os custos da formação.

O autor se diz impressionado como esta descrição do contexto do ensino médico na França no fim do século XVIII remete ao cenário do ensino médico norte-americano do início do século XX. Mais impressionante ainda, de certo modo, afirma, é que tal cenário continua atual no século XXI.

Pagliosa e Da Ros (2008) relatam que no início do século XX, nos Estados Unidos da América, a situação das escolas médicas estava mergulhada em caos. A necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina havia sido anulada em meados do século XIX, o que ocasionou a proliferação de escolas de medicina, que podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, sem a necessidade de estarem vinculadas a instituições universitárias ou de serem equipadas adequadamente. Os critérios para admissão e o tempo de duração dos cursos variavam e independiam da fundamentação teórico-científica.

1.2.1 O modelo biomédico de prática e de formação em saúde

No cenário de institucionalização das mudanças no ensino em saúde nos Estados Unidos, no início do século XX, em 1908, Henry S. Pritchett, Presidente da *Carnegie Foundation*, convidou Abraham Flexner, educador norte-americano, para dirigir um ousado programa de avaliação da educação superior nos EUA, começando pelo ensino médico. Flexner viveu na Europa durante alguns anos. Em consequência, a Europa e, especialmente, a Alemanha, exerceu profunda influência sobre sua obra. Lá escreveu seu primeiro livro, *The American college: a criticism*, no qual critica o sistema educativo norte-americano, publicado em 1908. Esta publicação resultou no convite do presidente da *Carnegie Foundation* para

realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, denominado *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, produzido por Abraham Flexner. Este estudo, publicado em 1910, ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report), o qual influenciou decisivamente a mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos da América, com profundas implicações para a formação em saúde no mundo (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 493).

O estudo realizado por Flexner constituiu-se na base para a construção do modelo de atenção à saúde, conhecido como modelo biomédico (Pagliosa; Da Ros, 2008). Araújo, Miranda e Brasil (2007) afirmam que este modelo, que se tornou hegemônico, apresenta como fundamento a divisão entre corpo e mente, desconsiderando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo saúde doença. Apesar de, atualmente, os princípios da integralidade[5] nortearem as políticas de formação em saúde, ainda hoje, o modelo biomédico influencia fortemente o ensino e a prática da medicina e, por extensão, das outras profissões de saúde.

Além da divisão entre corpo e mente, este modelo tem como características a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo; a centralidade no hospital e na doença; o distanciamento entre o profissional da saúde e o usuário; a extrema especialização e, no que diz respeito à formação profissional, uma visão mecanicista do corpo humano, na medida em que o compara a uma máquina composta de partes inter-relacionadas. A doença seria uma desorganização dessas partes, cujo conhecimento necessário ao tratamento é fragmentado e expresso em disciplinas isoladas (Aleixo, 2002; Almeida, 2001; Araújo; Miranda; Brasil, 2007; Camargo, 1996; Koifman, 2001; Lampert, 2001).

Pagliosa e Da Ros (2008) afirmam que ainda nos dias atuais o debate sobre as propostas de Flexner costuma ser bastante acalorado, com defensores e críticos trocando opiniões. Alguns o veem como o grande reformador e transformador da educação médica de todos os tempos, enquanto outros o consideram o principal responsável por consolidar um modelo de formação médica que nunca atendeu às necessidades de saúde das sociedades onde foi implementado, isto é, em praticamente o mundo todo. O termo flexneriano é frequentemente usado, muitas vezes de forma pejorativa, para descrever currículos que dividem claramente o ensino em uma fase inicial de disciplinas básicas, seguida de uma etapa dedicada aos estudos clínicos. Essa foi a proposta mais conhecida de Flexner, mas não a única. Seu modelo de educação médica resistiu

[5] O conceito de integralidade será abordado adiante.

por quase um século e ainda está presente na maior parte das escolas de medicina ao redor do mundo. Seu relatório é, sem dúvida, uma das publicações mais citadas na literatura especializada sobre educação médica. Na verdade, discutir a formação médica em qualquer parte do planeta, para o bem e para o mal, é quase impossível sem mencionar Flexner e seu relatório.

Os autores relatam, ainda, que

> Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 495).

Para além da situação específica dos Estados Unidos, o estado da arte da educação médica passava, em todo o mundo, por transformações significativas a partir da segunda metade do século XIX. O modelo francês, que havia se irradiado fortemente para o mundo a partir de 1830, vinha sofrendo influência do modelo alemão. No modelo francês, os alunos aprendiam ao lado do leito do paciente e treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas nos anfiteatros anatômicos no hospital. As pesquisas clínicas eram feitas na faculdade. O modelo de pesquisa médica alemã tinha como foco o laboratório, a hierarquia, a especialização e as pesquisas experimentais. No caso dos Estados Unidos, pelo fato de o modelo francês ter sido implementado de forma apenas parcial, as reformas propostas encontraram menor resistência (Pagliosa; Da Ros, 2008).

Pagliosa e Da Ros (2008, p. 496) relatam que a proposta de Flexner era a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico. Segundo os autores, de acordo com Flexner a doença é um processo natural, biológico e os aspectos social, coletivo, público e comunitário não são considerados como implicados no processo de saúde-doença. Os hospitais se constituiriam na principal instituição de transmissão do conhecimento durante todo o século XX. Às faculdades seriam destinados o ensino da parte teórica das especialidades e de laboratório nas áreas de anatomia, fisiologia, patologia. Em consequência, o único conhecimento seguro seria o científico, mediante a observação e a experimentação, numa postura positivista, e o método científico seria a forma legítima de produzir conhecimento.

Por outro lado, trazendo um contraponto, Pagliosa e Da Ros (2008) relatam que, em seu relatório, Flexner defende que as instituições de ensino são serviços públicos e faz uma crítica às escolas médicas comerciais, cujo objetivo é o lucro, e utiliza o conceito de patriotismo médico para que as escolas médicas cumprissem a obrigação moral de servir ao interesse público. Flexner faz, também, referência ao contexto ampliado de saúde, demonstrando consciência sobre os efeitos nas reformas educacionais propostas, e defende a distribuição geográfica de recursos humanos médicos e sua responsabilidade para com a sociedade, embora sob uma breve abordagem. Ainda nessa perspectiva, os autores afirmam que Flexner acreditava que, do ponto de vista pedagógico, as atividades práticas – tanto no laboratório quanto na clínica – eram as mais importantes para o aprendizado da medicina. Desde seus primeiros trabalhos, ele se opôs ao ensino baseado em conferências e na memorização, defendendo que a prática era fundamental para formar bons médicos. Por isso, alguns de seus mais fervorosos apoiadores o consideram o precursor das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tão em alta atualmente.

No entanto, esses autores afirmam que por ser empreendedor, inteligente e conectado às tendências do seu tempo, Flexner apenas foi oportunista, sabendo aproveitar as ocasiões[6]. Desse modo, mesmo que se considerem importantes as suas contribuições para a formação na saúde, o modelo proposto centrado na doença, unicausal, biologicista e hospitalocêntrico fez com que os programas educacionais em saúde adotassem uma visão reducionista, em que a educação médica se destinava aos mais capazes, inteligentes e dignos das elites.

A magnitude dos efeitos e a repercussão da divulgação do Relatório Flexner contribuíram para que muitos passassem a denominar a nova ordem de formação médica como modelo flexneriano, consolidando-se assim essa nomenclatura. No entanto, Pagliosa e Da Ros, (2008) acreditam que tal atribuição constitui um exagero e, por vezes, uma injustiça, uma vez que Flexner não fez mais do que legitimar, por meio de suas avaliações limitadas, um processo que já se encontrava em curso de forma irreversível: a consolidação do modelo científico na medicina.

---

[6] Sobre o método de avaliação das escolas médicas feita por Abraham Flexner pesaram fortes críticas. Considerando que ele vistoriou pessoalmente 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá em um período de 180 dias, e que, em suas próprias palavras, "em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei", pesquisadores dedicados à avaliação de programas definiram a avaliação feita por Flexner como um "passeio de mãos nos bolsos" pelos locais avaliados, em função de ter sido realizado por um único especialista, "em poucas horas" e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado. Todavia, apesar disso, esta foi a avaliação que se tornou o praticamente único instrumento para acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e no Canadá, com efeitos diretos em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX (Pagliosa; Da Ros, 2008, p. 494).

Segundo diversos autores[7], assim se deu a produção do modelo biomédico de atenção à saúde, com suas repercussões nos programas de ensino. No que se refere ao campo da educação, o modelo de ensino biomédico se traduz em práticas pedagógicas tradicionais caracterizadas, de acordo com Libâneo (1994), pela centralidade no professor, que expõe e interpreta a matéria; pela exposição oral dos conteúdos principalmente, e pela necessidade de memorização por parte dos estudantes, numa aprendizagem receptiva, automática, não mobilizadora da atividade mental e o desenvolvimento das capacidades intelectuais. No que se refere à avaliação da aprendizagem, o sistema adotado é por acumulação de informação técnico-científica padronizada e realização de testes e provas.

A base pedagógica da formação em saúde ficou, assim, sustentada por uma educação bancária[8], em sua vertente tecnicista, na qual as técnicas devem ser repetidas exaustivamente sem que, contudo, seja desenvolvida uma capacidade de análise crítica, além de ser desconsiderado o aprendizado resultante da experiência de situações vividas na prática. Conforme Freire (1982), na educação bancária o professor deposita conhecimentos nos educandos que, ao recebê-los passivamente, perdem seu poder de criar e de transformar o mundo. Segundo o autor, a consciência se reflete e vai para o mundo que conhece, num processo de adaptação. Nas escolas a ênfase está na consciência ingênua, que dentre outras características, tende a aceitar formas massificadoras de comportamento, tem argumentações frágeis nas discussões, tende a ser simplista na interpretação dos problemas, e acredita que a realidade é estática. A passagem da consciência ingênua para uma consciência crítica não se dá de modo automático. E isto somente se dará por meio de um processo educativo de conscientização.

Machado, Wuo e Heinzle (2018) acrescentam que este modelo individualista, biologicista, hospitalocêntrico, com ênfase em especializações encontra-se aplicado na maioria dos cursos da área da saúde no Brasil ainda nos dias de hoje. A estrutura curricular adotada está pautada em disciplinas isoladas, sem relação entre si, apresentando-se para o estudante apenas como requisito para progresso dentro do sistema educacional, uma vez que os assuntos são pré-programados e sem a inclusão de discussões de cunho social, político ou econômico. Com uma estrutura rígida, o currículo apresenta, comumente, "um corpo docente com foco estrito em sua área de atuação específica, que reproduz, mesmo que de forma inconsciente, este conceito

---

[7] Aguiar, 2003; Aleixo, 2002; Almeida, 2001; Amaral, 2007; Arcoverde, 2004; Camargo, 1996; Faleiros *et al.*, 2006; Fonseca, 2009; Koifman, 2001; Lampert, 2001; Neves *et al.*, 2005; Pagliosa; Da Ros, 2008; Paim Almeida Filho, 1998; Perillo, 2008; Ristow, 2007; Seegmuller *et al.* 2008.

[8] Educação bancária, termo cunhado por Paulo Freire, na qual o conhecimento é transmitido pelo professor aos estudantes, que o recebem passivamente, sem reflexão ou crítica.

fragmentador de ideias descontextualizado" (Machado; Wuo; Heinzle, 2018, p. 68). Professores e estudantes não participam da elaboração dos currículos, nos quais se identifica a separação entre teoria e prática, um ciclo básico e ciclos profissionalizantes, fundamentação teórica baseada predominantemente na exposição do conteúdo pelo professor e memorização pelos estudantes, além da avaliação da aprendizagem ser centralizada na verificação por meio de exames, corroborando as críticas de Libâneo (1994).

1.2.2 Uma nova ótica vem afirmar que nunca fomos flexnerianos

Embora historicamente o modelo biomédico, também denominado flexneriano seja a base do ensino em saúde no Brasil, corroborando e aprofundando o breve contraponto apresentado por Pagliosa e Da Ros (2008), Naomar de Almeida Filho (2020) apresenta uma concepção muito distinta sobre suas raízes, trazendo origens distintas do modelo biomédico.

Considerando a perspectiva da Análise Institucional, na qual a instituição ocupa tanto o lugar de manutenção do já existente quanto o de sua própria transformação (Romagnoli, 2014), fazendo aflorar novos processos instituintes que podem ser a base de transformações de paradigmas, entendo ser pertinente fazer breve referência à hipótese apresentada por Almeida Filho (2020).

A hipótese desse autor é de que "o que se apresenta como Modelo Biomédico Flexneriano e que, no Brasil, provoca tão intensas reações, não corresponde, e até contradiz, o que Abraham Flexner pensa e escreve, no próprio Relatório Flexner e em outras obras" (Almeida Filho, 2020, p. 61-62). O autor propõe que o modelo de ensino médico, e por extensão, de ensino na saúde tenha se organizado sob a perspectiva de Pierre-Jean Georges Cabanis, propositor da reforma do sistema educacional na França à época da Revolução Francesa.

A questão posta pelo autor "não é se as raízes da educação superior em saúde e da prática médica no Brasil remontariam ao modelo francês de formação, mas em que medida (sob quais formas, de que maneira etc.) resultam da Reforma Cabanis, mediada pela influência do positivismo no primeiro período republicano" (Almeida Filho, 2020, p. 58).

Almeida Filho (2020, p. 8) relata que esse personagem histórico, junto aos seus pares, concebeu um modelo educacional "adotado na reforma napoleônica da educação de 1806-1808,

que estabeleceu as bases do sistema de ensino superior e profissional implantado na França oitocentista, extrapolando o âmbito restrito da educação superior em saúde".

O modelo proposto na Reforma Cabanis compreende cinco elementos: 1. modelo organizacional da educação superior estruturado em faculdades; 2. ensino médico prioritariamente profissionalista, com formação mais técnica do que científica ou cultural; 3. formação hospitalocêntrica de base intervencionista; 4. currículos orientados à disciplinaridade, em regime de progressão linear; 5. estratégia pedagógica analítica, segregada por profissões e áreas restritas, tendente ao especialismo. O ensino deveria se dar em escolas independentes das universidades, com novos espaços adaptados para o ensino a partir do processo de laicização dos hospitais. Substituindo a relação mestre-aprendiz, a Reforma Cabanis criou o internato, para que a instrução ocorresse nos hospitais originando, posteriormente, as residências médicas. Após a conclusão do curso seria concedido um diploma que habilitaria os egressos para o exercício profissional de prática médico-cirúrgica. Após análise histórica e biográfica o autor conclui que o modelo de ensino proposto por Cabanis foi "a base para a formação hospitalocêntrica de orientação intervencionista que se tornaria dominante no ensino médico, a partir do século XIX" (Almeida Filho, 2020, p. 46).

Para além desta nova ótica sobre o modelo que se tornaria hegemônico para o ensino na saúde, Almeida Filho (2020) faz uma desconstrução do paradigma flexneriano produzido, afirmando ser este uma montagem que funciona como um recurso retórico que, por um lado, tentou demonizar um personagem histórico – o próprio Flexner – e, por outro, atribuiu a ele a responsabilidade por uma concepção, conhecida como modelo flexneriano, que gerou "efeitos imaginários de exclusão, negatividade e repulsa, particularmente nos subcampos denominados Ensino Médico e Educação em Saúde" (Almeida Filho, 2020, p. 83).

Não obstante a perspectiva apresentada por Almeida Filho deva ser mais amplamente discutida e analisada com rigor metodológico, ela vem questionar certezas solidificadas há décadas na área da saúde. O modelo biomédico existe e é, ainda, hegemônico, a despeito de todas as propostas de mudança e mesmo de experiências exitosas de outros modelos.

De acordo com Rocha (2006), em Análise Institucional, as instituições constituem-se em práticas sócio-historicamente produzidas, portando valores e tradições que no cotidiano são naturalizados e tomados como verdades absolutas. Assim, pensando a saúde como instituição complexa, controversa e, ainda, atravessada por outras instituições, as práticas cotidianas vão sendo ora reafirmadas, ora desmontadas, em um processo contínuo de aprendizagem e "desaprendizagem", construção e reconstrução.

Desse modo, me permito rever as ideias cristalizadas utilizando daqui em diante, neste texto, apenas a expressão “modelo biomédico”, para me referir ao modelo de atenção e ensino na saúde predominante desde o final do século XIX até os dias atuais.

1.2.3 Novos ares na formação para a saúde

Embora o modelo biomédico ainda seja hegemônico na formação em saúde, na segunda metade do século XX, começou a passar por severas críticas que, a partir da década de 1960, foram se tornando mais intensas, gerando movimentação nos meios acadêmicos, em instituições e fundações internacionais, em instituições de classe, e em sociedades e governos em geral. A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu em 1978, em Alma-Ata, na extinta União Soviética, foi um desses movimentos, no qual foi redigida a “Declaração de Alma-Ata”, propondo a promoção do acesso à saúde de forma igualitária para todos os cidadãos, de todos os países, sob o slogan “Saúde para Todos no Ano 2000”. Em 1986, na Carta de Ottawa, o conceito de saúde antes compreendido como a ausência de doença, converte-se em qualidade de vida, apontando para a necessidade de formação de profissionais da saúde voltados para a atenção primária. Nos anos 1980, vários países iniciaram processos de reforma do setor saúde. No Brasil, a reforma se deu por meio de muitos debates com o movimento da Reforma Sanitária, e se concretizaria após a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Machado; Wuo; Heinzle, 2018; Pagliosa; Da Ros, 2008).

Indo ao encontro desses movimentos, algumas Instituições de Ensino Superior (IES), com o intuito de promover a formação integral dos estudantes, se propuseram a aproximar os profissionais da saúde à realidade social. Para tanto, buscam a reformulação dos currículos, num movimento iniciado nos anos 1960, quando a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) propôs que a graduação formasse médicos generalistas, com menos ênfase nas especialidades (Machado; Wuo; Heinzle, 2018). Esse movimento se replica no que diz respeito às demais profissões da saúde.

Em paralelo a esses processos de reforma, em 2001, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). As DCN, resultantes de articulações políticas, institucionais, culturais e educacionais, têm como objetivo assegurar uma formação equivalente entre as diferentes

instituições de ensino superior (IES), estabelecendo competências para nortear a elaboração dos currículos e projetos pedagógicos pelas IES (CNS, 2022).

Nos últimos anos alguns cursos têm solicitado a mudança dos textos que regem as suas DCN e essas diretrizes têm exercido influência nos currículos de formação em saúde, representando a tentativa de ruptura com o modelo biomédico de formação e introdução ao modelo com base na integralidade. Nesse sentido, Costa *et al.* (2018) realizaram estudo[9] descritivo exploratório entre 2015 e 2016, identificando que, no eixo curricular, a maioria das DCNs apresentava elementos do modelo tradicional de ensino e, mesmo algumas carreiras tendo explicitado indicações para a superação das práticas hegemônicas, as inovações não foram expressas de forma clara nos documentos analisados no estudo. No eixo perfil profissional, as DCNs expõem a intenção de um novo olhar para o perfil das profissões de saúde. Contudo, as orientações de organização dos currículos ainda requerem especificidades.

1.2.4 Integralidade como noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas

Em meio às críticas ao modelo biomédico, algumas reflexões importantes deram força ao movimento em prol da integralidade do cuidado em saúde. À guisa de introdução ao tema da integralidade, faço aqui uma alusão a Leonardo Boff (1999) em suas reflexões sobre o cuidado. O autor afirma que a doença remete à saúde, e que a cura deve reintegrar as dimensões da vida sã. Assim, o primeiro passo é reforçar a dimensão-saúde para que ela cure a dimensão-doença. E para reforçar a dimensão-saúde é preciso enriquecer nossa compreensão de saúde, indo além da medicalização que induz ao entendimento de que saúde se produz apenas com técnicas e medicamentos sofisticados. Saúde deve ser uma atitude face às várias situações, que podem ser doentias ou sãs. É saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde. Deste modo, cuidar da saúde significa "manter nossa visão integral, buscando um equilíbrio sempre por construir entre o corpo, a mente e o espírito e convocar o médico (corpo), o terapeuta (mente)

[9] A matriz analítica do estudo realizado por Costa *et al*. (2018) contempla dois eixos representados pelas categorias que delimitam o escopo da investigação: Currículo e Perfil Profissional. Para a categoria Currículo, foram consideradas três subcategorias: 1) Processo de avaliação (do estudante), 2) Processo de ensino e aprendizagem e 3) Organização curricular. Para a categoria Perfil Profissional, foram definidas quatro subcategorias, sendo: 1) Perfil Profissional, 2) Cuidado com a Saúde, 3) Educação na Saúde e 4) Gestão em Saúde (Costa *et al.*, 2018).

e o sacerdote (o espírito) para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano" (Boff, 1999, p. 147).

Na medida em que o modelo biomédico foi sendo questionado a partir de uma abordagem em que a saúde de uma população é um direito universal, sendo definida por determinantes sociais, econômicos, psicológicos, culturais e históricos, surgem propostas em que a formação dos profissionais da saúde deve seguir uma trajetória que aponte para o cuidado integral à saúde, numa aproximação às reflexões de Boff.

Nessa perspectiva, Pinheiro e Ceccim (2005) afirmam ser necessário realizar dois movimentos contínuos para a educação dos profissionais de saúde no sentido de formar para a integralidade do cuidado: 1. pensar a formação como educação permanente em saúde; 2. promover a centralidade da integralidade em saúde como noção constitutiva e constituinte de saberes e práticas. Além disso, é necessária a incorporação de tecnologias à excelência técnica das profissões, e a criação de espaços de discussão, análise e reflexão sobre as práticas pedagógicas no trabalho docente, bem como dos referenciais que a orientam.

Segundo os autores, para aprofundar as experiências de ensino da integralidade, é fundamental que a educação permanente em saúde seja vista como um espaço ativo, onde possamos ou desaprender a identidade fixa que temos — seja como profissionais de uma determinada área, estudantes ou pacientes — para "sermos produção de subjetividade" (Pinheiro; Ceccim, 2005, p. 16). Isso implica estar sempre abrindo novas fronteiras, desterritorializando limites de comportamento e de gestão do trabalho. Além disso, é importante trabalhar na transformação dos padrões de subjetividade hegemônicos e se incomodar com as cenas clássicas e duras da clínica tradicional, que muitas vezes é mecanicista, biologicista, centrada em procedimentos e medicalizadora. "Ensinar saúde sob a orientação estrutural da integralidade e do SUS nos cursos de graduação da área da saúde dá origem à atividade prática, à educação em ato e à educação permanente" (Pinheiro; Ceccim, 2005, p. 16). Essa formação pode ser vista como uma iniciativa impulsionada pela vontade, pelo desejo e pela implicação na produção de conhecimento com sentido, na construção de práticas cuidadoras, na inovação por experienciação, e em um diálogo de transformação que cria conexões entre saúde, educação e trabalho.

Por experienciação os autores, sob uma perspectiva foucaltiana, explicam que

> Quando se fala em experiência, não se está falando em estudo de caso, do tipo múltiplo ou único, para determinar se uma teoria está correta ou não, o que para algumas áreas de conhecimento tem sido muito bem aplicado e adequado às proposições de observação. Tampouco se está referindo a um experimento ou ato de experimentar cujo controle sobre os eventos comportamentais constitui condição, ainda que tal instrumento seja indicado ao estudo de

> impacto de determinadas medidas no campo da saúde. Também não corresponde à noção empirista da cognição, que entende na experiência a aquisição do conhecimento que, mediante estabilidade e reprodução, se concretiza em saber com base na experiência (DEWEY, 1958, p. 17 e 19). Para o estudo das práticas de ensino, optou-se por acompanhar a elaboração de Foucault (1995), cujas formulações possuem mais afinidade com os objetivos desta pesquisa. Para o autor, a experiência acontece como experiência de si, algo que tira o sujeito de si, do lugar que está, fazendo com que não seja mais o mesmo, experimentando a transformação do ser e do estar; sai dos contatos vividos transformado e transformando. Para Foucault, a experiência não é apreendida para ser simplesmente repetida ou passivamente transmitida; ela acontece para migrar, recriar e potencializar vivências como diferenças-em-nós. Experienciar é sobretudo estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação. Francisco Ortega (1999, p. 67) sintetiza essa perspectiva foucaultiana: "a experiência constitui algo de que já se sai transformado" (Pinheiro; Ceccim, 2005, p. 17).

Pensando na formação para a integralidade do cuidado, que práticas pedagógicas serão produzidas nos cursos de formação em saúde? Como isso se refletirá na atenção ao usuário do sistema de saúde? Considerando que mudanças são, muitas vezes, difíceis de serem processadas porquanto forças instituintes se deparam com o instituído, multiplicando os embates; considerando que as instituições de ensino em saúde estão ainda presas ao modelo tradicional, instituído; e considerando que os profissionais necessitam se instrumentalizar para operar as mudanças necessárias, surge uma proposta, a da educação permanente, como poderosa ferramenta para a produção de novas práticas transformadoras na formação em saúde.

A educação permanente se dá no cotidiano do trabalho, a partir das experiências de trabalhadores, usuários e gestores. Sob o ponto de vista da experiência, constata-se que existem diferentes percepções sobre priorização de necessidades entre os atores envolvidos na atenção à saúde. Profissionais de saúde, gestores, profissionais do ensino na saúde e população "experienciam" a integralidade do cuidado sob diferentes perspectivas. Em função disso, a educação permanente em saúde fomenta uma visão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão. As capacitações tradicionais devem ser realizadas, mas, para além disso, também deve ser realizada a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. Assim, cursos voltados aos profissionais dos serviços são necessários aos profissionais docentes "para instalar sustentabilidade pedagógica locorregional, buscando fortalecer e levar para dentro da educação superior e profissional os valores éticos, técnicos, humanísticos e organizacionais" (Ceccim; Feuerwerker, 2004, p. 52).

O SUS, resultado possível das lutas do Movimento Sanitário, busca uma reorganização do modelo de assistência à saúde fundamentada nos princípios da universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de

qualquer espécie. No que se refere à formação, a Constituição Brasileira (Brasil, 1988) determina que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Todavia, mesmo sendo uma necessidade incontestável, a formação de profissionais não está devidamente contemplada no processo de reforma, apesar de, até hoje, se manterem as discussões em diferentes foros com o foco em mudanças no ensino em saúde. Ao longo do tempo avanços têm sido feitos, e alguns retrocessos também (Ribeiro, 2010).

1.3 Instituto Nacional de Câncer: uma história de 85 anos

1.3.1 Resgatando memórias

O câncer, cuja denominação surgiu com Hipócrates, no século V a.C., é uma doença conhecida há milênios. Todavia, durante quase dois mil anos, os registros sobre câncer foram dispersos e, somente a partir dos séculos XVI e XVII seus registros e as formas de abordagem foram sendo organizados. No século XIX, em decorrência do desenvolvimento da patologia, da microscopia, da assepsia e da anestesia, novos conhecimentos sobre a doença foram sendo agregados (Pereira, 2017).

No início do século XX, despontaram as primeiras iniciativas para o controle do câncer no Brasil, voltadas majoritariamente para o diagnóstico e tratamento da doença, com pouca ênfase à prevenção, uma vez que pouco se sabia sobre sua etiologia. Contudo, figuras eminentes da época já apontavam para a importância da prevenção e do diagnóstico precoce, o que pressupunha a disseminação do conhecimento sobre oncologia. Mário Kroeff, médico cirurgião, pioneiro da oncologia no Brasil, sustentava que deveria haver um órgão técnico encarregado do diagnóstico e tratamento dos portadores de câncer, que também instruísse outros médicos (Barreto, 2005).

Nesse contexto, durante o primeiro período do governo de Getúlio Vargas (1930-1945), foi adotada uma política nacional para o controle do câncer, visando a ações de combate à doença e ao atendimento às necessidades da população. Uma dessas ações foi a criação do Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), por meio do Decreto Lei nº 378, de 13/01/1937. Este Centro, que veio a se constituir no atual Instituto Nacional de Câncer, iniciou suas atividades em 14 de maio de 1938, e tinha como missão desenvolver atividades assistenciais, realizar estudos epidemiológicos, prestar

apoio técnico ao governo federal nas ações relacionadas ao câncer e campanhas educativas e a formação de recursos humanos em oncologia (Barreto, 2005; Machado-Coelho; Guimarães, 2001). Observa-se, assim, que, desde a sua criação, o INCA tem sido um importante centro formador de profissionais na área de oncologia no país.

Lamentavelmente, são escassos e incompletos os registros históricos sobre os serviços assistenciais e os programas de ensino do INCA. O que existe nesse sentido é uma série de artigos publicados na Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) entre 2000 e 2004, uns poucos parágrafos em capítulos de livros e três publicações institucionais de distribuição limitada. Todavia, ainda assim foi possível produzir um compilado de experiências e memórias da construção da identidade institucional (INCA, 2022).

Ao longo da sua história, o INCA esteve subordinado a diferentes órgãos. Nos dias atuais, o Instituto é um órgão do Ministério da Saúde (MS), diretamente vinculado à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), com a missão de "Promover o controle do câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa" (INCA, 2021). É, ainda, uma Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT), conforme a Lei nº 8.691/1993, que tem como principais objetivos a promoção e a realização da pesquisa e do desenvolvimento científico e tecnológico do país (Brasil, 1993). De acordo com a Portaria SAES/MS nº 688/2023, constitui-se em um Centro de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que atua na formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer (Brasil, 2023).

De acordo com sua missão, fazem parte das ações a serem implementadas pelo Instituto a produção, normatização e disseminação de conhecimento em áreas estratégicas e geração de informação epidemiológica; a assistência médico-hospitalar; a formação de profissionais especializados; e o desenvolvimento de pesquisas na área oncológica (INCA, 2020).

Com o início das atividades assistenciais no recém-inaugurado Centro de Cancerologia, teve início, também, o ensino da cancerologia no Brasil. Em virtude do grande volume de trabalho, o grupo de médicos então atuante identificou a necessidade de agregar alunos de medicina que pudessem aprender as técnicas de tratamento clínico e cirúrgico. Foram, então, convidados a se juntar a eles alguns estudantes, que participaram do primeiro curso de cancerologia ministrado pela instituição, em 1938, considerado o marco inicial das atividades de ensino no INCA (INCA, 2022).

A primeira residência médica na área de oncologia no Brasil teve início em 1951, quando o já então denominado Instituto de Câncer, funcionava provisoriamente nas dependências do Hospital Gaffrée e Guinle (INCA, 2022). Naquela época, segundo Machado-

Coelho e Guimarães (2001), os médicos apresentavam-se espontaneamente, ou eram encaminhados ao Instituto pelo diretor do Serviço Nacional de Câncer, criado em 1941, em decorrência da necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer. O período de treinamento podia ser de alguns meses até anos. Não havia uma regulamentação nesse sentido.

Em 1947, foi fundada a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) e, em 1956, iniciaram-se, extraoficialmente, as atividades do Centro de Estudos e Ensino. Já no governo de Juscelino Kubitschek, em 1957, o Instituto passou a ser denominado Instituto Nacional de Câncer – INCA, com instalações próprias, na Praça Cruz Vermelha, no centro do município do Rio de Janeiro. Com a publicação do Regimento Interno do INCA, em 1961, o Centro de Estudos foi reconhecido oficialmente na estrutura do Instituto e tinha entre suas finalidades realizar cursos regulares de especialização; coordenar a residência médica e organizar cursos, estágios, conferências, congressos e jornadas de cancerologia (Machado-Coelho; Guimarães, 2001).

À época da fundação do INCA, deu-se o início aos treinamentos em serviço dos "embriões" de técnicos em radioterapia, com o objetivo de ensiná-los a manipular os aparelhos de emissão de radiação ionizante, contudo, sem ensino formal. Em 1986, deu-se a criação da pós-graduação aos moldes de residência em enfermagem do INCA, que foi o primeiro programa no campo da enfermagem em oncologia no Brasil. A partir da década de 1990, com a instituição de alguns programas nacionais voltados à oncologia, foi ampliada a necessidade de estruturação de programas de ensino técnico de nível médio como: Técnico de Radioterapia, Qualificação Profissional para Técnico em Citologia, Qualificação de Técnico em Registro de Câncer e Especialização em Enfermagem Oncológica (INCA, 2022).

O Centro de Estudos foi o embrião da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC), criada em 1998, composta por uma Divisão de Atividades Acadêmicas, um Setor de Produção de Materiais Educativos, um Setor de Divulgação Científica e Biblioteca (que editorava a RBC) e quatro Centros de Estudos em diferentes unidades do Instituto (Machado-Coelho; Guimarães, 2001).

Sob a responsabilidade da CEDC, estavam as residências médicas (em diversas especialidades), a especialização nos moldes de residência em enfermagem oncológica e diversos cursos de especialização *lato sensu*, para profissionais de física médica, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e serviço social na área da oncologia. Além das especializações, a CEDC gerenciava programas de treinamento profissional em diversas áreas com duração de três meses; visitas observacionais, com duração de um mês; bem como cursos técnicos de nível

médio para citotécnicos, registradores de câncer, técnicos em enfermagem e técnicos em radioterapia (Machado-Coelho; Guimarães, 2001).

Em 2005, foi criado o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Oncologia (PPGO). Este se destina à formação *stricto sensu* para as atividades de pesquisa e para o magistério superior, atuando nas diversas áreas da oncologia, com linhas de pesquisa nas áreas básica, translacional, clínica e epidemiológica. Ainda naquele ano, o INCA passou a desenvolver ações educacionais por meio do uso de tecnologias interativas e vem implementando diversos cursos na modalidade ensino à distância (EaD). Também em 2005, o INCA obteve reconhecimento como hospital de ensino, o que lhe conferiu um "selo de qualidade", que reconhece a instituição como adequada para o desenvolvimento de boas práticas assistenciais e educativas. Em 2010, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, englobando as categorias profissionais de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social (INCA, 2022).

A partir de 2012, a CEDC passou a ser denominada Coordenação de Ensino (Coens) que, junto a outras cinco coordenações (Coordenação de Assistência, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Coordenação de Gestão de Pessoas, Coordenação de Administração Geral e Coordenação de Pesquisa), assessora a Direção Geral (INCA, 2022).

A Coens é responsável por cursos em nível de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu*, cursos técnicos de nível médio, além de iniciação e aperfeiçoamento científico. Por intermédio da Coens, o INCA desenvolve também o ensino de oncologia mediado por tecnologias interativas em cursos presenciais, semipresenciais e a distância. Conta com duas divisões e dois serviços: Divisão de Ensino *Stricto Sensu* (Diess) e Divisão de Ensino *Lato Sensu* e Técnico (Delst), o Serviço de Educação e Informação Técnico-científica (Seitec) e o Serviço de Gestão Acadêmica (Segac) (INCA, 2024a).

Sob a regência da Coens, em 2013, a Física Médica passou a compor os programas de residência em Área Profissional da Saúde, contemplando os campos da radioterapia e da imagem (INCA, 2024a).

Em 2021, foi criado o Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva e Controle do Câncer (PPGCan) com a primeira turma de mestrado profissional iniciando em março daquele ano. O programa tem como objetivo qualificar profissionais das áreas da saúde e afins no uso da metodologia científica centrada na solução de problemas de saúde coletiva, voltada para a prevenção e o controle do câncer no SUS (INCA, 2022).

No ano de 2024 o INCA tinha ativos 204 discentes dos programas de pós-graduação *stricto sensu*; 167 residentes médicos; 118 residentes multiprofissionais e em física médica; 88

discentes médicos, enfermeiros e multiprofissionais em cursos de aperfeiçoamento nos moldes *fellow*[10]; 24 discentes de cursos técnicos de nível médio; 1224 discentes certificados em 15 cursos na modalidade EaD. Entre os cursos de aperfeiçoamento e de atualização envolvendo as áreas de ensino médico, enfermagem e técnico foram formados 58 discentes. Além dos cursos citados, o INCA oferece outras ações educacionais como visitas técnicas observacionais nos serviços assistenciais, voltadas a profissionais da área da saúde; estágios optativos para residentes de programas de residência em saúde de outras instituições e rodízios acadêmicos[11] para graduandos de medicina, totalizando 343 discentes externos ao Instituto em 2024 (INCA, 2024b). Para dar conta desse quantitativo de estudantes, o Instituto conta com cerca de 80 profissionais da área administrativa da Coens, e em torno de 800 profissionais que exercem atividades de docência e de preceptoria, sendo responsáveis por conduzir os programas e cursos da instituição.

1.3.2 Tecendo considerações

Pelo exposto, ainda que não seja classificada como instituição de ensino superior, pode-se constatar que o INCA possui um ensino de amplo alcance. Com a criação do programa de residência multiprofissional em oncologia, na contramão das forças instituídas pelo modelo hegemônico de formação em saúde, o ensino do INCA vem buscando nos últimos anos trilhar um caminho diferenciado para a formação profissional em oncologia.

Como já abordado neste texto, os modelos sanitários, a prática e a formação para a saúde adotados em uma sociedade se baseiam na concepção de processo saúde-doença. Esta, segundo Ferla, Oliveira e Lemos (2011) é atravessada por práticas socioeconômicas, políticas e culturais que se entrelaçam com discursos e relações de poder voltadas para a saúde. Essas práticas influenciam a forma como os serviços de saúde são organizados, geridos e avaliados, ao mesmo tempo em que atuam na construção das subjetividades dos usuários desses serviços e em seus efeitos.

---

[10] Cursos fellow são cursos de aperfeiçoamento ofertados pelo INCA, com duração mínima de 2.080 horas. Caracterizam-se por treinamento em serviço e visam ao aprofundamento de conhecimentos técnico-profissionais e à capacitação técnico-científica em áreas específicas da oncologia, destinados a diferentes categorias profissionais (INCA, 2019).

[11] Os rodízios acadêmicos realizados no INCA são atividades que funcionam como estágios, e são exclusivas para graduandos de medicina.

É preciso olhar o contexto histórico do passado, à época da criação do INCA, para compreender como foram forjadas as práticas de formação de profissionais de saúde que por lá têm passado. De acordo com o exposto, as práticas de saúde no Brasil foram construídas sob a égide do modelo biomédico, com estrutura conceitual linear e cartesiana, com matriz curricular disciplinar, formatos tradicionais de prática pedagógica e submissão à lógica profissional corporativa. Sem minimizar toda a imensa contribuição do Instituto no que se refere ao conhecimento sobre o câncer, seu tratamento e prevenção, não se pode ignorar que suas práticas de formação em saúde se deram na perspectiva biomédica, com suas deficiências e virtudes.

Considerando que tanto os usuários quanto os profissionais em formação estão sujeitos às mesmas práticas em saúde, e que toda e qualquer prática produz subjetividades, impossível não fazer aproximações às reflexões de Larrosa-Bondía sobre a experiência de si. Apoiando-se em Foucault, no estudo dos mecanismos que "transformam os seres humanos em sujeitos", Larrosa-Bondía discute teorias e práticas pedagógicas enquanto produtoras de pessoas, questionando inércias teóricas no campo da pedagogia, no sentido em que a obra de Foucault mostra como a pessoa humana se fabrica no interior de certos aparatos (pedagógicos, terapêuticos) de subjetivação (Larrosa-Bondía-Bondía, 1994).

Nesse sentido, como não valorizar aspectos cruciais da vida dos indivíduos, relacionados ao corpo, à mente e ao espírito, sem convocar o médico, o terapeuta e o sacerdote para trabalharem juntos visando a totalidade do ser humano (Boff, 1999)? Pensando no contexto pedagógico, que tipo de profissionais a formação sob este modelo produz? Repetidores de técnicas ou profissionais com sólidos conhecimentos técnicos, porém críticos e voltados para o cuidado integral em saúde? Esta última hipótese presume o uso das diferentes tecnologias engendradas por Merhy e Franco (2003), que tiveram a percepção de que, além de instrumentos e conhecimento técnico (que são o lugar de tecnologias mais estruturadas) há outro lugar, o das relações, que é fundamental para a produção do cuidado em saúde.

Refiro-me aqui às tecnologias em saúde por entender que a formação em saúde precisa ser produzida também nas relações entre sujeitos. Não se pode pautar a formação de um profissional de saúde apenas no conhecimento técnico com objetivo de realizar exames e procedimentos, utilizando-se equipamentos de última geração ou, ainda, prescrever medicamentos. Sem dúvida, esses são elementos importantes e essenciais. Contudo, é preciso que mestres e aprendizes compartilhem suas experiências para a busca de novos processos que favoreçam a produção do cuidado integral à saúde do usuário.

Partindo do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional (porque é dependente de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está se

produzindo), Merhy e Franco (2003) ponderam que essas relações podem se dar de duas formas. Uma, sumária e burocrática, centrada no ato prescritivo e baseada no saber médico, produtor de procedimentos. A outra, como relações interseçoras [sic], estabelecidas no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. A essas últimas, os autores denominam tecnologias leves, pelo caráter relacional, que as coloca como forma de agir entre sujeitos, trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado. As tecnologias inscritas nos instrumentos são identificadas como tecnologias duras, porque estão estruturadas para elaborar produtos da saúde. Ao conhecimento técnico, os autores denominaram tecnologias leve-duras, por identificarem nelas uma parte dura (estruturada) e outra leve (que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado).

O movimento que vem sendo feito no interior da Coordenação de Ensino do INCA, por meio dos currículos dos programas de residência em área profissional da saúde, é estimular a valorização das tecnologias leves e a adoção de uma concepção de educação que estimule a participação ativa do discente na construção do conhecimento. E isto implica em abraçar outro modelo de atenção e ensino em saúde.

Sendo outra das características do modelo biomédico a centralidade no hospital como resposta aos problemas de saúde, sob o pensamento de Foucault (1989, p. 109), "o espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos". Consequentemente, o sistema de poder no interior do hospital passa para o médico, que define toda a hierarquia do hospital. As demais profissões da saúde se curvam ao discurso médico, replicando suas premissas. Nesse sentido, Ferla, Oliveira e Lemos (2011, p. 497) afirmam que

> Parece que o assujeitamento dos profissionais ao "discurso médico" foi fortalecido por meio das tecnologias disciplinares a que a profissão médica fora submetida na medicina de Estado alemã, ao serem criadas estruturas de Estado para o disciplinamento da profissão (os conselhos profissionais como autarquias do Estado) e mesmo no interior do hospital médico, que será atualizado dois séculos depois de manifestar-se em estado emergente, em continuidades e descontinuidades, em que a própria instituição médica também tenha se reorganizado na dinâmica das relações de poder.
> Por outro lado, o viés "matematizador" da ciência moderna atualizou-se no cuidado à saúde no que tem sido chamado de "medicalização": a submissão das diversas práticas e saberes em saúde à medicina "científica" e nas práticas de privilegiar o eminentemente biológico na organização do conhecimento e das ações médicas. Com essa descrição não se quer apontar qualquer idéia de conspiração médico-corporativa de dominação, mas um acontecimento sócio-cultural, principalmente ocidental, que inclui ações de mídia, culturais, de mercado (indústria bioquímica e de equipamentos), bem como de desdobramento da racionalidade científica moderna.

A crítica à medicalização vem estimulando a criação de novos projetos de organização da rede de saúde com a produção de novos arranjos, estratégias e práticas clínicas e de gestão,

buscando uma ruptura com o modelo biomédico. Equipes multiprofissionais, processo de trabalho interdisciplinar e valorização de todas as outras profissões da saúde são alguns dos componentes centrais dessas proposições (Carvalho *et al.*, 2015).

Visando a modificar essa submissão das práticas e saberes em saúde ao modelo biomédico, a Coens/INCA se propõe ao desafio de realizar uma educação interprofissional[12] em saúde. Surgem, assim, algumas questões: pode a formação influir no sentido de favorecer a construção de uma relação dialógica entre os sujeitos, produzindo relações mais iguais? Pode a formação "ensinar" formas de abordagem que valorizem a experiência do outro? É possível estimular o estudante a ser sensível ao sofrimento do outro, extrapolando as questões biológicas do adoecimento? Pode a formação transformar as relações entre os sujeitos, de modo a reconhecer a liberdade de cada um, sem fazer do cuidado uma forma de controle sobre o estilo de vida das pessoas? Tem a formação a capacidade de responder a essas questões? No escopo desta pesquisa, como isso se reflete na avaliação da aprendizagem? Como as relações de poder se articulam nos processos avaliativos, em especial nos campos de prática?

[12] Educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde (OMS, 2010).

2 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Nesta seção trago visões teóricas no que concerne à avaliação da aprendizagem. Abordo diferentes aspectos atribuídos à avaliação e apresento uma breve discussão sobre instrumentos de avaliação, abordando suas diferentes naturezas e características necessárias para um acompanhamento adequado do processo de aprendizagem do estudante.

2.1 Múltiplas facetas para a avaliação. Quais os seus significados?

Uma busca no Dicionário Online de Português (2024) encontra a seguinte definição de avaliação: prova, exame ou verificação que determina ou verifica a competência, os conhecimentos ou saberes de alguém: avaliação escolar. Assim, é possível constatar que a avaliação está conectada a provas ou exames. Como afirma Luckesi (2011), nosso senso comum está comprometido com exames e não com a avaliação. Por isso, é necessário aprender a avaliar a aprendizagem. E esta não é uma habilidade que tenha sido desenvolvida por todos. Luckesi propõe distinguir as duas condutas: examinar e avaliar. O ato de examinar se caracteriza por classificar e selecionar os estudantes, enquanto avaliar implica em diagnóstico e inclusão. Aprender a avaliar significa, então, ir além de aprender conceitos teóricos sobre o assunto. Significa "aprender a praticar a avaliação, traduzindo-a em atos do cotidiano" (Luckesi, 2011, p. 30), passando da compreensão para a prática.

Luckesi (2011) nos conta que a história da avaliação da aprendizagem é recente, mas a história dos exames é bem mais antiga, e que a denominação avaliação da aprendizagem foi cunhada recentemente na história da pedagogia, por Ralph Tyler[13], em 1930.

A primeira referência a exames data de 1200 a.C., na China, quando estes eram utilizados para selecionar indivíduos do sexo masculino para admissão no serviço público. O sentido não era educativo, mas de controle social. De acordo com a literatura pedagógica, no século XV há referências a exames como rituais de passagem para o reconhecimento de bacharéis, licenciados ou doutores. Como praticados hoje, os exames escolares se

[13] Ralph Winfred Tyler (1902-1994) foi um educador norte-americano que desenvolveu um modelo de avaliação de currículos e programas educacionais com foco nos objetivos. Tyler foi um pensador importante para a educação, em especial no que concerne à avaliação e desenvolvimento do currículo (Alves; Saraiva, 2013).

institucionalizaram primeiro com Comenius (século XVII), que os entendia como problema metodológico e um lugar de aprendizagem (e não de verificação de aprendizagem) caracterizando-se, assim, como auxiliar para uma prática docente mais adequada ao estudante. Depois, com La Salle (início do século XVIII), que os propôs com o sentido de supervisão e controle permanente. Na visão de Comenius, se o aluno não aprendesse, o método deveria ser repensado. Já na concepção de La Salle, o que deveria ser resultado da prática pedagógica fica centrado no aluno e no exame, com esmero nas técnicas de mensuração (Garcia, 1999).

Em consonância com o pensamento de Foucault (1987), que mostra o exame como espaço de inversão das relações de saber em relações de poder, Garcia (1999) afirma que o sistema de avaliação instituído no Brasil acompanha a proposta de La Salle, assim se dando desde o ensino fundamental até a pós-graduação. A avaliação, portanto, se estabeleceu como atividade de controle, que visa incluir alguns e excluir outros. O exame integra os métodos de supervisão hierárquica com os mecanismos de punição que estabelecem e reforçam normas. Trata-se de um sistema de controle que visa à padronização e à fiscalização, permitindo qualificar, categorizar e punir (Foucault, 1987).

No Brasil, sob as diretrizes jesuíticas, as práticas de avaliação se davam sob a forma de exames e provas, tradição presente até hoje nas instituições de ensino, que resulta na classificação dos estudantes em graus, traduzidos em notas ou conceitos, sem que necessariamente se verifique se houve aprendizagem com qualidade. Esta prática traz o risco de limitar a avaliação ao valorizar apenas o que o estudante demonstra ter aprendido, sem dar importância ao processo de aprendizagem e ao que não foi aprendido, uma vez que a avaliação não está integrada ao processo ensino-aprendizagem. Nessa perspectiva, não há um processo avaliativo, e sim momentos isolados de verificação, sem intervenções com vistas a reorientar as estratégias de ensino utilizadas até que ocorra o aprendizado, perdendo-se assim, o que não foi aprendido (Luckesi, 2000).

Barriga (1999, p.55) assegura que é senso comum pensar que “o exame é um elemento inerente a toda ação educativa”, mas ao se estudar a história do exame, verifica-se que esta afirmação é falsa. Em primeiro lugar, porque, como já apontado, o exame foi criado na China, não relacionado a práticas pedagógicas, mas para selecionar indivíduos para admissão no serviço público. Depois, porque há evidências de que antes da Idade Média não havia um sistema de exames ligado a práticas educativas. Finalmente, porque a atribuição de notas aos trabalhos escolares só veio a instituir-se mais recentemente na história, como uma herança que produziu incontáveis problemas que, ainda hoje, nos afetam.

O autor afirma que o exame é um espaço de convergência de problemas de diversas ordens: sociológicas, políticas, psicopedagógicas e técnicas, mas devido a um reducionismo que oculta a realidade, apenas a dimensão técnica se agudiza. Assim, no exame enquanto espaço social e técnica educativa são depositadas muitas expectativas. De certa forma, quando não dá conta de resolver seus problemas de diversas ordens, a sociedade transfere essa sua incapacidade "para uma excessiva confiança em 'elevar a qualidade da educação'", apenas racionalizando o uso do exame (Barriga, 1999, p. 56).

Porém, adverte o autor, o exame é apenas um instrumento e não consegue, por si só, resolver os problemas que surgem em outras esferas sociais. Ele não pode ser justo quando a estrutura social é injusta; não pode melhorar a qualidade da educação quando há uma redução drástica de recursos e os docentes são mal remunerados; e não pode aprimorar os processos de aprendizagem dos estudantes se não se leva em conta tanto a formação intelectual dos professores quanto o estudo dos processos de aprendizagem de cada indivíduo, além de suas condições materiais. Tudo isso se relaciona ao exame, e não há como se resolver de forma favorável apenas com esse instrumento social.

Com base em Foucault no que se refere à inversão das relações de saber em relações de poder, Barriga (1999) afirma que o exame permite verificar: 1) inversão dos problemas sociais como acesso à educação, justiça social, etc., em problemas pedagógicos, buscando sua resolução somente neste âmbito; 2) inversão dos problemas metodológicos em problemas de rendimento. De espaço público para demonstrar competências adquiridas nas universidades medievais, o exame passou à função de promover e certificar, estruturando-se a pedagogia do exame; 3) redução dos problemas teóricos da educação ao âmbito técnico da avaliação. Nesse sentido, o exame passa a ser um instrumento de controle no século XX. Segundo o autor, os testes de inteligência[14] são um exemplo desse exercício de controle social, uma vez que, por

[14] Os testes psicológicos foram criados a partir dos estudos dos franceses Alfred Binet e Théodore Simon a partir de escalas métricas com mensuração de níveis mentais de crianças e adolescentes na Europa, no início do século XX (Teixeira, 2019). Rota Júnior (2016) esclarece que a expansão do teste Binet-Simon e dos testes de inteligência que dele derivaram foi intensa no início do século XX. Henri Goddard (autor norte-americano) foi o primeiro a traduzir e usar o teste Binet-Simon, em 1910, utilizando-o para melhorar a avaliação de imigrantes que desejavam entrar nos Estados Unidos, gerando críticas devido ao seu caráter eugenista, por defender a identificação dos "débeis mentais" para a melhoria da população do país. A partir daí a aplicação do teste no contexto educacional foi se expandindo rapidamente. A versão mais conhecida, o teste Stanford-Binet, foi desenvolvida por Lewis Terman. Essa versão permitia a aplicação coletiva, sendo utilizada em muitas escolas nos Estados Unidos, e servindo de referência para a criação de outros testes de avaliação de inteligência. Todavia, para Binet, seu teste não avaliava a inteligência em si, mas o desempenho acadêmico e escolar das crianças. A atribuição do rótulo de teste de inteligência ao instrumento aconteceu quando ele foi introduzido nos Estados Unidos por Lewis Terman. Na aplicação do teste nos EUA, ele foi usado em massa e reduzido a um único número – o quociente de inteligência (QI) – que supostamente poderia descrever toda a complexidade do fenômeno da inteligência. Sobre isso, Binet e Simon afirmam que esse processo representou uma vulgarização da escala de inteligência promovida por Terman.

meio deles, se pretendia demonstrar que as diferenças sociais eram resultado de diferenças biológicas individuais. Os testes determinavam que sujeitos sociais marginalizados apresentavam coeficiente intelectual abaixo do normal, não devendo, por isso, estar na escola.

Barriga (1999, p. 80) demonstra que o exame perdeu a dimensão metodológica e pedagógica proposta por Comenius, na qual ele seria parte da metodologia de ensino, passando a "espaço independente do método a partir do qual se decide sobre a certificação do sujeito". Na Didactica Magna de Comenius, o exame está intrinsecamente ligado ao método de ensino. Sua função é atuar como a última etapa do processo, ajudando no aprendizado. Assim, o exame não serve para decidir a promoção do estudante nem para atribuir uma nota, pois essa prática só surgiu no século XIX. Comenius, ao fazer isso, elimina falsas expectativas na atuação do professor, recomendando que, se o aluno não aprende, o responsável deve revisar e aprimorar seu método de ensino.

A transformação que se deu no século XIX foi no sentido de promover e qualificar o desempenho do estudante por meio do exame. O exame deixou de ser um elemento do método relacionado à aprendizagem, sendo desconectado daquele e, ainda, perverteu a relação pedagógica, centrando os esforços tanto de estudantes quanto de docentes apenas na certificação (Barriga, 1999).

No que se refere à atribuição de notas, Barriga (1999, p. 78) afirma que os sistemas de notas escolares não são intrínsecos à prática educativa ou ao sistema de exames. A atribuição de notas "perverteu as relações pedagógicas ao centrar o resultado de um curso, e portanto sua valoração, apenas em função do exame". O autor relata que a atribuição de notas não é uma questão inerente à pedagogia, mas um problema da instituição de educação e da sociedade. Não pode haver objetividade na atribuição de notas, pois as relações pedagógicas se dão na interação entre sujeitos, sendo o subjetivo uma questão própria desta relação, como a variadas relações profissionais. A atribuição de notas tende a gerar angústia no professor, especialmente naqueles que percebem a dificuldade de traduzir o desempenho do aluno por um número. Por isso, o recurso à linguagem estatística, como aquela capaz, supostamente, de transmitir objetividade ao exame. Entretanto, a busca da objetividade se mostra problemática quer pela subjetividade de professores e estudantes, quer pela impossibilidade de que uma nota represente qualitativamente o desempenho dos estudantes.

Para Barriga (1999, p. 78), "se a pedagogia do exame se vinculou a uma concepção estreita do educativo, somente uma abordagem dos problemas desde múltiplas teorias e dimensões poderá permitir uma reflexão mais sólida".

Sobre a pedagogia do exame, Esteban (2009) afirma que esta organiza a escola para nomear e hierarquizar, adotando um padrão classificatório. Apaga as singularidades levando a avaliação a ser nada mais do que uma sucessão de exames. Assim, a escola que promete socializar o conhecimento acaba se vinculando "aos processos de produção de subalternidade dos conhecimentos e dos sujeitos" (Esteban, 2009, p. 125).

Esteban (1999) chama a atenção para a perspectiva de avaliação fundamentada na fragmentação do processo ensino-aprendizagem e na classificação das respostas dos estudantes a partir de um padrão que relaciona a diferença ao erro, e a semelhança ao acerto. Nessa perspectiva, o erro resulta do desconhecimento. Portanto, deve ser substituído pelo acerto, que deve coincidir com o conhecimento veiculado pela escola. Como resultado, se rompem laços e se impede o diálogo, pois há seleção, classificação e hierarquia de saberes que fazem com que as relações que deveriam ser dialógicas sejam relações antagônicas, sendo a avaliação exercida como instrumento de controle. Todavia, mesmo dominante, esta prática avaliativa vem sendo constantemente rediscutida, o que sugere o entendimento de que a classificação é insuficiente.

Até aqui percorremos o sentido reduzido que pode ser atribuído à avaliação. O sentido do exame que classifica, hierarquiza, pune e exclui. Todavia, outras perspectivas se apresentam: de acolhimento, diagnóstico, investigação, mediação, diálogo e problematização de percursos e aprendizagens. Convido agora o leitor a percorrermos juntos outros sentidos para a avaliação da aprendizagem.

Para a melhoria dos processos avaliativos instituídos é preciso buscar meios mais democráticos, "capazes de inibir o poder-sobre, característico do exame" (Esteban, 2009, p. 132), potencializando práticas pedagógicas articuladas a processos sociais de emancipação. Os sujeitos do processo ensino-aprendizagem precisam ser estimulados a exercer sua autonomia, sem renunciar à interação com os diferentes interlocutores, com práticas de avaliação em que tenham voz e visibilidade, num processo em que falam sobre si mesmos como participantes de processos coletivos, considerando o seu desempenho como um dos elementos relevantes dentro de determinados contextos (Esteban, 2009).

Os diferentes percursos de aprendizagem que cada estudante percorre precisam ser percebidos e analisados para abrir possibilidades de transformação do discurso hegemônico quanto às práticas avaliativas. Prosseguindo com as reflexões de Esteban (1999), o que poderia levar o professor a atentar para as diferenças em vez de desconsiderá-las? Estar aberto ao outro e se colocar no campo do diálogo com o estudante pode restabelecer os laços rompidos pela exclusão causada por uma prática avaliativa classificatória. A autora ressalta a palavra "possibilidades" porque "não há certeza de que construiremos práticas menos excludentes na

escola, mas podemos vislumbrar um movimento nesse sentido" (Esteban, 1999, p. 18). Como alternativa, Esteban (1999) busca em Vigotsky o conceito de zona de desenvolvimento proximal, que aponta para um espaço onde os conhecimentos estão em processo de construção. São esses conhecimentos em desenvolvimento, e não os já consolidados, que devem orientar a prática pedagógica. Este conceito destaca a natureza coletiva, compartilhada e solidária do conhecimento, além de valorizar a heterogeneidade, pois, por meio da cooperação, os indivíduos revelam seus potenciais, desenvolvem novas habilidades e participam de um processo contínuo de ampliação do saber.

E o erro, o que fazer com ele? Nesta outra perspectiva de prática avaliativa, o erro poderá mostrar indícios de como cada estudante constrói conhecimentos, a forma de articulação dos saberes, as diferentes lógicas que permeiam sua dinâmica do processo ensino-aprendizagem, deixando de representar ausência ou deficiência de conhecimentos, passando a revelar o que o estudante sabe, o que ainda não sabe e o que pode vir a saber (Esteban, 1999).

No que tange ao erro, Luckesi (2011, p. 189) traz uma discussão que trata da transformação do "erro como fonte de castigo ao erro como fonte de virtude". No passado, era comum na prática escolar o emprego de castigos, físicos e morais, quando se expunha os estudantes a condutas como o uso de palmatórias, de bater com réguas nas palmas das mãos, ajoelhar sobre milho, ficar de pé durante a aula, etc., expondo publicamente o erro cometido. Nos dias atuais, quero crer, essas condutas não mais são utilizadas. Todavia, o castigo ao erro ainda se manifesta, de forma mais sutil, por meio da geração de um clima de tensão e de medo, ameaças de reprovação, ou os testes surpresa, dentre outros métodos.

Luckesi (2011) continua suas considerações trazendo a reflexão de que a ideia do castigo decorre da percepção de que as condutas do sujeito (neste caso, do aluno) que não correspondem ao padrão predeterminado devem ser castigadas, para que ele aprenda a assumir a conduta correta. Sob este prisma, o erro resulta de uma culpa, que deve ser reparada. O autor afirma que a culpa limita a vida e cria uma rigidez na forma de agir, levando, no final das contas, a um autocontrole sobre os sentimentos, desejos e comportamentos de cada pessoa. Dessa maneira, surge um controle social internalizado, fazendo com que cada um fique como se estivesse travado, incapaz de expressar livremente seus sentimentos e necessidades essenciais. Infelizmente, essa espécie de engessamento dos indivíduos é algo que interessa à sociedade em que vivemos.

De modo oposto, o erro pode ser visto como fonte de virtude, de crescimento. Para tanto, implica "estar aberto a observar o acontecimento como acontecimento, não como erro; observar o fato sem preconceito, para dele retirar os benefícios possíveis" (Luckesi, 2011, p. 194-195).

Reconhecendo as origens de um erro é possível superá-lo, trazendo benefícios para o crescimento do estudante. Se, quando observamos que o estudante não conseguiu chegar ao resultado esperado abrimos diálogo com ele, buscando compreender o caminho percorrido, podemos reorientar seu entendimento e sua prática. Nestes casos, é comum o estudante manifestar que, naquele momento, compreendeu o que havia sido solicitado. Demonstra-se assim, que o erro conscientemente elaborado, possibilita a oportunidade de revisão e avanço. Se, ao contrário, a conduta fosse o castigo, não teria havido a oportunidade de reorientar, e o estudante teria perdido a chance de prosseguir, agregando prejuízo à sua aprendizagem. E o professor teria perdido a oportunidade de ser educador (Luckesi, 2011).

Por sua vez, Barriga (2012, p. 151-152, tradução nossa) propõe uma Pedagogia do Erro:

> Uma pedagogia do erro é uma pedagogia da reflexão. Implica adotar no ato educativo uma perspectiva em que a tarefa docente se assuma como uma atividade lúdica, como um trabalho de longa duração [...], um trabalho detalhado, minucioso, em que o professor possa analisar os detalhes do processo de aprendizagem de cada aluno.

Sob uma perspectiva que vai ao encontro da proposta de Barriga, Cipriano Luckesi (2011), entende o ato de avaliar como um ato amoroso, que é aquele que acolhe a situação como ela é. Por isso, tem a característica de não julgar. Na verdade, julgamentos acontecerão. Contudo, não com objetivo de excluir, mas de dar curso à ação. Para Luckesi, o ato de avaliar tem em vista a obtenção do melhor resultado possível e, por isso, implica, por parte do avaliador, em disposição de acolher. Sem ela, não há como avaliar, visto que a disposição para acolher é o primeiro passo para a prática de avaliação, opondo-se à exclusão, cuja base é o julgamento prévio. Se a avaliação assume uma função diagnóstica, o ato de avaliar torna-se uma pausa para pensar a prática e retomá-la de forma mais adequada, considerando a aprendizagem do estudante como a soma daquilo que ele já conseguiu com aquilo que ele ainda pode conseguir.

A avaliação diagnóstica é "um instrumento de compreensão do estágio de aprendizagem em que se encontra o aluno, tendo em vista tomar decisões suficientes e satisfatórias para que possa avançar no seu aprendizado" (Luckesi, 2011, p. 115). O princípio elementar para que a avaliação seja diagnóstica é que ela seja um instrumento auxiliar da aprendizagem. Nesse sentido, assegura Luckesi, assim como um diagnóstico médico deve estar preocupado com a melhoria da saúde da pessoa, deve ser inerente à avaliação da aprendizagem estar preocupada com o crescimento do estudante.

Seguindo na mesma perspectiva, Jussara Hoffmann (2011), defende a avaliação mediadora, que está a serviço da ação, posto que utiliza as informações colhidas sobre o

estudante para melhorar a situação avaliada. Um processo de avaliação mediadora é complexo e multidimensional, no qual não é possível prever os tempos, pois os ritmos e percursos de aprendizagem são diferentes e possuem dinâmica própria. Neste processo, o educador deixa de ser um observador para se tornar instigador, questionador, provocador de soluções novas e melhores. Hoffmann assegura que o processo de avaliação mediadora é uma permanente troca de mensagens e significados. É um processo interativo e dialógico de encontro e confronto de ideias entre educador e educando, buscando a expansão de saberes.

Para Esteban e Pina (2021) a avaliação não se trata de um mero instrumento para verificação da aprendizagem ou mensuração do desempenho do estudante, nem deve ser um procedimento de controle dos resultados, de regulação dos percursos a seguir ou de classificação hierárquica dos estudantes. A avaliação deve ser um processo dialógico, crítico, reflexivo e participativo, que incentiva a análise dos resultados alcançados, das experiências vividas e das aprendizagens que as envolvem. Ela também deve identificar os limites percebidos, os conhecimentos que ainda são necessários e que impulsionam a continuidade do processo de ensino-aprendizagem.

Oliveira *et al*. (2007), em publicação que trata de avaliação da aprendizagem no ensino superior, alegam que as modalidades de avaliação mais conhecidas são a formativa e a somativa que foram, inicialmente, aplicadas à avaliação curricular na década de 1960 por Scriven e, posteriormente utilizadas em avaliação da aprendizagem por Bloom, Hastings e Madaus nos anos 1970.

A avaliação somativa caracteriza-se por seu aspecto quantitativo, uma vez que atribui valor ou conceito aos estudantes, o que lhe imputa uma natureza classificatória. Para Viallet e Maisonnenuve, (1990, *apud* Oliveira *et al*., 2007, p. 42, grifo dos autores) "pode ser facilmente utilizada como *instrumento de certificação social*, na medida em que permite seriar os alunos de acordo com o seu mérito social". Oliveira *et al*. (2007) a apontam como um julgamento global e de síntese, que possibilita decidir sobre a progressão ou retenção do estudante comparando resultados globais, e defendem que, embora a avaliação somativa sirva para a classificação, não se esgota nela podendo, e devendo, assumir expressão qualitativa e quantitativa. Por isso, avaliação formativa e somativa, na visão desses autores, devem ser complementares.

Esses autores descrevem a avaliação formativa como a modalidade de avaliação que acompanha continuamente o processo ensino-aprendizagem, pois está atenta ao estudante, suas

motivações, suas estratégias de resolução de problemas, e afirmam que o *feedback*[15] dado ao estudante contribui para melhorar sua motivação e autoestima. Sobre esta função, outros autores como Luckesi, Libâneo, Hoffmann, produzem inúmeras publicações enfatizando a importância da prática avaliativa como processo contínuo, que acompanha a aprendizagem ao longo do tempo, estando centrado no aprendizado dos estudantes e buscando entender suas necessidades, interesses e ritmos.

Villas Boas (2009 *apud* Silva; Mendes, 2017) esclarece que, no Brasil, expressões como avaliação emancipatória, dialógica, mediadora, cidadã ou fundamentada têm sido empregadas no sentido de avaliação formativa. Autores como Sordi (2000), Vasconcellos (2007), Saul (2008), Luckesi (2008, 2011), e Hoffman (1994, 2011) têm atuado nessa perspectiva utilizando diferentes terminologias. Apesar das diferenças nos termos, os conceitos desses autores estão inseridos em um mesmo paradigma avaliativo.

A abordagem somativa vem sendo criticada pelo seu caráter pontual e classificatório, uma vez que as instituições de ensino a utilizam como abordagem única de avaliação. Outros autores (Borges *et al*., 2014; Silva; Mendes, 2017; Pontes; Freitas, 2023; Sordi, 2000) se debruçam sobre discussões acerca da avaliação formativa na formação de profissionais de saúde. Sordi *et al.* (2015) trazem, ainda, a função formativa no âmbito da avaliação de programas de formação profissional em saúde.

No que tange aos processos avaliativos nos programas de residência em área profissional do INCA, de acordo com o Regimento da Coordenação de Ensino (INCA, 2024a), Artigo 69

> A avaliação do discente de programa e curso presencial consiste em aferir o processo e o resultado da aprendizagem e emitir um conceito a partir da comparação com um padrão estabelecido. Para a avaliação da aprendizagem do discente, são utilizados os seguintes conceitos: I - conceito A – ótimo; II - conceito B – bom; III - conceito C – regular; IV - conceito D – insuficiente. § 1.º O discente que obtiver conceitos A, B ou C em cada um dos componentes curriculares será considerado aprovado ou promovido, desde que cumpridas a frequência mínima obrigatória e as exigências acadêmicas.

Pode-se observar que essas diretrizes regimentais explicitam aspectos da pedagogia do exame apontada por Barriga (1999), Esteban (2009) e Luckesi (2011), cuja organização adota um padrão hierarquizante e classificatório, característico do modelo biomédico de formação em saúde. Ainda que a proposta pedagógica dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA seja calcada na concepção de educação problematizadora, conforme descrito no plano de curso, a avaliação da aprendizagem pode não acompanhar seus pressupostos.

---

[15] O *feedback* é um elemento valorizado na formação em saúde e será tema desenvolvido mais adiante neste texto.

Felizmente, a prática avaliativa de cunho classificatório, hierarquizante e excludente vem sendo objeto de críticas, abrindo espaço para visões progressistas, que propõem a avaliação da aprendizagem sob outras perspectivas assumindo funções que superam o simples medir ou testar. Independentemente do caráter atribuído à avaliação sob uma perspectiva progressista, seja ela acolhedora, mediadora, diagnóstica, formativa, inclusiva, investigativa, a avaliação da aprendizagem deve estar conectada a uma concepção pedagógica que busque a ampliação de conhecimentos, constituindo-se em dispositivo para compreensão do estágio de aprendizagem do estudante, utilizando as informações colhidas para melhorar o acompanhamento e a situação de aprendizagem.

2.2 **Sobre instrumentos de avaliação da aprendizagem**

Lembrando as considerações de Hoffmann (1989) sobre o que deve ser observado para realizar avaliação da aprendizagem, no terceiro princípio mencionado, que pressupõe um caráter ao mesmo tempo filosófico e tecnológico, a autora explica que o caráter filosófico se deve ao seu sentido de problematização, questionamento e reflexão, na medida em que no ato de avaliar está implícito um julgamento de valor, que não pode ser subjetivo. Esse juízo de valor deve ter como base dados reais, colhidos do mundo concreto, como atos ou objetos criados pelo próprio sujeito. Para essa colheita e análise de dados precisos e significativos, não limitados apenas a números, o avaliador experiente utilizará recursos tecnológicos de avaliação, o que acrescenta a esta o caráter tecnológico. Este, no sentido de se fazer algo pleno de conhecimento e da consciência dos resultados.

Para tanto, os instrumentos de avaliação deverão ser capazes de captar essas informações uma vez que, segundo Hoffmann (1989), se baseados em informações inexatas, muitos conceitos atribuídos aos estudantes poderiam ser desconsiderados.

A partir dessas considerações pode-se perceber a importância dos instrumentos de avaliação. Se eles devem se basear em dados reais colhidos no cotidiano escolar do estudante, para sua elaboração é preciso ter clareza quanto às suas finalidades, quanto ao que será avaliado, quanto aos critérios utilizados, quanto ao uso das informações obtidas. Segundo Depresbiteris (2007), há diferentes compreensões sobre instrumentos de avaliação. Alguns autores os distinguem das técnicas, que seriam os procedimentos para avaliar, como por exemplo, a

observação, enquanto o instrumento seria o que se utiliza para registrar os resultados da aplicação da técnica, como exemplo, um roteiro da observação.

Hoffmann (2011) distingue instrumento de metodologia. Metodologias são intenções e formas de agir do professor, e se referem às observações e intervenções do professor decorrentes das necessidades identificadas. Observar a realização de tarefas é uma ação do professor e, para que as informações colhidas se constituam em instrumentos, elas devem se converter em registros como anotações, conceitos ou notas. Nesta pesquisa, instrumentos de avaliação terão o sentido de formulários utilizados para registro das informações colhidas ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Um instrumento para registro de avaliação deve acompanhar o processo de aprendizagem do estudante. Observar diariamente o estudante é natural, mas para que essa observação se traduza em informações confiáveis para seu acompanhamento é preciso haver instrumentos para registro adequados, pois não se pode observar tudo o tempo todo e guardar apenas na memória (Hoffmann, 2011).

Os instrumentos de avaliação podem ser de diferentes naturezas. O próprio estudante pode fazer seus registros por meio de testes, provas, trabalhos, relatórios, portfólios, etc. (o que envolve momentos de autoavaliação). Ou o professor é quem faz os registros por meio de anotações em formulários previamente elaborados. “Quanto mais frequentes e significativos forem tais registros, nos dois sentidos, melhores serão as condições do professor de adequar as ações educativas às possibilidades de cada grupo e de cada aluno” (Hoffmann, 2011, p. 117-118).

Sobre o papel da avaliação no processo ensino-aprendizagem, Esteban (1999) afirma que a ação avaliativa, apesar de indispensável à escolarização, é um tema polêmico. Há muitas críticas aos instrumentos de avaliação utilizados que, muitas vezes, levam a propostas de novas alternativas, para as quais é preciso ter atenção para evitar que a perspectiva técnica se sobreponha à perspectiva ética. A autora alerta para o fato de que há uma “tensão entre continuidade e ruptura, que se traduz no dilema entre manter, com algumas reformas superficiais, a perspectiva quantitativa da avaliação ou redefinir o percurso no sentido de construir uma perspectiva verdadeiramente democrática de avaliação” (Esteban, 1999, p. 11). Nesse sentido, será possível afirmar que o fato de se conferir um cunho qualitativo à avaliação faz com que ela seja democrática? Ou algumas dessas alternativas poderiam estar apenas assumindo uma aparência democrática quando substituem as escalas numéricas ou de conceitos, enquanto mantém o sentido de hierarquização dos resultados?

Em outra produção, Esteban (2002) questiona como avaliar estudantes que não se enquadram nos padrões pré-estabelecidos e para os quais não há parâmetro adequado, propondo uma prática de avaliação que não negue a complexidade dos diversos percursos dos estudantes, e que não esteja atrelada à homogeneidade, à classificação e à hierarquização? Para tanto, afirma a autora, a avaliação deve ser uma prática de investigação, na qual as experiências de não aprendizagem devam ser analisadas em suas particularidades.

Para Luckesi (2011), a função constitutiva da avaliação é de diagnóstico. E, articuladas com esta função básica estão as funções de propiciar a autocompreensão por parte do professor e do estudante; de motivar o crescimento; de aprofundar a aprendizagem; de auxiliar a aprendizagem. Para cumprir essas funções, é preciso atentar aos instrumentos para sua operacionalização.

Em síntese, para elaborar instrumentos de avaliação confiáveis, o professor deve estar atento a alguns cuidados no sentido de que favoreçam uma análise qualitativa da aprendizagem dos estudantes, mesmo que se trate de provas e testes. Para provas e testes, que ainda são predominantes nos processos avaliativos, de modo geral, as questões devem ser elaboradas com clareza e precisão; ter nível de dificuldade de leitura adequado ao grupo; evitar reproduzir frases de livros que, retiradas do contexto, podem gerar ambiguidade; nomear o autor quando a questão depende da opinião deste; escrever os itens de modo que um não forneça indícios ou confunda a resposta de outro; evitar a interdependência entre itens, e se houver, ter clareza da necessidade de analisar no conjunto (Hoffmann, 2011).

Para registros qualitativos ou descritivos, Hoffmann (2011) assegura que já se evoluiu no sentido da avaliação mediadora na medida em que interagimos, questionamos, observamos e experimentamos fazer anotações para além do certo e errado. Contudo, salienta que essas ações devem estar fundamentadas em algumas perguntas, tais como: “como posso contribuir para a maior aprendizagem dos alunos? O que não sei sobre eles que preciso saber? Como aprender sobre seus jeitos diferentes de aprender?” (Hoffmann, 2011, p. 135-136). Para além disso, a autora relata que muitos professores perguntam sobre como fugir à subjetividade. Ao que ela responde não haver como evitar, “mas há como tomar consciência do risco da ilusão nas nossas interpretações” (Hoffmann, 2011, p. 135-136).

Para a autora, assim como o estudante não redigirá um texto sobre um tema que não conhece, o professor deve estar estimulado a uma análise epistemológica das tarefas para a utilização de instrumentos para registros qualitativos. Do contrário, ele não poderá registrar, nem refletir, nem agir. Sem compreender o real sentido desses registros o professor acaba reproduzindo, em outra linguagem, práticas classificatórias tais como registrar observações tão

genéricas quanto conceitos e notas; centrar suas anotações em procedimentos, sem aprofundamento nos processos de aprendizagem; ou, ainda, registrar questões de ordem atitudinal entre alunos, sem conversar sobre o que foi observado.

Hoffmann (2011) acredita que, independentemente da forma de realizar os registros, toda experiência de transformar em palavras o que o professor observa e interpreta sobre os estudantes significa avanços, pois nesse sentido, concordo com a afirmação da autora de que somos todos aprendizes nesse processo e precisamos construí-lo de forma gradual, refletindo cuidadosamente sobre cada passo dado.

Meu primeiro contato com os programas de residência do INCA se deu em 2011, com o objetivo de assessorar a elaboração do plano de curso do programa de residência multiprofissional (a física médica foi incluída posteriormente, em 2013), buscando articular toda a experiência acumulada separadamente nas especializações uniprofissionais a um único programa multiprofissional. Para isto foi realizada uma série de oficinas, no decorrer das quais chegamos ao momento de discutir a avaliação da aprendizagem então realizada.

Naquela ocasião, havia na instituição cursos de especialização uniprofissionais, cujos instrumentos de avaliação previam a atribuição de conceitos A, B, C ou D (excelente, bastante suficiente, suficiente ou insuficiente). Em razão das dificuldades em estabelecer médias para chegar aos conceitos finais, foi pactuada uma correspondência entre notas e conceitos, a saber: 100-90 = A; 89-70 = B; 69-50 = C; 49-0 = D. Nessas denominadas "fichas de avaliação do discente", avaliavam-se aspectos atitudinais e as atividades previstas, que compreendiam atividades teórico-práticas (realizadas em ambulatórios, enfermarias, centros cirúrgicos, laboratórios e visitas domiciliares) e teóricas (realizadas em sala de aula). Essas últimas utilizavam provas, trabalhos individuais e coletivos com o conceito transcrito para a ficha de avaliação. O grupo de profissionais que participou das oficinas para elaboração do plano de curso apontou pontos positivos e negativos do modelo utilizado.

Foi unânime naquele grupo a decisão de mudar os instrumentos utilizados, no sentido de conferir-lhes caráter qualitativo. Ao longo do tempo, diferentes versões de fichas de avaliação foram sendo utilizadas com o intuito de aprimorá-las, sempre buscando manter o caráter qualitativo. Cabe ressaltar que, em todas as suas versões, esses instrumentos foram construídos coletivamente, pelos representantes das comissões de ensino de todas as categorias profissionais envolvidas nos programas. Ou seja, os instrumentos de avaliação da prática não foram impostos, uma vez que houve discussões para a sua elaboração, com a participação de preceptores e residentes de todas as categorias profissionais.

Com o passar dos anos foram acontecendo mudanças na instituição, como a saída de muitos profissionais que compunham o grupo que inicialmente participou das oficinas para elaboração do plano de curso, que foram sendo substituídos em decorrência de aposentadoria, ou permuta entre setores do próprio INCA ou entre unidades do Ministério da Saúde, bem como a chegada de novos profissionais via concurso ou contratação temporária. Mas, independentemente disso, como já abordado anteriormente, era perceptível uma dificuldade de utilização dos "novos" instrumentos por parte dos preceptores, mesmo daqueles que participaram das discussões para a sua elaboração. Surgiu, então, em 2022, a proposta de outro formato de instrumento, desta vez com viés mais restrito, quantitativo. Teriam eles compreendido o real sentido dos registros anteriormente propostos? Ou eles apenas reproduziam, em outra linguagem, as mesmas práticas classificatórias, registrando observações tão genéricas quanto as notas ou conceitos? Nesse sentido, me vem à mente o alerta de Esteban (1999) acerca da tensão entre continuidade e ruptura, traduzida no dilema entre manter a perspectiva quantitativa ou redefinir definitivamente o percurso da avaliação.

2.3 Os dispositivos pedagógicos e a produção de subjetividade. (Primeiras) Aproximações

Depois que passei a me dedicar ao ensino, fui apresentada a novos temas e autores. Sobre alguns eu já havia ouvido falar, sobre outros, nem a mais leve menção. Durante a especialização e o mestrado fui, aos poucos, encontrando suporte para os trabalhos solicitados. No doutorado, mais inquietações. Muitos conceitos novos para me aproximar, mas com a clareza da necessidade de compreendê-los para que eu pudesse desenvolver meus estudos no tema da avaliação. Este sentimento me remete às reflexões de Penido (2020) no estudo realizado sobre a procura por pós-graduações para estudar situações relacionadas ao seu trabalho. Reconhecendo minha situação de trabalhadora-pesquisadora compreendo que as posições que ocupo como trabalhadora e como pesquisadora não se alternam, mas, ao contrário, são síncronas. Para Lourau (1996 *apud* Penido, 2020) implicação diz respeito à relação do indivíduo com as instituições e, nesse sentido, Penido (2020, p. 387) afirma que

> No caso do trabalhador-pesquisador, o fato de conduzir sua pesquisa no local em que atua profissionalmente ou em outro próximo, que guarde similaridades ou laços com seu ambiente ou seu domínio de atividade (Lavergne, 2007), é o que muitas vezes torna possível sua inserção naquela situação social de pesquisa. Entretanto a proximidade que facilita o acesso traz, ao mesmo

> tempo, desafios em relação à suposta necessidade de distanciamento em relação ao objeto de pesquisa.

Desse modo, compreendo que não irei perseguir a neutralidade, mas analisarei minhas próprias relações com as variadas instituições que me atravessam.

Mas, o que seriam mesmo dispositivos pedagógicos e, mais ainda, essa produção de subjetividades? Sob a ótica de minha formação tecnicista e pragmática, um dicionário esclareceria: dispositivo = aparelho ou mecanismo destinado à obtenção de certo fim; subjetividade = qualidade do que é subjetivo. E, subjetivo = 1. relativo ao sujeito ou nele existente; 2. que se passa no espírito ou no pensamento ou resulta das percepções pessoais; 3. que depende de opiniões pessoais ou do indivíduo. [...]; 6. aquilo que é relativo ao sujeito ou aos seus pensamentos ou percepções (Dicionário Online de Português, 2024).

Felizmente, nos últimos anos, venho deixando no passado a perspectiva biomédica da minha formação e buscando outros sentidos para compreender os sujeitos e suas histórias. Desse modo, ficou claro que a resposta não estaria em um dicionário, e que somente no desenrolar das leituras e discussões em grupo seria possível fazer as primeiras aproximações.

Uma das leituras efetuadas, um texto de Félix Guattari (1987), no qual o autor traz uma reflexão sobre a perda precoce da liberdade de expressão nas crianças, e o papel da televisão e jogos educativos em meio a uma revolução em curso, em que as tecnologias e meios de comunicação de massa provocam complexas transformações. Guattari (1987, p. 54) afirma que "os sistemas capitalistas e socialistas burocráticos haviam confiado ao pessoal das escolas uma tarefa capital: a de adaptar a criança ao saber e aos valores da sociedade dominante". A leitura desse trecho me remeteu de imediato a um conto que encontrei em minhas buscas pela internet por materiais para uma ação pedagógica[16] que realizava junto a preceptores dos programas de residência da instituição em que sou servidora.

Esse conto[17] é sobre um menino que foi sendo moldado pela professora no que tange à liberdade de criar. Utilizo esse recurso na ação mencionada com o objetivo de levar os preceptores a refletirem sobre que profissionais eles se propõem a formar. Se profissionais apenas repetidores de técnicas, ou profissionais com sólidos conhecimentos técnicos, porém

---

[16] O curso de qualificação didático-pedagógica é oferecido pelo INCA desde 2014, e esteve sob coordenação desta pesquisadora até 2024, com o objetivo de proporcionar aos preceptores da instituição o aprimoramento do exercício da função de preceptoria. O curso pretende facilitar ao preceptor a compreensão sobre sua responsabilidade na formação dos profissionais de saúde durante o processo ensino-aprendizagem; discutir diferentes estratégias pedagógicas, bem como os elementos do planejamento de ensino para o exercício da função de preceptoria; e fornecer subsídios para o emprego de práticas avaliativas inclusivas.

[17] A autoria deste conto é de Helen Barckley. Conto Flor vermelha de caule verde! E está disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3255227/mod_resource/content/1/Conto%20-%20Flor%20vermelha%20de%20caule%20verde.pdf

críticos e voltados para o cuidado integral em saúde, que presume o uso das diferentes tecnologias tecidas por Merhy e Franco (2003), apresentadas na seção 1, as quais pressupõem o aspecto relacional do trabalho e da formação em saúde. É preciso que mestre e aprendiz compartilhem suas experiências para a busca de novos processos que favoreçam essa produção do cuidado integral.

Acontece que, na formação em saúde, além de responsáveis pelo acompanhamento dos estudantes na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para esta prática, "muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo" (Botti; Rego, 2008, p. 365). Na perspectiva de adaptação de saberes e valores, trazida por Guattari (1987), me pergunto em que medida os preceptores de programas de residência em saúde compreendem a amplitude de sua responsabilidade quando assumem o papel de ensinar, orientar, inspirar e influenciar no desenvolvimento de jovens profissionais de saúde.

Larrosa-Bondía (1994) esclarece que a produção e mediação pedagógica da relação da pessoa consigo mesma tem especial importância em diferentes contextos educativos. Um deles é o contexto de autorreflexão dos educadores, que se desenvolve nas práticas de sua formação, nas quais o objetivo é que os indivíduos questionem, esclareçam e, eventualmente, transformem a maneira como construíram sua identidade pessoal em relação ao seu trabalho. Trata-se de formar e transformar um professor reflexivo, capaz de analisar, reanalisar e ajustar continuamente sua própria prática e a si mesmo, dentro do contexto da prática profissional.

Nesse sentido, que práticas pedagógicas se produzem nos programas de residência em saúde, uma vez que é comum ouvir de residentes relatos a respeito de condutas extremamente autoritárias de alguns preceptores. Teriam eles passado por essa mesma experiência em seu percurso formativo? Se passaram, o quê dessa experiência ficou neles, considerando a perspectiva que traz Larrosa-Bondía (2002, p. 26) de que "é experiência aquilo que 'nos passa', ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação".

Sobre o saber de experiência, o autor afirma que este se dá na relação com a existência, com a vida singular de cada um. E alerta para não confundir experiência com experimento (conversão feita pelo método cartesiano, que a transformou em um elemento do método). "Se o experimento é genérico, a experiência é singular. Se a lógica do experimento produz acordo, consenso ou homogeneidade entre os sujeitos, a lógica da experiência produz diferença, heterogeneidade e pluralidade" (Larrosa-Bondía, 2002, p. 28).

Retomando o raciocínio sobre o papel do preceptor na formação de jovens profissionais de saúde, para a produção de novas práticas transformadoras das experiências de si é importante compreender o contexto em que esses preceptores construíram sua identidade pessoal em relação a seu trabalho, pois

> Se a experiência de si é histórica e culturalmente contingente, é também algo que deve ser transmitido e ser aprendido. Toda cultura deve transmitir um certo repertório de modos de experiência de si, e todo novo membro de uma cultura deve aprender a ser pessoa em alguma das modalidades incluídas nesse repertório. Uma cultura inclui os dispositivos para formação de seus membros como sujeitos ou, no sentido que vimos dando até aqui à palavra "sujeito", como seres dotados de certas modalidades de experiência de si. Em qualquer caso, é como se a educação, além de construir e transmitir uma experiência "objetiva" do mundo exterior, construísse e transmitisse também a experiência que as pessoas têm de si mesmas e dos outros como "sujeitos". Ou, em outras palavras, tanto o que é ser pessoa em geral como o que para cada uma é ser ela mesma em particular (Larrosa-Bondía, 1994, p. 43).

Tavares, Carmo e Mourão (2014, p. 2215), destacam que “ainda que não exerça função acadêmica estrita, o preceptor tem papel decisivo na formação de um profissional mais humano, crítico, propositivo, transformador e atento às necessidades dos usuários dos serviços de saúde”. Sendo os programas de residência caracterizados pelo ensino em serviço, com carga horária de atividades práticas correspondendo a 80% do programa, pode-se afirmar que os preceptores são protagonistas no processo ensino-aprendizagem.

Maeda (2006) identificou competências fundamentais para um preceptor: utilizar o campo de estágio como local de aprendizagem; administrar a progressão das aprendizagens, respeitando-se a individualidade e a heterogeneidade da turma; envolver os residentes em sua aprendizagem e em seu trabalho; estimular o trabalho em equipe; participar da administração do hospital; utilizar as novas tecnologias no ensino; formar profissionais éticos; administrar a sua própria formação; ter domínio dos conteúdos, equipamentos e procedimentos; gostar de ensinar; saber agir e reagir com pertinência, com capacidade de diagnóstico e de solução de problemas. Pagani e Andrade (2012, p. 103) complementam: desenvolver uma atividade “harmônica, honesta, participativa, de apoio, de segurança, de confiança, íntegra e com vínculo”. Além de “adotar uma postura problematizadora, dialógica e participativa e, ao mesmo tempo, ser um educador, apoiador dos profissionais e residentes no território”.

Os profissionais de saúde que realizam a função de preceptoria no INCA atuam na assistência, com metas e produção a serem atingidas, normas rígidas, controle de horário no molde fabril e sem destinação de carga horária para realizar preceptoria (Lima; Ribeiro; Silva, 2015). Isto significa que esses profissionais estão sujeitos a uma multiplicidade de atividades durante o trabalho, o que dificulta o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem dos

residentes. Tavares, Carmo e Mourão (2014) consideram que, diante desse cenário de exiguidade de tempo, de escassez de profissionais no setor, de interlocução deficiente entre ensino-serviço, de sobrecarga de trabalho e de precariedade das condições de trabalho, o exercício da preceptoria tende a ser minimizado, podendo prejudicar o processo de formação dos residentes. Acrescente-se a isso a questão da avaliação da aprendizagem, que fica extremamente comprometida nesse contexto de múltiplas atividades.

Nesse contexto, alguns profissionais acabam por realizar a atividade de preceptoria por se sentirem comprometidos com a formação dos jovens residentes, muitas vezes fazendo o planejamento e buscando se instrumentalizar para a atividade fora do horário de trabalho. O fato de exercer a função de preceptoria pode invadir a vida pessoal do profissional de saúde, já atravessada por incontáveis instituições e inserida em um contexto que compreende os dispositivos destinados à formação de seus membros enquanto sujeitos, dotados de determinadas modalidades de experiência de si (Larrosa-Bondía, 1994).

Sobre dispositivos, Lopes e Morel (2019) esclarecem que o conceito foi apresentado originalmente por Foucault (1979, p. 244) como

> um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma o dito e o não dito são os elementos dos dispositivos. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

Em Kastrup e Barros (2010, p. 90), dispositivos possibilitam processos de criação posto que se caracterizam por sua capacidade de romper com aquilo que está bloqueado para a criação, pelo seu potencial de liberdade de se desprender dos códigos que conferem um mesmo sentido a tudo. Ele tensiona, direciona para um outro lugar e provoca novos agenciamentos.

No campo da educação, as estratégias curriculares podem ser entendidas como dispositivos, "que podem tanto mobilizar experiências de transformação quanto de assujeitamento" (Lopes; Morel, 2019).

Larrosa-Bondía (1994) esclarece que um dispositivo pedagógico é qualquer espaço onde a experiência de si se transforma. É onde se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo próprio, tais como uma prática de educação moral, uma assembleia escolar, uma sessão de terapia, um confessionário, um grupo político ou uma comunidade religiosa, sempre que estejam orientados a constituir ou transformar o modo como os sujeitos se descrevem, se julgam ou se controlam.

Amado (2016), por intermédio do artigo *A organização curricular e a avaliação da aprendizagem como dispositivos pedagógicos: uma experiência em EJA* apresentou-me a

avaliação como um dispositivo, uma prática pedagógica deflagradora da experiência de si. Com base em Larrosa-Bondía (1994), o autor afirma que "os dispositivos pedagógicos (por exemplo, qualquer prática pedagógica com certas regras e certas formas de realização) devem ter sua contingência e historicidade reconhecidas e, como deflagradores da experiência de si, são tomados como constitutivos da subjetividade" (Amado, 2016, p. 545).

A subjetividade, para mim uma abstração com que me deparei nos primeiros encontros do doutorado, e cuja compreensão me escapava a cada momento em que eu pensava que estava a alcançá-la. Soares e Miranda (2009) me trouxeram as primeiras luzes, mesmo que ainda tênues. Os autores discutem a produção de subjetividade propondo uma definição provisória: "tudo aquilo que concorre para a produção de um 'si', um modo de existir, um estilo de existência" (Soares; Miranda, 2009, p. 416). Partindo daí, ao discutir o que produz subjetividade, apresentam os conceitos de máquina e de agenciamentos coletivos de enunciação, que produzem assujeitamento e singularização no contexto do Capitalismo Mundial Integrado (CMI). CMI, Guattari refere ser a integração, num mesmo sistema de produção, tanto das economias capitalistas como das economias ditas socialistas, numa cumplicidade em que os dois modelos conjugam esforços para escravizar a vida humana.

Miranda (2000) esclarece que a subjetividade é assumida de diferentes formas pelos indivíduos em suas experiências particulares, variando entre dois polos: do assujeitamento ou da singularização. No primeiro, a subjetividade assujeitada às instituições produtoras de subjetividade (família, Estado, trabalho, mídia) marcada pela conformidade, pela homogeinização, pela massificação do cotidiano. No segundo polo, da subjetivação singularizante, que é caracterizada pela criação de novos processos, múltiplos e heterogêneos, que constroem relações livres e criativas, em que indivíduos e grupos adotam modos singulares de existência, criando valores e formas de pensar e de agir.

Na medida em que ocorre no mundo uma "fabricação de indivíduos massificados em meio à produção generalizada de uma subjetividade assujeitada laminada em sua potência de invenção", Soares e Miranda (2009, p. 420-421) questionam se é possível pensar em produzir subjetividades singulares e singularizantes que escapem às modelizações dominantes. A resposta dos autores a esse questionamento é: sim! Sempre é possível atrever-se a singularizar, opondo à máquina de produção de subjetividade os processos de singularização, nos quais se recusam todas as formas de manipulação para construir modos de sensibilidade, de relação com o outro, de produção e de criatividade que produzam uma subjetividade singular.

No que diz respeito à avaliação da aprendizagem enquanto dispositivo pedagógico constitutivo de subjetividade, Amado (2019, p. 339) salienta que

> A cultura avaliativa, difundida na sociedade contemporânea, tem produzido a lógica de tudo quantificar. Porém, a discussão acerca desta produção, de seu caráter subjetivante, não tem encontrado muito espaço nas formações. As práticas de avaliação pautadas no pragmatismo têm prevalecido, consolidando-se em políticas públicas e instrumentos de avaliação institucionais que se preocupam mais em estabelecer rankings, hierarquias e classificações do que em se valer dos instrumentos de avaliação como parte integrante da metodologia de ensino, auxiliando o professor e o próprio aluno na identificação e superação das dificuldades encontradas durante o processo de aprendizagem. Por meio de vários dispositivos, a educação pretende controlar a aprendizagem do outro.

No contexto dos programas de residência em área profissional da saúde, a experiência que venho vivenciando tem me trazido alguns questionamentos sobre como lidar com as dificuldades de compreensão acerca da avaliação da aprendizagem. Como compreender o fato, como abordado anteriormente, de que muitos profissionais que passaram pela residência e experimentaram demonstrações de poder e autoritarismo, reproduzem esse mesmo modelo de ensinar? Que caminhos poderiam ser traçados para superar as dificuldades, e até mesmo resistências que observo, tanto nos preceptores quanto nos residentes, em lidarem com instrumentos mais abertos para registro do desenvolvimento da aprendizagem? Qual modelo de instrumento poderia atender a essa necessidade, uma vez que, habituados ao modelo tradicional de ensino, preceptores e, mesmo residentes, parecem se conformar com a prática tradicional de avaliação da aprendizagem baseada na atribuição de notas ou conceitos que hierarquizam e classificam? Seria um reflexo da dinâmica social imposta por uma concepção de educação que constrói um processo avaliativo homogeneizado, sem considerar a sutileza das diferenças de ritmos e tempos de aprendizagem? Poderá haver resistência às modelizações dominantes? Poderão ser produzidas subjetividades singulares e singularizantes?

Na medida em que alguns preceptores parecem reproduzir um modelo de ensinar que remete a manifestações de poder, recorro às considerações de Amado (2019, p. 336) sobre a formação de professores. O autor assevera que este é o lugar em que são ensinados técnicas de trabalho e conteúdos teóricos, no qual "espera-se que o professor execute procedimentos previamente definidos, geralmente com reduzido grau de liberdade para diferir" (Amado, 2019, p. 336). Mas, em outro sentido, neste mesmo lugar está o pensamento de que a formação docente é um espaço que pode oportunizar a "vivência de experiências transformadoras de si". Em ambos os casos, observa o autor, "as práticas pedagógicas são práticas de governamento, de si e dos outros". Contudo, no sentido de espaço de vivência de experiências transformadoras de si, está o desafio de evitar os efeitos do poder de reduzir a liberdade, presente nas práticas pedagógicas que definem um modo único de pensar e de se constituir profissionalmente.

Reportando-se ao pensamento de Foucault no que se refere ao poder, Amado (2019) pondera que pensar em práticas de liberdade não significa evitar qualquer presença do poder nas relações pedagógicas, mesmo porque, segundo Foucault, não seria possível haver sociedade sem relações de poder entendidas como estratégias para determinar a conduta dos outros. Amado (2019) acredita que criar condições para a experiência de si por meio da avaliação da aprendizagem exige uma atenção constante aos efeitos de nossas próprias ações. É importante refletir se, permanecemos presos a estratégias normatizadoras e, com isso, acabamos dificultando a emergência das diferenças, ou se, de fato, estamos criando processos que permitem a transformação de si. Nesse processo, a avaliação não deve se basear em padrões ou critérios preestabelecidos, mas sim oferecer ao indivíduo a oportunidade de pensar de forma diferente, de explorar outros modos de ser conduzido ou de se conduzir.

Face ao exposto, no espaço dos programas de residência, como conduzir práticas pedagógicas na preceptoria (em especial no que tange à avaliação da aprendizagem) com o propósito de que essas práticas sejam espaços de experiência, no sentido da experiência como isso que **me** passa? É possível fazer dos programas de residência espaços de produção de subjetividades singularizadas mencionadas por Soares e Miranda (2009)?

2.4 Avaliação da aprendizagem nos programas de residência em área profissional da saúde como experiência de si. Uma quimera?

No contexto dos programas de residência em área profissional da saúde, em que as atividades práticas predominam, o tema avaliação tem sido para mim fonte inesgotável de estudos na busca por uma forma de avaliar que contemple, não apenas o estabelecido pela legislação própria dos programas, como também, particularmente, a percepção do desenvolvimento do aprendizado do residente, com as devidas reorientações da aprendizagem necessárias para o êxito do processo ensino-aprendizagem.

Está apontado na seção 1, que a formação profissional em saúde mantém suas bases, ainda, no modelo biomédico. Um fenômeno recorrente nas instituições de ensino, incluindo aquelas de formação em saúde, consiste em atribuir ao ensino a função exclusiva de transmissão de conhecimentos, sobrecarregar o estudante com informações a serem decoradas de forma mecânica e sem questionamento, aplicar exercícios repetitivos, impor a disciplina e usar castigos (hoje se manifestando sob a forma de assédio, racismo, etc.). Tais práticas contribuem

para que os conhecimentos sejam “estereotipados, insossos, sem valor educativo vital, desprovidos de significados sociais, inúteis para a formação das capacidades intelectuais e para a compreensão crítica da realidade” (Libâneo, 1994, p. 65).

No que concerne aos processos avaliativos da prática profissional nos programas de residência, estes muitas vezes se dão não sob a forma clássica de exames, que Barriga (1999, p. 52) assegura efetuar “reducionismos técnicos sobre o saber pedagógico”, produzindo inversões das relações sociais e das relações pedagógicas, mas com ações que os replicam. Desse modo, as práticas avaliativas também se tornam um espaço de inversão das relações de saber e de poder, “de tal modo que apresenta como se fossem relações de saber, as que fundamentalmente são de poder” (Barriga, 1999, p. 57).

Algumas discussões ainda incipientes vêm sendo levantadas no âmbito das residências em saúde, sobre avaliação da aprendizagem prática, com propostas de cunho diagnóstico e formativo. Apesar disso, o que se observa muitas vezes nos campos de prática dos programas de residência em saúde em que os residentes exercem atividades técnicas, inerentes à sua profissão e à área de concentração do programa, é essa inversão da qual trata Barriga (1999). Esta cultura avaliativa está de tal modo arraigada nos preceptores e docentes da área da saúde, que é possível observar uma grande resistência (ou seria dificuldade?) em abraçar outras possibilidades de processos avaliativos como parte do processo ensino-aprendizagem. Não que os preceptores acreditem ser fácil medir a aprendizagem com conceitos e notas. Eles relatam dificuldade em mensurar. Por outro lado, de modo geral, também não se dispõem a compreender as múltiplas dimensões do olhar avaliativo.

Hoffmann (2011) assegura que os alicerces da avaliação são os valores construídos pela escola. À pergunta por que avaliar, se responde com base na educação que pretendemos, que sujeito pretendemos formar, e qual a natureza ético-política de nossas decisões. Esta autora pondera que avaliação é uma forma de controle. Contudo, pode ser controle em dois sentidos diferentes: no sentido de cerceamento, ou no sentido de acompanhamento com olhar atento, afetuoso, em constante diálogo. E este último é o sentido que deve, para mim, trazer o brilho ao olhar.

Talvez possa afirmar que, ao longo desses anos em que estive à frente dos processos pedagógicos dos programas de residência, vinha, intuitivamente, buscando desenvolver estratégias para que a avaliação da aprendizagem prática escape das modelizações dominantes e venha a ser um espaço de experiência verdadeiramente transformadora para os residentes. Todo o planejamento pedagógico dos programas foi feito coletivamente, por meio de oficinas, desde que se iniciou a elaboração dos planos de curso. A mudança nos processos avaliativos da

aprendizagem prática vem sendo gradualmente realizada por meio de discussões coletivas com grupos de docentes/preceptores, com aporte teórico de autores que acreditam numa avaliação da aprendizagem inseparável do processo ensino-aprendizagem, auxiliar da aprendizagem e comprometida mais do que com uma concepção pedagógica, com uma concepção de mundo crítica.

Como concepção crítica de mundo entenda-se uma forma de compreender a realidade de maneira reflexiva, questionadora e transformadora. A formação profissional realizada sob esta concepção de mundo poderá contribuir para que os jovens profissionais residentes compreendam as estruturas sociais, culturais, políticas e econômicas que moldam a vida humana, identificando injustiças, desigualdades e contradições presentes na sociedade. E, em vez de aceitar passivamente as condições impostas pelo contexto em que se vive, busquem compreender as causas e as dinâmicas por trás dos fenômenos para, então, propor soluções ou alternativas que promovam a mudança e a emancipação. Em outras palavras, uma formação profissional para além da excelência técnica. Uma formação profissional que instrumentalize o futuro profissional de saúde especialista em oncologia para colocar em prática o cuidado integral ao usuário do sistema de saúde.

Ainda que seja longo, acredito que a Coordenação de Ensino do INCA está num caminho de busca para promover a compreensão da avaliação como parte integrante do processo ensino-aprendizagem, no qual preceptores e residentes identifiquem e superem juntos as dificuldades encontradas. Nesse caminho está, também, a busca por um instrumento para registro da avaliação da aprendizagem prática que favoreça que esta seja um espaço de experiência.

Todavia, desvencilhar-se de toda uma construção histórica de si não é simples. Idas e vindas fazem parte do percurso de todo processo educativo. No microuniverso dos programas de residência, preceptores e docentes chegam e se vão, assim como os residentes. É um permanente recomeçar. Por isso, desistir não é uma opção, mas persistir e buscar uma proposta avaliativa das aprendizagens práticas que favoreçam uma experiência modificadora de si, a residentes e preceptores. Torço para que, após todos os debates e reflexões que forem realizados, o INCA possa proporcionar aos estudantes dos programas de residência a oportunidade de aprender não com mestres explicadores, mas com mestres emancipadores (Rancière, 2002).

3 PROCESSOS AVALIATIVOS DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS EM SAÚDE

Nesta seção serão apresentadas diferentes análises que perpassam pelos reflexos do ensino em serviço nas residências, abordando as possíveis causas e propostas de solução para o sofrimento causado pelo trabalho e no trabalho dos profissionais de saúde preceptores. Os fatores que influenciam na realização do trabalho docente em saúde, e os processos avaliativos no ensino em saúde serão pontos também discutidos.

3.1 Efeitos do ensino em serviço nas residências em saúde

Como já abordado na seção 2, o preceptor tem papel fundamental na formação de jovens profissionais de saúde. Conforme afirma Maeda (2006), o preceptor é o profissional que, dentre outras funções, deve administrar a progressão das aprendizagens com capacidade de diagnóstico e de solução de problemas. Para Pagani e Andrade (2012) o preceptor deve, também, desenvolver as atividades de forma harmônica, honesta e participativa, oferecendo apoio, segurança e confiança, criando vínculo com seus discentes. Além disso, deve adotar uma postura crítica, dialógica e participativa, enquanto se posiciona como educador.

Todavia, há questões que atravessam essas atividades, complexificando-as, tanto na perspectiva dos preceptores quanto dos residentes. Para os preceptores, a sobrecarga de trabalho por escassez de pessoal, as condições de trabalho pouco adequadas, exigência de alta produtividade e falta de aproximação às questões inerentes ao ensino e à aprendizagem são alguns dos atravessamentos que contribuem para dificultar o exercício da preceptoria (Lima; Ribeiro; Silva, 2015; Trajman *et al*., 2009). Para os residentes multiprofissinais, majoritariamente profissionais recém-graduados, um fator importante é a inexperiência e, consequentemente, insegurança, o que requer a necessidade de supervisão permanente, especialmente no primeiro ano de programa, quando o discente é apresentado ao mundo real do trabalho em saúde.

Lima, Ribeiro e Silva (2015) consideram que a atividade de preceptoria pressupõe diferentes tempos: para planejamento das atividades dos residentes; para identificação de demandas de aprendizado; para avaliação do residente; para a busca de métodos pedagógicos que facilitem correlacionar teoria e prática, além do tempo para compartilhar o conhecimento

com o residente. Contudo, as dificuldades se iniciam já no primeiro tempo, uma vez que o planejamento das atividades nos campos de prática dos programas de residência nem sempre é desenvolvido de modo coletivo pelas equipes docente e do serviço, levando a uma organização desarticulada da realidade do campo de prática. Além dessa desarticulação, a seleção dos preceptores pode também se mostrar como um dificultador para o processo de aprendizagem dos residentes, uma vez que os critérios adotados raramente consideram a capacidade pedagógica dos preceptores.

Muitas vezes, o que se vê são preceptores incorporados à prática pedagógica sem qualquer qualificação nesse sentido, chegando a esta função por meio de convites dos responsáveis pelos programas/instituições por motivos como: ser especialista no campo específico do programa, ter feito residência no mesmo programa, ter disposição para ensinar, entre outros (Oliveira; Oliveira; Fonseca, 2021).

Em alguns casos, a atividade de preceptorar é destinada ao profissional independentemente de sua vontade, o que é um elemento complicador, tendo em conta o cenário real do trabalho em saúde, caracterizado pela exiguidade de tempo, pela escassez de força de trabalho, pela comunicação deficiente entre ensino e serviço, pela sobrecarga e precariedade das condições de trabalho. Nesse cenário, o exercício da preceptoria pode ser limitado, comprometendo o modelo de formação proposto pelos programas de residência e prejudicando a formação dos jovens residentes (Lima; Ribeiro; Silva, 2015).

A justaposição de atividades de ensino e de assistência destaca-se, também, como fator limitador do adequado exercício da preceptoria em programas de residência. Tavares *et al.* (2014), ressaltam a necessidade de assegurar tempo e local adequados para o desenvolvimento de ações que compreendem a atividade de preceptoria pois, aparentemente, o profissional está constantemente envolvido nas atividades específicas de seu serviço, sem perceber que, por se tratar de um hospital de ensino, o planejamento de seu trabalho deveria incluir também esta dimensão. E, no contexto do trabalho em saúde, o tempo dedicado pelos profissionais à realização das ações e serviços tende a ser extenso, uma vez que muitos desses trabalhadores acumulam mais de um emprego e precisam desempenhar diversas funções ao longo de diferentes períodos destinados ao trabalho. Entre essas funções, o exercício da preceptoria nos programas de residência em área profissional da saúde (Lima; Ribeiro; Silva, 2015).

Alguns estudos relacionam as condições de saúde e o sofrimento gerado pelo trabalho e no trabalho. Blozen (2010) afirma que é desafiador orientar um novo profissional, o que pode ser fator desencadeante de estresse e síndrome de burnout. Para a autora, fatores como a falta de preparação pedagógica e de remuneração específica ou outro tipo de compensação, são

fatores desencadeantes. A autora afirma que há relatos de sensação de estresse pelo não cumprimento das responsabilidades docentes e de disparidade entre a visão de seu papel como preceptor e o que poderiam realizar.

Nesse sentido, sem a pretensão de desenvolver intervenções desta magnitude, mas buscando modos de compreender as implicações da atividade do profissional preceptor em sua própria saúde, reporto-me a Yves Clot[18]:

> O real da atividade é, igualmente, o que não se faz, o que se tenta fazer sem ser bem-sucedido – o drama dos fracassos – o que se desejaria ou poderia ter feito e o que pensa ser capaz de fazer noutro lugar. E convém acrescentar – paradoxo frequente – o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito; o que deve ser refeito, assim como o que se tinha feito a contragosto [...] Ora, a existência dos sujeitos é tecida nesses conflitos vitais, que eles procuram reverter em intenções mentais, para deles se desprenderem. A atividade é uma provocação subjetiva mediante a qual o indivíduo se avalia a si próprio e aos outros para ter a oportunidade de vir a realizar o que deve ser feito. As atividades suspensas, contrariadas ou impedidas – até mesmo as contra-atividades – devem ser incluídas na análise (Clot, 2010, p. 103-104).

A atividade real, chamada de atividade em oposição à tarefa, é analisada por Clot sob a ótica da atividade realizada – aquilo que efetivamente é feito – e do que ele denomina de real da atividade. Em relação à atividade realizada, Clot enfatiza que esta não detém o monopólio da atividade. O que é realizado representa uma pequena fração do que seria possível. Na realidade, a atividade envolve também o que não é feito, o que não pode ser feito, o que deveria ser feito, o que se gostaria de fazer, e até mesmo o que se faz sem necessidade. Na verdade, o que cansa é a impossibilidade de realizar aquilo que se gosta de fazer (Santos, 2006).

Relacionando isto ao sofrimento gerado pelo e no trabalho, Lima, Ribeiro e Silva (2015) afirmam que essa discussão acerca da atividade de preceptoria ganha contornos dramáticos quando se considera o ambiente hospitalar em oncologia, no qual se lida com o sofrimento, a dor e a morte de pacientes. Isso tudo se soma, podendo repercutir em sofrimento dos profissionais. Nesse sentido, cabe lembrar que ao exercer a atividade de preceptoria e o trabalho habitual na assistência, esses profissionais vivem uma sobrecarga de trabalho gerada pela exigência do cumprimento de protocolos e metas de desempenho para responder aos indicadores de produtividade, além do grande número de documentos a serem preenchidos. É comum identificar profissionais extenuados e adoecidos que, buscando minimizar o sofrimento gerado pelo trabalho se refugiam no cumprimento de burocracias ausentando-se do cuidado ao

---

[18] Yves Clot é a principal referência da Clínica da Atividade, fundamentada em Vygotsky, Leontiev e Bakhtin. Clot considera o trabalho muito mais do que uma tarefa: uma atividade dirigida, histórica, processual e de permanente recriação de novas formas de viver. Nesta teoria, a subjetividade é constituída pela atividade e na atividade, e o trabalho permeia a dimensão da história singular e a dimensão da história de um ofício (Bendasolli; Soboll, 2011).

paciente, ou resistindo a executar atividades como, por exemplo, a preceptoria. Quando o período de trabalho se encerra, tudo isso segue com eles para a vida pessoal. E, do mesmo modo que precisam se empenhar para desenvolver todas as suas atividades no trabalho, ainda é preciso encontrar tempo para o descanso e o lazer e, ainda, para o convívio social com familiares e amigos.

Esse contexto em que inúmeros elementos se encadeiam, trazendo uma série de repercussões para o trabalho de preceptores, produz reflexos na formação em serviço dos residentes, tornando-a deficitária. Os residentes, expostos às condições impostas pelo ensino em serviço, acabam também por, muitas vezes, desenvolver estresse e síndrome de burnout. Sob essas circunstâncias, a oportunização de espaços de reflexão sobre o trabalho poderia propiciar o desenvolvimento do "poder de agir dos profissionais sobre seu meio de trabalho, sobre a organização e sobre si-mesmos"? (Clot, 2017, p. 18).

Nesse sentido, nos últimos anos vem sendo ofertado aos residentes dos programas em área profissional da saúde do INCA uma experiência que tem se mostrado exitosa. Previsto no seu plano de curso, os programas disponibilizam como atividade curricular eletiva o Grupo de Reflexão. Caracterizado como atividade teórico-prática, seu objetivo é promover o diálogo e a reflexão acerca da prática oncológica e suas questões como a dor, a morte, o sofrimento e as vivências relacionadas ao dia a dia das residências. O embasamento teórico desta atividade está na Psicodinâmica do Trabalho[19], com a utilização de metodologias participativas, como exercícios de grupos reflexivos, metodologia dos Círculos Restaurativos[20] e Terapia Comunitária Integrativa[21] (INCA, 2024a).

Esta atividade teve início em 2015, a partir da iniciativa de uma servidora do INCA, psicóloga da Divisão de Saúde do Trabalhador, ao perceber o sofrimento dos residentes, que chegavam até ela por solicitação da Área de Ensino Multiprofissional, visando obter auxílio para as questões de saúde mental que surgiam frequentemente, sendo oficializada em plano de curso a partir de 2019. Infelizmente, o Instituto, por razões diversas, não oferta ainda aos seus servidores um atendimento nesse sentido o que, acredito, poderia ser muito bem recebido por

---

[19] A Psicodinâmica do Trabalho é uma das vertentes da teoria clínica do trabalho, que tem fundamentos na psicanálise, na ergonomia e na sociologia do trabalho. Tem como principal expoente Christophe Dejours. Esta teoria desenvolve análise sociopsíquica do trabalho, partindo de sua organização para compreender as vivências subjetivas como prazer, sofrimento, processo saúde-adoecimento e mecanismos de defesa, e mediação do sofrimento (Bendassolli; Soboll, 2011).

[20] Círculos Restaurativos: metodologia utilizada na prática educacional e jurídica para a resolução de conflitos comunitários (INCA, 2024a).

[21] A Terapia Comunitária Integrativa é reconhecida como prática integrativa e complementar no âmbito do SUS (INCA, 2024a).

todos, tendo em vista o grande número de afastamentos do trabalho por licença médica, em decorrência de problemas de saúde mental.

As teorias clínicas do trabalho[22], embora compartilhem alguns pressupostos, apoiam-se em conceitos específicos de subjetividade e de trabalho, propondo modos também específicos de compreender as situações de trabalho e os processos de subjetivação (Bendassolli; Soboll, 2011). Não obstante a vertente de análise psicológica das questões geradas pelo trabalho utilizada nas residências do INCA seja distinta da proposta da Clínica da Atividade de Yves Clot, ambas as abordagens estudam a relação entre trabalho e subjetividade.

Entendendo que as teorias de abordagem clínica priorizam métodos em que os sujeitos são chamados a refletir sobre suas práticas visando aumentar seu poder de ação, e assumem a premissa da "necessidade de lutar contra a vulnerabilização social, contra a ocultação do real trabalho e as formas de alienação e invisibilidade social" (Bendassolli; Soboll, 2011, p. 6), seria este um caminho para minimizar o sofrimento gerado pelo trabalho nas residências em saúde? Levando em conta que a assistência em um hospital oncológico é profundamente desgastante em função da gravidade da doença e tudo o que ela acarreta, proporcionar este tipo de cuidado aos profissionais, independente da atividade ou do vínculo, poderia contribuir para minorar o estresse dessa atividade?

O sofrimento gerado pelo trabalho é um tema complexo, que requer sua problematização. Estas e outras questões levantadas nesta tese serão retomadas adiante.

3.2 O trabalho docente e a avaliação das práticas profissionais em saúde: basta mudar os passos da dança se o ritmo da música não se alterou?

Em relação ao trabalho docente e seus fatores limitantes, Costa (2007) sugere algumas condições que restringem as mudanças nas práticas docentes do ensino superior em medicina. Entretanto, os fatores elencados se ajustam às práticas docentes das outras profissões da saúde que, assim como na medicina, resistem a mudanças, uma vez que os professores continuam a ensinar do modo como vivenciaram ao longo da vida, resistindo a metodologias de ensino-aprendizagem diferentes daquelas a que foram submetidos na sua formação. Desse modo, as

[22] Bendassolli e Soboll (2011) relatam que existem distintas vertentes de análise psicológica de questões geradas pelo trabalho: as vertentes cognitivo-comportamental, social e clínica. Entre as teorias de abordagem clínica apresentam-se a Psicodinâmica do Trabalho, a Psicossociologia, a Ergologia e a Clínica da Atividade.

considerações aqui apresentadas, compreendendo também a preceptoria, se darão numa visão ampliada aos demais profissionais da saúde.

Costa (2007) aponta alguns fatores limitantes de mudanças na atividade docente (em medicina). Um deles é o preparo pedagógico dos docentes, praticamente inexistente. Os estímulos para a atuação docente e critérios de progressão de carreira são voltados à produção científica em detrimento do exercício da docência, o que pouco vem valorizar a formação pedagógica. A pesquisa e o ensino não são inconciliáveis, mas competem no tempo disponível a ser disponibilizado pelo docente.

A falta de profissionalização docente é também citada por Costa (2007). O trabalho docente implica em exigências intelectuais e habilidades práticas para o seu exercício. A identidade profissional dos professores (como se sentem sobre o que são, sobre o que sabem, sobre suas produções, sobre suas relações profissionais etc.) está, em geral, mais focada na sua especialidade científica do que na atividade docente, que deveria ser tratada de forma profissional, não amadora. Além das competências específicas para o exercício de determinada profissão, há também as competências que são próprias do docente, que abrangem não apenas o domínio de uma área do conhecimento e da área pedagógica, mas também o fundamental exercício da dimensão política da docência, que passa pela visão de educação, de ser humano e de mundo.

Outro fator apontado é a desvalorização da formação docente do professor. Costa (2007) menciona o Projeto Avaliação do Ensino Médico no Brasil, da Comissão Institucional de Avaliação do Ensino Médico[23] (Cinaem) na década de 1990, que se debruçou sobre o processo de formação e docência médica. Nos debates promovidos neste projeto, houve consenso sobre o despreparo dos docentes e a recomendação de que os cursos na área médica promovessem a excelência dos médicos para a docência. O docente reproduz o modelo aprendido na sua experiência de quando foi aluno. Assim, na sua prática docente opera, conscientemente ou não, com base nesta formação intuitiva e autodidata, que é insuficiente. O docente passa de aluno a professor sem apropriar-se dos significados do conhecimento que compartilha com seus alunos no sentido educativo, social e epistemológico.

A resistência dos professores a transformações é citada por Costa (2007) como mais um fator limitante das mudanças no ensino médico. Acostumados ao modelo tradicional de ensino

[23] A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), criada em 1991, presidida pela ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica, criada na década de 1960 com o nome de Associação Brasileira de Escolas Médicas), reuniu dez instituições com a finalidade de avaliar a situação do ensino nas escolas médicas brasileiras (Lampert, 2006).

de transmissão de conhecimentos, as propostas de novas práticas pedagógicas trazem a sensação de insegurança, uma vez que os retiram da sua zona de conforto. O autor reconhece a importância da avaliação de programas, contudo, afirma que para se obter sucesso nesses processos avaliativos é preciso o real desejo de analisar a situação existente, propor-se a discutir e dispor-se a executar o plano de ação definido em um processo contínuo.

Por fim, o individualismo da ação docente, que os leva a conduzir o processo ensino-aprendizagem de um modo próprio, com estilos pedagógicos pessoais e empíricos. O docente aplica métodos e rotinas cristalizados, e não faz parte de sua prática questionar o ensino, mas apenas cumpri-lo. A organização dos currículos em disciplinas reforça esta prática, pois legitima o isolamento da ação docente (Costa, 2007).

A despeito de que essas considerações foram feitas há quase duas décadas, todos esses fatores apontados como limitantes da atividade de docência/preceptoria pouco mudaram, e ainda se manifestam nos dias atuais. Conforme abordado anteriormente, na seção 1, Costa *et al.* (2018) revelaram que apesar da tentativa de ruptura com o modelo biomédico (tradicional) de formação feita por meio de movimentos de reforma do ensino em saúde, a maioria das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para cursos da área apresentava nos currículos elementos do modelo tradicional de ensino no que diz respeito ao processo de avaliação, ao processo de ensino e aprendizagem e à organização curricular. Isto demonstra que, exceto por algumas experiências pontuais como, por exemplo, o Programa de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) – articulado ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), o PET-Vigilância à Saúde e o PET-Redes de Atenção, não tem havido mudanças relevantes no ensino em saúde no geral.

Sordi *et al.* (2015) narram a experiência positiva do Pro-PET Saúde a partir de um modelo avaliativo de programas que se identifica com os pressupostos do SUS presentes nos diferentes programas indutores de mudanças nos cursos de graduação em saúde criados pelas políticas ministeriais. Na discussão dos dados obtidos nesta avaliação, ainda que tenha havido resistência no âmbito dos colegiados dos cursos no que se refere a mudanças nas práticas pedagógicas e nas formas de relação com os serviços, foram apontados alguns avanços no projeto pedagógico de alguns cursos fomentados pelo Pró-PET como a criação de disciplinas integradas, proposição de projetos articuladores e, um início de reflexão sobre mudanças curriculares mais consistentes.

Serra *et al.* (2021) relatam que desde o final do século XX há um consenso sobre a necessidade de superar o modelo tradicional de ensino em saúde, hegemonicamente biomédico, em favor de uma abordagem mais adequada, que possa preparar os novos profissionais para

oferecer à população uma assistência em saúde integral, interdisciplinar e multiprofissional, levando em consideração as singularidades do contexto biopsicossocial. Constatou-se desde então, que a estrutura curricular deste modelo, segmentada em disciplinas do ciclo básico e do ciclo clínico, além da centralidade no professor, estudantes receptores passivos de conhecimento e desconectados da realidade social, o torna limitado e ineficaz para formar profissionais preparados para o enfrentamento dos desafios das transformações velozes da sociedade, do mercado de trabalho e dos cenários do exercício profissional.

Nesse cenário, o que dizer da avaliação da aprendizagem das práticas profissionais? Algumas análises apresentadas nos estudos que tratam da avaliação da aprendizagem no ensino superior valem destaque, pois trazem questões que perpassam também os programas de residência em saúde refletindo-se nos processos avaliativos das práticas profissionais como, por exemplo, no que diz respeito ao trabalho docente e seus fatores limitantes e na necessidade de mudança do modelo de ensino na área da saúde e, consequentemente, dos processos avaliativos.

No que tange à necessidade de mudança do modelo de ensino em saúde, Sordi (2000) observa que os docentes da área da saúde estão presos ao modelo de ensino (tradicional) que aprenderam a executar e não se sentem preparados sob o ponto de vista metodológico para praticar outro modelo. Segundo a autora, práticas pedagógicas orientadas por metodologias ativas vêm sendo cada vez mais valorizadas, exigindo de professores e estudantes de todas as áreas da saúde uma nova postura para melhorar o ensino, de modo a responder às novas demandas da sociedade.

Mudar as práticas pedagógicas pode contribuir para o desenvolvimento das habilidades cognitivas dos estudantes, da criatividade e da capacidade de pensar criticamente. Todavia, como questiona Sordi (2000, p. 54), "basta mudar os passos da dança se o ritmo da música não se alterou?" Mudar os dispositivos didáticos utilizados pode ser o passo inicial, mas não é o suficiente.

Quanto à avaliação da aprendizagem, para que esta se renove, em harmonia com as novas estratégias pedagógicas, o que realmente importa é saber o que se pretende com o processo ensino-aprendizagem, seus objetivos e que profissionais se pretende formar. Caso contrário, muda-se a metodologia sem que o olhar avaliativo se desprenda do passado, e continue "restringindo o avanço intelectual, punindo o pensamento divergente, desaconselhando grandes vôos [sic] da imaginação e da originalidade" (Sordi, 2000, p. 56).

Sordi (2000, p. 58) revela que a avaliação pode ocasionar encantos e desencantos:

> O que torna a avaliação uma prática altamente desafiadora é sua paradoxal capacidade de gerar encantos e desencantos, dor e prazer, alegria e tristeza, é

> sua força avassaladora tanto para construir como para destruir. Prática possuidora de encantos a conferir, especialmente, quando por meio dela despertamos capacidades cognitivas e afetivas adormecidas, desconhecidas, desaprendidas, auxiliando o sujeito a redescobrir sua incompletude e a engajar-se no processo autoformativo. Por outro lado, prática provocadora de desencantos quando abdica da flexibilidade, da reinterpretação das regras, da leveza, em nome de um rigor abstratamente definido que cerceia as iniciativas do professor no sentido de mexer nos dispositivos didáticos de modo a favorecer a aprendizagem. Desencantadora quando em nome da eficiência nos resultados, deixa de lado a reflexão sobre sua eficácia social na construção de identidades e subjetividades profissionais e pessoais eticamente comprometidas.

Por conseguinte, simplesmente falar sobre a avaliação contínua, processual, como ferramenta de diagnóstico e correção das direções do ensino, não confere automaticamente esse caráter à avaliação. É essencial, portanto, manter vigilância para evitar o autoengano, pois a discrepância entre o que se afirma defender e o que realmente se pratica logo se tornará evidente (Sordi, 2000).

Nessa perspectiva, a autora aponta algumas possibilidades para que se pratique uma avaliação por ela denominada cidadã: a instituição da autoavaliação, pactuando com os estudantes a realização de um registro analítico de atividades ou momentos relevantes que sejam percebidos durante o processo ensino-aprendizagem; a realização de entrevistas individuais ou coletivas no intuito de detectar fragilidades no processo ensino-aprendizagem para redirecionar as atividades; aplicação de provas bem elaboradas, sem pegadinhas, com questões claras e objetivas, em dias explorados como dia de ensino e aprendizagem (provas não devem, necessariamente, ser demonizadas); a organização de portfólios por alunos e por professores, ampliando as possibilidades de avaliação; e, por fim, a elaboração de perguntas pelos estudantes para que se observe a compreensão dos temas abordados para que seja possível intervir e assim regular a aprendizagem (Sordi, 2000). E para que essas possibilidades se efetivem os profissionais que se dedicam ao ensino nas residências em saúde, objeto desta pesquisa, precisam estar instrumentalizados para esta prática.

3.3 Preceptor: quem é esse profissional de saúde-educador do século XXI?

Botti e Rego (2008) esclarecem que os profissionais mais experientes que se ocupam da formação de profissionais de saúde recebem diferentes denominações como preceptor, supervisor, tutor ou mentor, com diferentes funções e atividades. No caso da denominação

preceptor, os autores relatam que a origem do termo está no latim *praecipio*, cujo significado é ordenar com autoridade aos que estão em posição inferior. Originalmente usado para denominar mestres das ordens militares, a partir do século XVI o termo foi relacionado àqueles que proporcionavam ensinamentos ou orientações, ampliando-se com o tempo, incluindo indivíduos que educavam crianças no ambiente doméstico. No campo da saúde, o preceptor desempenha diversas funções como apoiar, ensinar e compartilhar experiências, auxiliando os jovens profissionais na adaptação à prática profissional.

De acordo com Botti e Rego (2024), o século XXI traz a perspectiva do preceptor como o profissional de saúde-educador. Os autores argumentam que nesse sentido houve grandes avanços pedagógicos na educação dos profissionais de saúde entre o final do século XX e início do XXI, com o uso de diferentes concepções pedagógicas e de metodologias ativas e inovadoras. O ensino em saúde, contudo, incorporou esses conceitos sem que isso resultasse em profissionais capazes de reduzir o sofrimento das pessoas que procuram cuidados. Considerando que procedimentos técnicos também reduzem sofrimento, podemos inferir que os autores se referem a questões relacionais, pautadas nas tecnologias leves (Merhy e Franco (2003).

A formação profissional em saúde fundamenta-se no desenvolvimento de diversos saberes. Trata-se de uma prática social complexa, na qual se estabelece um vínculo entre o aprendiz e o mestre, compreendendo as ações de ensinar e aprender. Este é um processo mútuo que ocorre entre as pessoas e os saberes. O ensinar e o aprender se entrelaçam, tornando-se inseparáveis, numa ação de ensinagem[24] em que essas duas ações se realizam simultaneamente, compartilhando um mesmo ato entre dois indivíduos que trocam constantemente os papéis de quem ensina e quem aprende (Botti; Rego, 2024).

Para Botti e Rego (2024, p. 2), se o objetivo da formação de profissionais de saúde deve ser a oferta do cuidado "integral, não fragmentado, de baixo custo e com grande efetividade", a ensinagem em saúde deve ser responsável por reorganizar custos, modificar processos e construir novos espaços de prática, dando ênfase ao cuidado interprofissional e à colaboração entre os diferentes atores e redes de atenção. Para tanto, é preciso redesenhar o ensino em saúde com base na reestruturação de papéis (da ciência e da clínica) e "na ensinagem que acontece no

[24] Ensinagem é o termo cunhado em 1994, por Léa das Graças Camargos Anastasiou, em referência a uma prática social, crítica e complexa em educação que compreende ao mesmo tempo as ações de ensinar e de aprender. Seja na sala de aula ou fora dela. A ensinagem renuncia à ideia de "dar aulas" dando lugar ao "fazer aulas", criando-se estratégias para a aproximação de conteúdos contextualizados na realidade social, possibilitando a criação de um conhecimento engajado e híbrido, que une o saber acadêmico e as experiências do dia a dia (Correia; Costa; Akerman, 2017, p. 24).

trabalho e para o trabalho", reestruturando as relações nos ambientes de formação. Nesse cenário, o preceptor assume um papel fundamental como profissional de saúde-educador no sentido de que assume o duplo compromisso de cuidar da saúde dos usuários e da formação dos futuros profissionais "no mesmo ato, ao mesmo tempo e no mesmo lugar". Por isso é tão importante que esses profissionais, preceptores, estejam preparados para essas tarefas, responsabilidade esta que cabe às instituições formadoras.

O preceptor do século XXI é aquele profissional que incentiva o estudante a refletir e discutir sobre as diversas questões contemporâneas da bioética, dado que ele é modelo de atributos morais, podendo inspirar o estudante tanto em relação ao que deve buscar e como deve se comportar, quanto ao que deve evitar. O estudante, por sua vez, não é um sujeito passivo, mas sim um agente ativo que processa e interage com as influências recebidas. Preceptor e estudante constroem cotidianamente um processo educacional continuado, estando permanentemente em aprendizado. No relacionamento cotidiano com aqueles que buscam cuidados, ambos devem se empenhar em aprimorar suas competências técnicas e éticas, com o objetivo de alcançar a excelência profissional, que se refletirá na redução do sofrimento e na melhoria das condições de saúde dos pacientes. É nesse cenário que o preceptor desempenha o papel fundamental de educador (Botti; Rego, 2024).

Neste ponto, é relevante levantar algumas questões: como superar os atravessamentos que permeiam o trabalho em saúde e a atividade de preceptoria que acontecem "no mesmo ato, ao mesmo tempo e no mesmo lugar"? É possível redesenhar o ensino em saúde sob a ótica da ensinagem, mencionada por Botti e Rego, que acontece no trabalho e para o trabalho? Em que medida isto se reflete na avaliação da aprendizagem das práticas profissionais? Considerando que no cenário real do trabalho em saúde muitos preceptores não recebem qualificação pedagógica, exercem a atividade independentemente de sua vontade, e precisam justapor atividades de ensino e de assistência sem que haja um tempo específico para ambas as atividades, como assumir esta nova perspectiva de preceptoria frente às dificuldades como as que já foram descritas no item 3.1?

Sob a ótica da ensinagem, em especial, o preparo para exercer a atividade de preceptoria é elemento crucial, como apontado por Botti e Rego (2024). Por outro lado, Andrade, Caldas e Góes, (2016) afirmam que algumas pesquisas (González; Almeida, 2010; Ceccim, 2005; Mendonça, 2007) indicam que para haver a decisão de mudar a forma de atuar é preciso ir além da capacitação, sendo preciso identificar as inquietações no dia a dia do trabalho para perceber se e em que o processo existente não responde aos desafios impostos por ele. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se destaca, visto que se propõe a oportunizar a

problematização das práticas de trabalho, assumindo uma relação ensino-aprendizagem centrada na realidade dos serviços de saúde.

Buscando articulação entre ensinagem e EPS, faço aqui um paralelo com as proposições de Pinheiro e Ceccim (2005) no que se refere à educação dos profissionais de saúde no sentido de formar para a integralidade do cuidado. Esses autores afirmam que para fomentar as experiências de ensino da integralidade, é fundamental que a educação permanente em saúde se torne um espaço ativo, em que seja possível desaprender as identidades que temos como profissionais ou estudantes, de qualquer profissão, e nos tornemos agentes de produção de outras subjetividades, diferentes daquelas que têm sido reproduzidas nos ambientes de formação e do próprio trabalho. Para tanto, é essencial trabalhar na desconstrução dos padrões de subjetividade hegemônicos e nos inquietarmos em relação às práticas clássicas e rígidas da clínica tradicional, que são mecanicistas, biologicistas e centradas em procedimentos. Ensinar saúde com base nos princípios da integralidade e do SUS resultará em uma prática educativa ativa e em um processo de educação permanente.

Essa formação expressa o compromisso com a produção de conhecimento significativo, com a construção de práticas cuidadosas e inovações por meio da experiência que, segundo Pinheiro e Ceccim (2005), na perspectiva de Foucault não deve ser entendida como algo a ser repetido ou transmitido de forma passiva, mas que se manifesta para migrar, recriar e intensificar vivências.

Ambos os conceitos aqui discutidos – EPS e ensinagem – se aplicam no trabalho e para o trabalho, e seus pressupostos passam pela reorganização de processos, relações e espaços de prática, com ênfase à colaboração entre os atores. Entendendo que toda e qualquer prática produz subjetividades, elas se manifestam de maneiras diversas, conforme as experiências individuais de cada pessoa.

Sobre a produção de subjetividades dos profissionais de saúde preceptores – assim como a de todos nós – cabe mencionar Guattari e Rolnik (1986). O modo como os indivíduos vivem essa subjetividade varia entre dois polos: ou se estabelece uma relação de opressão, na qual o indivíduo se subordina à subjetividade como a recebe, reproduzindo comportamentos, ou se estabelece uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo o que os autores denominam de singularização.

Uma vez que o trabalho em saúde e o exercício da preceptoria acontecem no mesmo ato, ao mesmo tempo e no mesmo lugar, a proposta de ensino em saúde assentada em processos de ensinagem e na Educação Permanente em Saúde como seu espaço ativo, tem potencial para ser um ambiente facilitador para a produção de subjetividades profissionais em sintonia com a

proposta de integralidade do cuidado. Subjetividades em que os profissionais de saúde preceptores adotem outros modos de pensar e agir no ensino em saúde, instrumentalizando-se para alterar não apenas os passos da dança, mas também o ritmo da música, levando os estudantes a exercerem sua prática de modo a sentirem-se à vontade para expor suas dúvidas e anseios no percurso do aprendizado.

No âmbito da avaliação das práticas profissionais, esse movimento poderia potencializar a capacidade da avaliação enquanto dispositivo subjetivante, ao gerar mais encantos do que desencantos, como dito por Sordi (2000). E ainda, valendo-se dos instrumentos de avaliação como constitutivos da metodologia de ensino, poderia criar condições para uma experiência de si transformadora, auxiliando preceptores e residentes na identificação e superação das deficiências encontradas durante o processo de aprendizagem.

3.4 Sobre processos avaliativos da aprendizagem das práticas profissionais

A avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em programas de residência na área da saúde é um tema com produção ainda limitada de estudos. Ao serem feitas buscas bibliográficas encontra-se uma produção considerável sobre avaliação da aprendizagem no ensino superior em saúde, especialmente nos campos da medicina e enfermagem. No que se refere às residências em saúde, que são programas de pós-graduação *lato sensu*, centrados no ensino em serviço, a maioria dos estudos está concentrada em programas de residências médicas, seguidos por enfermagem, tratando da avaliação da aprendizagem como um todo.

Ao limitar as buscas por avaliação da aprendizagem das práticas em residências em saúde, a produção é ainda mais escassa sendo, novamente, medicina e enfermagem as áreas que se destacam.

Foi realizada uma busca na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a seguinte estratégia de busca: "avaliação da aprendizagem" OR "avaliação educacional" OR "avaliação do ensino" AND "residência em saúde" OR "residências multiprofissionais". Os resultados obtidos com as pesquisas realizadas utilizando os descritores, na base de dados LILACS, mostraram-se limitados ou incompatíveis com o objeto desta pesquisa.

Observou-se que a base de dados Scielo contém publicações relevantes ao escopo desta pesquisa, com total de referências mais expressivo, que foram utilizadas no decorrer do desenvolvimento desta pesquisa.

Nesta seção, até aqui discutiu-se o trabalho do profissional de saúde preceptor, suas fragilidades e potencialidades, bem como proposições para o aprimoramento desta atividade, passando pela minoração ou, minimamente, pela atenuação do sofrimento gerado pelo trabalho e pela instrumentalização do profissional para o exercício da docência/preceptoria, inclusive no que concerne à avaliação da aprendizagem. Vamos agora nos debruçar sobre a realidade dos processos avaliativos das práticas profissionais em saúde.

Considerando a perspectiva da adoção da avaliação com caráter formativo, emancipatório, dialógico, mediador, cidadão ou qual seja a denominação, na formação de profissionais de saúde, encontra-se publicações que fazem uma análise desta modalidade de avaliação da aprendizagem no contexto dos cursos de graduação em saúde. Em uma dessas publicações, Gomes *et al.* (2021) apresentam uma revisão integrativa que analisa experiências de avaliação formativa em cursos de graduação da área da saúde na literatura latino-americana. Esta análise revelou que a avaliação formativa não é devidamente interpretada, tendo sua efetividade comprometida.

Nos estudos apontados por Gomes *et al*. (2021), verifica-se propostas de articulação entre avaliação formativa e somativa, além de uma terceira modalidade, avaliação informativa, caracterizando o que os autores denominam de avaliação programática, que é uma proposta educacional inglesa para transformação do ensino médico. Os autores inferiram que a avaliação formativa é uma prática prevalente majoritariamente nos cursos de graduação em medicina e enfermagem, seguidos por odontologia, psicologia, educação física, nutrição e ciências biológicas. Embora muitas universidades declarem utilizar avaliação formativa em seus currículos de cursos da saúde, o que se verifica é a utilização de atribuição de valores (conceitos e notas) sob uma visão puramente quantitativa.

Gomes *et al*. (2021) apresentam algumas instruções para a efetividade da avaliação formativa em saúde, oriundas da análise dos artigos: ultrapassar a ideia de memorização para aquisição de conhecimentos; recomendação da realização da autoavaliação, da avaliação do tutor e da avaliação entre pares; desenvolvimento de crítica e autocrítica, entre outras. Os autores identificaram como estratégias para a realização de avaliação formativa o *feedback*, a avaliação por triangulação, avaliação programática e o portfólio. A primeira é a mais utilizada, sendo caracterizada por uma prática contínua de comentários claros, sem ambiguidade, possibilitando ao estudante a sua autoavaliação e o reconhecimento do erro como parte da

formação[25]. Foram identificadas variações desta estratégia, denominadas como *debriefing* e sessões tutoriais. O portifólio, compreendido como instrumento pedagógico cuja construção deve estimular reflexão e crítica, é estratégia utilizada, mas que traz dificuldades de utilização como dificuldades de escrita, de síntese, de expressão, além do receio em manifestar características pessoais. Por fim, a avaliação programática, já comentada anteriormente.

Alguns desafios foram identificados para a prática da avaliação formativa: falta de anonimato; subjetividade dos avaliadores; pouco empenho dos docentes; valorização das atividades de pesquisa; falta de referencial conceitual preciso sobre avaliação formativa; falta de comprometimento do discente; corporativismo negativo; pouco conhecimento sobre a relevância da avaliação formativa; pouco tempo para a execução das atividades preconizadas (Gomes *et al*., 2021, p. 10).

O desvirtuamento do processo avaliativo foi apontado por Gomes *et al.* (2021) como responsável por afetar a qualidade da avaliação formativa devido à falta de habilitação para avaliar (os pares e a si), à intenção negativa do processo educacional e à rivalidade entre os atores. Sob tal perspectiva, a preparação dos docentes foi apontada como elemento que, necessariamente, precisa ser vigorosamente trabalhado.

Pontes e Freitas (2023) analisam a avaliação formativa no internato em um curso de graduação em medicina no nordeste do Brasil. Contando com a participação de docentes e discentes, verificaram que os docentes tinham uma percepção mais positiva acerca da utilização da avaliação formativa do que os discentes, embora estes a considerem muito importante. Quanto ao *feedback*, a maioria dos docentes declararam realizar muito, diferente da percepção dos discentes, que declararam realização razoável de *feedback.* Entre as estratégias de *feedback* utilizadas, os participantes destacaram a discussão de casos clínicos (como estratégia mais utilizada), o Exame clínico objetivo estruturado (em inglês, *Objective Structured Clinical Examination* – OSCE), o Mini Exercício Clínico Avaliativo (*Mini-Clinical Evaluation Exercise* – Mini-CEX), a avaliação cognitiva, o teste de múltipla escolha e o Teste de Progresso[26].

---

[25] Gomes *et al.* (2021, p. 8) apresentam como características fundamentais do *feedback*: positividade (evitar grande número de *feedbacks* negativos); oportunidade de aplicação (próximo aos eventos/atividades); restrição ao que é observado; especificidade (direcionado ao estudante específico); e acolhimento (caso contrário pode desarticular e fragilizar a relação com o estudante).

[26] O OSCE e o Mini-CEX e outras ferramentas de avaliação serão abordados posteriormente de modo mais específico.
A avaliação cognitiva na educação médica é realizada por meio de múltiplos pré-testes, com questões objetivas e discursivas sobre diferentes conteúdos das grandes áreas da medicina; por observação diária da atuação do interno nos serviços (aspectos técnicos e éticos); e realização de uma prova final ao término do internato (Santos; Siqueira-Batista, 2003).
O Teste de Progresso se destaca no contexto da educação médica como uma ferramenta de avaliação formativa por sua capacidade de monitorar o desenvolvimento cognitivo dos estudantes ao longo do percurso de

Sobre o momento em que se dá a avaliação formativa houve consenso de que, de modo geral, acontece durante ou após discussões de casos clínicos, visita à enfermaria e consulta ambulatorial. Docentes e discentes apontaram dificuldades e oportunidades de melhoria. Os primeiros, incluem como dificuldades a alta demanda de atividades e pouco tempo; falta de motivação por parte dos discentes, que não cobram do professor; falta de capacitação. Como oportunidades de melhoria, os docentes citam a sistematização para a avaliação formativa e treinamento para realizá-la por parte da gestão do curso, e que os discentes demandem esta forma de avaliação aos docentes. Indo ao encontro da percepção dos docentes, os estudantes apontam como dificuldades o desconhecimento dos professores sobre avaliação formativa, além de *feedback* inapropriado e cultura negativa existente sobre avaliação. Como oportunidade de melhoria, também acreditam na capacitação docente (Pontes; Freitas, 2023).

Silva e Mendes (2017) apresentam estudo sobre cursos de graduação de uma universidade pública de Minas Gerais, os quais estabelecem a avaliação formativa como diretriz para as práticas avaliativas em seus Projetos Político-pedagógicos (PPP) de curso. Dentre os cursos selecionados utilizou-se uma amostra constituída de seis cursos, sendo dois de cada grande área (ciências exatas, humanas e biomédicas). Portanto, este estudo teve dois cursos da área biomédica analisados.

Com base em Villas Boas (2009), Silva e Mendes (2017) discutem o *feedback* como elemento-chave da avaliação formativa, compreendido como a informação utilizada para diminuir a distância entre os objetivos fixados e o nível de desenvolvimento alcançado pelo estudante. Esse elemento colabora com professores porquanto fornece um diagnóstico que permitirá reorganizar suas atividades, e com estudantes porque lhes possibilitará identificar modos de melhorar seu aprendizado ao reconhecer suas fragilidades e potencialidades.

Outro conceito exposto por Villas Boas (2009 *apud* Silva; Mendes, 2017) é o automonitoramento, que se diferencia do *feedback* por ser realizado mediante informações percebidas pelo próprio estudante. Embora em ambos os casos as informações sejam qualitativas e detalhadas, enquanto o *feedback* fornece informações colhidas por fonte externa ao estudante, o automonitoramento é realizado mediante informações percebidas pelo próprio estudante.

---

graduação. Trata-se de provas de múltipla escolha, que abrangem as grandes áreas da medicina. Periodicamente, os estudantes de escolas médicas realizam a prova cujo objetivo é avaliar o conhecimento esperado ao final da graduação. Os resultados dessas provas servem para os estudantes verificarem, durante a graduação, o próprio rendimento e para cada escola avaliar os desempenhos dos seus discentes, comparando-os com discentes das demais escolas participantes (Pinheiro *et al.,* 2022).

Nas entrevistas realizadas foi possível perceber por parte de docentes a crença em um determinismo quanto ao desempenho dos estudantes, em função de suas vocações e aptidões. A classificação em alunos bons, medianos ou ruins se cristaliza pelo juízo de valor construído em avaliações informais que influenciam na prática avaliativa docente, que pode aprovar ou reprovar. Para as autoras, é primordial, portanto, ser prudente com esta avaliação informal pois, este determinismo no que tange ao desempenho dos estudantes aparenta admitir a imutabilidade de sua situação acadêmica. O ponto principal não é haver um juízo de valor, mas o modo como ele influencia a relação entre professor e estudante. As autoras alertam que antes de se discutir sobre a avaliação formativa, é necessário refletir sobre a concepção de educação na qual ela se assenta, que somente poderá ser uma educação em que todos têm direito ao conhecimento (Silva; Mendes, 2017).

A despeito do discurso contido nos PPP dos cursos selecionados se referir à avaliação formativa, as autoras verificaram que as práticas pedagógicas dos docentes, de modo geral, estão muito distantes de se traduzirem neste entendimento acerca da avaliação. Todavia, verificaram também, que há professores abertos à reflexão sobre suas práticas com o propósito de melhorá-las. E, nestas contradições é que se torna possível realizar debates sobre as práticas avaliativas transformadoras. As autoras advertem que é imprescindível que a atividade de ensino seja mais valorizada, pois, sem isto não haverá interesse na discussão sobre a qualidade do ensino ofertado ou sobre os fatores que resultarão nessa qualidade (Silva; Mendes, 2017).

Ainda sobre avaliação formativa e *feedback* na formação de profissionais de saúde, Borges *et al.* (2014) trazem contribuições sobre o *feedback* como estratégia de maior eficácia na formação em saúde. Complementando o que já foi apresentado sobre esta estratégia, os autores a comparam aos mecanismos de autorregulação na fisiologia, que garantem o perfeito funcionamento de sistemas complexos visando manter a homeostase[27]. Em outros termos, o *feedback* deve ser compreendido como um processo em que professor e estudante se modificam nas atividades de ensinar e aprender, permitindo o estabelecimento de um ambiente favorável ao debate de ideias e ao aperfeiçoamento de habilidades.

Assim como Gomes *et al.* (2021), Borges *et al.* (2014) sugerem características desejáveis a um *feedback* adequado: ser oportuno, ocorrendo o mais próximo possível do evento; restringir-se ao observado, evitando julgamentos pré-concebidos; iniciar solicitando uma autoavaliação, estimulando que o estudante fale primeiro; ser o mais específico e descritivo possível nos comentários; começar pelos pontos positivos observados; evitar *feedbacks*

[27] Homeostase é a tendência à manutenção das condições internas de um organismo sempre dentro de parâmetros normais ou fisiológicos.

negativos em volume grande de uma só vez; criar ambiente estimulante e acolhedor, dando liberdade de manifestação de dúvidas e fragilidades. Por fim, o *feedback* não precisa ser extenso, mas deve ser claro e objetivo para que desperte a reflexão do estudante a fim de promover as mudanças necessárias.

Pelo exposto, é possível observar que nos cursos de graduação em saúde, apesar das proposições das DCN, a proposta de realização de avaliação da aprendizagem com caráter formativo ainda é incipiente. Os docentes, imobilizados no modelo de ensino em saúde tradicional, pautado pelo paradigma biomédico, ficam hesitantes em aplicar outro modelo, para o qual não estão preparados. Nesse sentido, Sordi (2000, p. 53) afirma que os docentes "Acuados pela pressão de mudar e a impossibilidade técnica de concretizar a mudança, sofrem a dor de ver o desinteresse instalado nas expressões dos estudantes que frequentam suas aulas". No entanto, é preciso avançar nas buscas por mudanças, não apenas com sua proposição nos projetos pedagógicos, mas na real implementação dessas mudanças, instrumentalizando os docentes para a utilização de metodologias inovadoras, incorporando a avaliação como recurso educativo no processo ensino-aprendizagem.

3.5 E as residências em saúde?

As residências em saúde adotam o modelo pedagógico por competência, de acordo com as diretrizes das Comissões Nacionais de Residências Médicas (CNRM) e Residências Multiprofissionais (CNRMS). A CNRM tem publicadas as matrizes de competências dos Programas de Residência Médica para todas as áreas de atuação na medicina. Por sua vez, a CNRMS, orienta que a COREMU das instituições estabeleça o perfil de competências, que deve estar previsto no Projeto Pedagógico dos programas (Brasil, 2012).

No que concerne à avaliação, a CNRM, por intermédio da Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023, ressalta que os programas de residência médica são orientados para a aquisição de competências específicas (Brasil, 2023). A avaliação é contínua, enfocando conhecimentos, habilidades e atitudes profissionais. Nas residências multiprofissionais em saúde, como já abordado, a avaliação do desempenho dos residentes, deve se dar em caráter formativo e somativo, utilizando-se instrumentos que considerem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores (Resolução CNRMS nº 5, 07/11/2014) (Brasil, 2014). Cabe ao corpo docente-assistencial a implementação de estratégias pedagógicas que integrem saberes e

práticas, articulando ensino e serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico do programa.

Um ponto a ser destacado no que se refere à avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde é a particularidade nos processos avaliativos dessas práticas na graduação e nas residências em área profissional da saúde (uni ou multiprofissional). Na graduação os estudantes experimentam os primeiros contatos com o trabalho vivo em ato (Merhy; Franco, 2003) e iniciam o processo de desenvolvimento das habilidades necessárias ao exercício da profissão. Já na residência, a experiência se dá, na maioria dos casos, com os primeiros contatos com o mundo real do trabalho em saúde, momento que deve ser de aperfeiçoamento das habilidades práticas.

Adentrando no universo de publicações acerca da avaliação nas residências em saúde, Alvarenga, Galvão e Takanashi (2019) afirmam que alguns estudos (Santos, 2010; Silva, 2015; Souza, 2012) revelam que os programas de Residência Multiprofissional carecem de processos avaliativos, ou de relatos que esclareçam esses processos, sugerindo que a avaliação de aprendizagem praticamente inexiste nesses programas, o que demonstraria uma lacuna teórica importante no quesito de avaliação desses programas. O estudo realizado por Alvarenga, Galvão e Takanashi (2019) investigou a percepção dos residentes sobre o processo avaliativo e instrumentos para registro utilizados em um programa de residência multiprofissional em Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia na região Norte do Brasil.

Esta pesquisa destacou nos resultados que a realidade observada no programa investigado difere das proposições da CNRMS no que se refere à avaliação da aprendizagem. Alguns entrevistados afirmaram categoricamente não haver processo avaliativo. Outros, que nunca haviam sido avaliados. Houve questionamentos quanto ao instrumento para registro da avaliação, bem como à sua utilização, destacando-se a interferência da subjetividade e do tempo disponível para o preceptor realizar as avaliações. Um ponto muito discutido entre os entrevistados foi a importância do *feedback* no processo avaliativo como forma de correção de erros e aprimoramento de habilidades, em contraste com a inabilidade dos preceptores para avaliar, resultando na ausência de *feedback* sobre o desempenho dos residentes.

Macêdo, Vilar, Macêdo (2021) trazem contribuições às discussões sobre avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em um programa de residência médica em radiologia. O objetivo do estudo realizado foi elaborar um instrumento de avaliação com caráter formativo para utilização no referido programa. Os autores esclarecem que a avaliação dos residentes nos programas de residência médica em radiologia e diagnóstico por imagem se dá, de modo geral, por meio de testes de múltipla escolha e observação não sistematizada da prática diária. Por

isso, alguns desafios se apresentaram em razão da falta de formação pedagógica dos preceptores que, segundo os autores, está relacionada ao pouco interesse dos profissionais em adquirir esta formação, aos poucos estímulos existentes nas instituições e à baixa oferta de capacitações disponíveis.

Macêdo, Vilar, Macêdo (2021) explicam que há nos programas de residência médica algumas ferramentas utilizadas na avaliação dos residentes que são provenientes dos Estados Unidos e do Reino Unido. A base para a elaboração do instrumento de avaliação pretendido foram algumas dessas ferramentas, que são amplamente utilizadas na educação médica: o Exame Clínico Objetivo Estruturado (em inglês, *Objective Structured Clinical Examination* – OSCE), o Mini Exercício Clínico Avaliativo (em inglês, *Mini-Clinical Evaluation Exercise* – Mini-CEX), e o Observação Direta de Procedimentos (em inglês, *Direct Observation of Procedural Skills* – DOPS). Essas ferramentas, de modo geral, são validadas para a avaliação de competências clínicas. Com isto, o instrumento elaborado apresentou pontos convergentes com mais de uma dessas ferramentas, adaptando-se às necessidades de um programa de radiologia.

No contexto deste programa de residência em radiologia e diagnóstico por imagem, houve consenso de que, a avaliação deveria valer-se de oportunidades de inserção prática na rotina de trabalho visando, principalmente, ao estímulo do aprendizado de modo a prover resultados e *feedback.* Foram enumeradas algumas características necessárias a uma avaliação formativa: validação, viabilidade e aceitabilidade. Os autores relatam que, no que diz respeito à viabilidade da aplicação de instrumentos de avaliação, é preciso considerar o tempo como fator limitante. Isto porque a rotina dos serviços de radiologia se assemelha ao trabalho de cunho taylorístico, constituído por etapas rígidas, seguidas pela elaboração de laudos e relatórios. Assim, para ser factível, qualquer tarefa acrescida aos afazeres dos preceptores deverá ter baixo impacto na rotina de trabalho. Em consequência disto, o instrumento elaborado "apresenta um perfil de aplicação intuitivo e rápido, com baixo impacto no fluxo de trabalho, em geral com menos de 15 minutos para o preenchimento e provimento direto de *feedback*" (Macêdo; Vilar; Macêdo, 2021, p. 7).

Esta condição vai ao encontro de minha percepção como pesquisadora pois, em diversas ocasiões de elaboração e reelaboração de instrumentos de avaliação para os programas de residência em área profissional do INCA, o tempo foi um ponto extremamente debatido para sua aplicação.

Assim como nos demais estudos apresentados, também no estudo de Macêdo, Vilar e Macêdo (2021) o *feedback* aparece como ponto crucial na avaliação formativa. O uso do

instrumento avaliativo possibilita a oferta de um *feedback* relevante, aplicado de forma prática e personalizada. Isso, por sua vez, fortalece aspectos como a frequência das devolutivas, o reforço e a correção de comportamentos identificados, além de validar o entendimento dos conteúdos abordados. Por outro lado, os autores relatam dificuldades no processo de *feedback*, como o receio em receber ou em fazer as devolutivas.

Entendo que esta seja uma condição que remeta às avaliações tradicionais, que se revelam, por vezes, excludentes e punitivas, ocasionando o receio dos estudantes de serem punidos, e por parte dos docentes/preceptores a insegurança por não se sentirem preparados para fazer as devolutivas.

Romão *et al.* (2020) apresentam alguns instrumentos para avaliação na educação médica, destacando que sua finalidade é substituir as avaliações meramente cognitivas por aquelas que avaliam compreensão, interpretação e análise da aplicação em situações reais de prática profissional. Quando se trata de ambiente controlado ou simulado é possível predizer como seria o desempenho na prática clínica. Já em ambientes reais de prática, considerando todas as variáveis envolvidas, isso não é possível. Desenvolveram-se para tanto alguns instrumentos para avaliação em ambientes de prática (em inglês, *work-based assessment* ou WBA), tanto para ambientes de simulação quanto para ambientes reais de prática do dia a dia. Esses instrumentos vêm sendo incorporados em cursos de graduação e em programas de residência médica ao redor do mundo com o intuito de oportunizar um acompanhamento da evolução da aprendizagem dos estudantes.

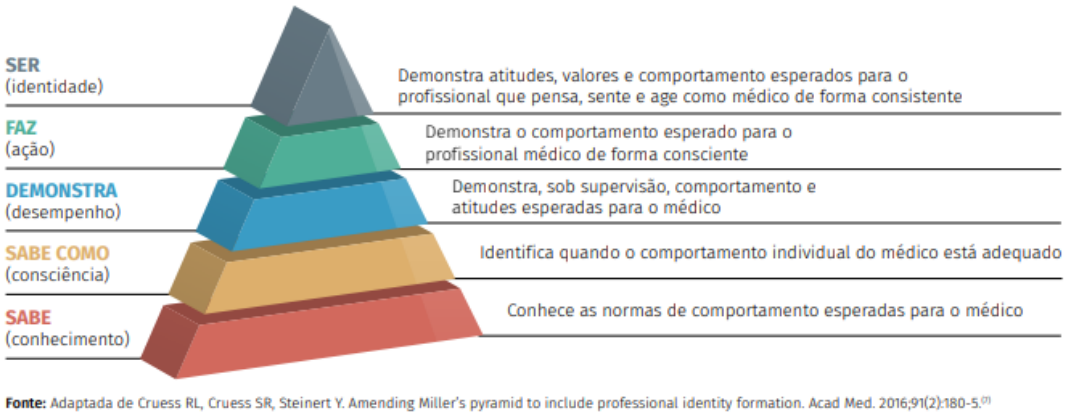
Os autores relatam que para lhes serem conferidas validade e confiabilidade, esses instrumentos de avaliação de competências médicas foram elaborados com critérios pré-definidos, tanto para ambiente simulado, como o OSCE, quanto para ambientes da prática real, como o Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex) (que é uma variação do Mini-CEX), e a Observação Direta de Procedimentos (*Direct Observation of Procedural Skills* – DOPS).

A base para essa elaboração foi a Pirâmide de Miller[28], com subcomponentes e sua interdependência: o conhecimento (saber) é necessário, mas não o suficiente para a compreensão (saber como). A compreensão é necessária, mas não o suficiente para a habilidade (demonstrar), e a habilidade é necessária, mas não o suficiente para o bom desempenho em ambientes de prática (fazer). Em 2016, foi proposto um novo nível na pirâmide de Miller,

[28] A Pirâmide de Miller é um modelo conceitual proposto pelo médico norte-americano, George Miller, no início dos anos 1990, que ilustra as bases cognitivas ("saber" e "saber como fazer"), da prática profissional ("fazer") e a necessidade da avaliação de habilidades e competências práticas ("mostrar como faz") (Pafúncio-Pinto; Troncon, 2014).

pressupondo-se que um bom desempenho momentâneo em ambientes da prática clínica não reflete necessariamente a aquisição da identidade profissional (ser) (Romão *et al.*, 2020, p. 32).

Figura 1 – Pirâmide de Miller incluindo a identidade profissional



Fonte: adaptada de Cruess; Cruess; Steiner, 2016 *apud* Romão *et al.* 2020.

Esses instrumentos apresentam como pontos positivos: são fáceis de utilizar, não interferem na rotina dos serviços, possibilitam a identificação de insuficiências de desempenho e sua correção no momento da prática clínica, além de serem destinados à avaliação dos níveis mais elevados da pirâmide de Miller. Contudo, apresentam limitações por exemplo, no que se refere à validade, podendo ser simplistas em função das complexidades do desempenho profissional. Ademais, quanto à confiabilidade, verificou-se resultados com grande variação entre os avaliadores, havendo tendência a avaliações muito positivas para a maioria dos estudantes (Romão *et al*., 2020).

As avaliações em ambientes da prática clínica (WBA) podem ser feitas por meio de métodos baseados em observação do desempenho na prática – por um único observador ou por múltiplos observadores, e métodos baseados em documentos e registros, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Métodos de Avaliação em Ambientes da Prática Clínica (*work-based assessment* WBA)

Método	**O que avalia**	**Instrumento**
Observação por um único avaliador	Atendimento Clínico	Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex)
	Discussão de Casos	Case Based Discussion (CbD)
	Profissionalismo	Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-Mex)
	Procedimentos	Direct Observation of Procedures (DOPS)
		Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS)
		Non-Technical Skills for Surgeons (NOTTS)

Continua...

Continuação

Método	O que avalia	Instrumento
Observação por múltiplos avaliadores (Multiple Source Feedback – MSF)	Avaliação por pares	Peer Assessment Tool (mini-PAT)
	Avaliação por pacientes	Communication Assessment Tool (CAT)
Avaliação baseada em registros	De procedimentos	Diário de bordo (Logbook)
	De atividades	Portfólios

Fonte: adaptado de Romão *et al.* (2020).

O Miniex[29] é um instrumento de observação direta de desempenho do estudante pelo preceptor durante uma consulta, com anotações feitas em fichas padronizadas (data, local, tipo de consulta, características clínicas do paciente, complexidade do caso, tempo de consulta). Logo após o término da consulta é dado o *feedback* ao residente, pontuando o desempenho: se adequado ou se há necessidade de aperfeiçoamento. Isto também deverá ser registrado na ficha (Romão *et al*., 2020).

Este instrumento permite avaliar o estudante em seis competências clínicas: história clínica; competências no exame clínico; qualidades humanísticas/profissionalismo; raciocínio e juízo clínico; competências em comunicação de aconselhamento; e organização e eficiência. O desempenho em cada competência deve ser avaliado em uma escala de 9 pontos, considerando-se 1 a 3 pontos insatisfatório; 4 a 6 satisfatório; e 7 a 9 acima do esperado ou superior. O conjunto de competências clínicas avaliado depende do enfoque da consulta, sem o compromisso de avaliar todas as competências em um único atendimento. Não há requisito para ser avaliador no Miniex, porém é necessário o consentimento verbal do paciente. As fichas devem ser preenchidas em duas vias, ficando uma com o avaliador e outra com o estudante. Na residência, recomenda-se realizar em média seis aplicações do Miniex por ano do programa, por diferentes avaliadores, em tipos de consulta diferentes.

Como vantagens deste instrumento Romão *et al*. (2020, p. 34) citam: permite avaliar o estudante no contexto de um atendimento real; a avaliação dura em geral 10 a 15 minutos; não interfere na rotina do serviço; permite identificar e corrigir deficiências de desempenho; oportuniza avaliação formativa por meio de *feedback*; pode ser repetida diversas vezes para o mesmo residente. Dentre as limitações estão o alto grau de subjetividade, podendo acarretar o

[29] O *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-Cex) foi traduzido para o português, retrotraduzido para o inglês e enviado ao Dr. John J. Norcini, idealizador do *Mini-Cex*. Com sua aprovação, esta tradução tornou-se o instrumento oficial para aplicação do *Mini-Cex* no Brasil. Em português, este instrumento foi denominado Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex) (Megale; Gontijo; Motta, 2009, p. 169).

descrédito dos estudantes; a necessidade de capacitação dos avaliadores; e a necessidade de repetição para que se obtenha um resultado válido e confiável.

O DOPS é uma variação do Miniex, desenvolvido no Reino Unido, em que o avaliador observa o residente enquanto este realiza um procedimento, classifica o desempenho e, em seguida, fornece *feedback*. A estrutura de avaliação do DOPS é semelhante à do Miniex, porém, no DOPS todas as competências clínicas devem ser observadas (inclusive a obtenção do termo de consentimento, a realização do procedimento e a comunicação ao paciente antes e depois do mesmo), enquanto no Miniex pode-se avaliar apenas parte das competências de cada vez. Neste instrumento o desempenho do residente é avaliado em uma escala de 6 pontos, sendo 1 e 2 considerados insatisfatórios; 3 nível de competência limítrofe; 4 atende às expectativas para o nível de competência esperado; e 5 e 6 estão acima do nível de competência esperado. A avaliação deve durar em média 15 minutos e o *feedback*, 5 minutos. Assim como no Miniex, são necessários vários encontros para avaliação em cada ano de residência (quatro a oito), realizados por diferentes avaliadores (Romão *et al*., 2020, p.34).

A Discussão Baseada em Casos (em inglês, *Case Based Discussion* – CbD) é um tipo de WBA em que um caso clínico é selecionado pelo avaliador para discussão com o residente, baseando-se no registro de informações em prontuário. A duração deve ser em média entre 20 e 30 minutos. As competências avaliadas são o raciocínio clínico, a tomada de decisão, o planejamento terapêutico e os aspectos éticos e profissionais. Ao final, o *feedback* é fornecido ao residente pelo avaliador, de forma oral ou escrita, registrada em portfólio (Romão *et al*., 2020).

O Exercício de Mini-Avaliação de Profissionalismo (em inglês, *Professionalism Mini-Evaluation Exercise* – P-MEX) foi desenvolvido no Canadá com o objetivo de avaliar o profissionalismo de médicos-residentes e estudantes de medicina. São avaliados no total 24 itens em quatro domínios: relacionamento médico-paciente, habilidades reflexivas, gerenciamento de tempo e relacionamento interprofissional (Romão *et al*., 2020, p. 35). Observa-se que este instrumento não se aplica à avaliação das habilidades práticas profissionais.

A Avaliação Estruturada Objetiva de Habilidades Técnicas (em inglês, *Objective Structured Assessment of Technical Skills* – OSATS) é um instrumento voltado à avaliação do desempenho do residente em procedimentos cirúrgicos. São avaliadas habilidades cirúrgicas como conhecimento e manuseio dos instrumentos; cuidados na manipulação dos tecidos; tempo e eficiência dos movimentos; uso apropriado de assistentes; planejamento e fluxo da cirurgia; conhecimento e domínio de procedimentos específicos. A avaliação é realizada pelo examinador em escala Likert de 5 pontos. Tem sido amplamente aplicado a residentes de áreas

cirúrgicas, tanto em modelos animais e simulados quanto em cirurgias com pacientes reais (Romão *et al*., 2020, p. 35).

A ferramenta Habilidades Não Técnicas para Cirurgiões (em inglês, *Non-Technical Skills for Surgeons* – NOTSS) foi desenvolvida para avaliar competências cognitivas e comportamentais de cirurgiões em sala cirúrgica. As categorias avaliadas são a consciência da situação; tomada de decisão; comunicação; trabalho em equipe e liderança. Os itens de cada categoria são avaliados em quatro níveis, sendo 1 insuficiente, 2 marginal, 3 aceitável e 4 bom (Romão *et al*., 2020). Como o próprio nome sugere, esta ferramenta não se destina à avaliação da realização de técnicas para a prática profissional.

A Ferramenta de Avaliação por Pares[30] (em inglês, *Peer Assessment Tool* – mini-PAT) destina-se à utilização por múltiplos avaliadores, composto por 16 perguntas, e um sistema de avaliação em escala de 6 pontos, com pontuação global e espaço para texto livre. O residente deve indicar e fornecer o contato de oito pessoas de seu ambiente profissional que atuarão como seus avaliadores, podendo ser médicos-residentes, profissionais de saúde, funcionários ou pacientes, em amostra diversificada. O residente deverá realizar sua autoavaliação, utilizando o mesmo formulário. Todos os formulários deverão ser entregues ao preceptor responsável, anonimamente (Romão *et al*., 2020).

A Ferramenta de Avaliação de Comunicação (do inglês, *Communication Assessment Tool* – CAT) é um questionário composto por 15 itens, desenvolvido para avaliar a percepção dos pacientes sobre a eficácia da comunicação de um profissional médico. Os pacientes respondem com base em um único encontro recente com o médico. O questionário pode ser autoadministrado ou administrado por um entrevistador, podendo ser preenchido em papel, por meio de um sistema telefônico automatizado ou pela internet (Ibrahim, 2014).

O diário de bordo ou *logbook* é um instrumento destinado à documentação e registro dos procedimentos cirúrgicos realizados pelo residente. Periodicamente (anualmente ou semestralmente) os *logbooks* devem ser avaliados pelos supervisores, constituindo-se esta avaliação em um dos critérios para a progressão do residente no programa (Romão *et al*., 2020).

Os portfólios são classicamente definidos na educação médica, como coleções de evidências que demonstram aprendizado, experiência e/ou desenvolvimento profissional. Podem ser armazenadas em pastas ou arquivos eletrônicos, permitindo que o residente possa

[30] A avaliação por pares também é conhecida como avaliação 360° ou *feedback* multifonte (*multi-source feedback* – MSF) (ISCP, [2024]).

documentar atividades, aprendizado e evolução no programa, inclusive áudios e vídeos que retratem as atividades profissionais realizadas (Romão *et al*., 2020).

Ainda que nos estudos até aqui apresentados o OSCE não tenha sido abordado diretamente, vale ressaltar que esta é uma ferramenta criada para avaliação de competências clínicas em ambientes simulados. Introduzido por Harden, em 1975, tem alcançado popularidade internacional na formação de profissionais de saúde. Um dos pontos fortes do OSCE é a objetividade, pois, sua finalidade é remover a variação do paciente e do examinador para que a única variável a ser examinada seja a capacidade do estudante. Com este fim, esses exames são compostos por uma série de estações pré-determinadas e especificamente projetadas para avaliar competência clínica e de comunicação. Os examinadores avaliam o desempenho do estudante objetivamente em relação a critérios pré-determinados (De-Oliveira, 2019).

Concluindo a exposição das publicações selecionadas, em publicação recente, Alexandre *et al*. (2023) realizaram estudo com preceptores de um programa de residência de enfermagem sobre os métodos de avaliação utilizados no seu cotidiano. Os resultados mostraram que apesar de fazerem avaliações (ao final dos rodízios[31]), os preceptores não participam do planejamento das atividades dos residentes, o que demonstra dissociação entre ensino e assistência. Em relação ao instrumento para registro das avaliações utilizado os preceptores apontam o elemento subjetivo como negativo, e que para ser bem aplicado é preciso sua aceitação. Consideram que embora entendam que a avaliação deva acontecer ao longo do rodízio só o fazem ao final, em função das demandas de trabalho. Os preceptores relatam não receberem orientações para realizar o processo avaliativo e julgam importante a oferta de capacitações para atender às questões pedagógicas da formação. Por fim, o *feedback* aparece como ferramenta fundamental para avaliação do alcance de competências em cenários de prática.

Ao longo do exposto, percebe-se que, a despeito de a avaliação com caráter formativo ser considerada como dispositivo de superação dos processos avaliativos tradicionais, o que se pratica está distante das propostas contidas nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e programas de residência em saúde. As limitações mais citadas para essa prática são a subjetividade dos avaliadores; a falta de preparo pedagógico dos docentes e preceptores, bem como seu receio de avaliar inadequadamente; e o tempo disponível para realizar as avaliações.

---

[31] Rodízio se refere à passagem dos residentes pelos campos de prática.

O fator subjetividade é recorrentemente apontado nos estudos como limitador nos processos avaliativos. Cabe aqui uma problematização sobre o termo. Na perspectiva desses estudos, subjetividade refere-se à de expressão de ideias ou preferências pessoais, à forma como cada pessoa percebe e interpreta o mundo. Nesse sentido, é possível garantir plena objetividade em processos avaliativos participativos, dialógicos ou formativos? Qual avaliação não teria qualquer componente subjetivo? Possivelmente, aquelas que tenham como único instrumento os testes de múltipla escolha. Como as estratégias avaliativas formativas são aquelas que são abertas ao diálogo, utilizando o *feedback*, por exemplo, como ferramenta, não seria possível garantir a absoluta objetividade na avaliação. E, como já mencionado neste texto, Hoffmann (2011) afirma que não é possível evitar a subjetividade nos processos avaliativos, mas é possível ter consciência da ilusão de nossas interpretações.

A falta de aproximação às questões inerentes ao ensino é outro elemento apontado como limitador na avaliação. Na área da saúde, a maioria dos profissionais que se dedicam ao ensino não tem na sua formação qualquer orientação pedagógica. Docentes e preceptores são lançados à prática da docência ou preceptoria sem qualquer tipo de qualificação para tanto e, em vista disso, recorrem às memórias adquiridas ao longo de sua formação, mirando-se nos exemplos que tiveram da prática de seus docentes ou preceptores e, como já discutido, podendo reproduzir comportamentos não desejáveis, ou adotar condutas singulares, que favoreçam o desenvolvimento dos processos de ensinagem como estratégia educativa.

O *feedback* é apontado em todos os estudos apresentados como elemento-chave na avaliação formativa, inclusive com orientações sobre como praticá-lo. Contudo, como os estudos demonstram, há dificuldades em sua utilização devido à inabilidade dos docentes/preceptores, resultando em feedbacks inapropriados ou mesmo na sua ausência.

Os instrumentos para registro de avaliação apresentados se mostram com viés quantitativo, uma vez que todos se baseiam em escalas numéricas para certificar o alcance das competências esperadas. Alguns instrumentos se ocupam no todo ou em parte das competências comportamentais, outros são para avaliação exclusiva de competências técnicas. Contudo ainda possibilitam o velho determinismo de se rotular os estudantes em bons, medianos ou ruins, pois se prestam ao estabelecimento de hierarquias e classificações, o que, portanto, não vai ao encontro da proposta de avaliação formativa.

Essas tentativas de mudança não são novidade, uma vez que há décadas vem se debatendo a necessidade de mudanças no ensino em saúde e seus processos avaliativos. Entretanto, observa-se que ao longo do tempo poucas mudanças se efetivaram.

Nesse sentido, Sordi (2008) apresenta reflexões sobre a formação pedagógica necessária a docentes universitários para a produção da avaliação da aprendizagem que a autora denomina de consequente, que ainda se aplicam no presente, não só ao ensino superior em saúde como nas pós-graduações (inclusive residências). Por isso, compartilho com o leitor algumas de suas percepções, que se alinham a pontos que foram recorrentes nesta seção.

Sordi (2008, p. 48) ressalta a necessidade de revelar os sinais do que ela denomina problemas de saúde da docência (universitária). Muitos docentes revelam insegurança em relação à sua capacidade de ensinar, devido à falta de formação pedagógica. Sob pressão constante para que seus alunos apresentem bons resultados nos exames, e sobrecarregados por obstáculos administrativos que restringem iniciativas inovadoras que desafiem o instituído, enfrentam dificuldades na orientação das atividades pedagógicas, especialmente no que se refere aos processos avaliativos.

A autora chama a atenção para o necessário resgate do lugar da avaliação nos Projetos Político-Pedagógicos revelando que, a despeito da avaliação ter sido configurada como alvo de disputa de políticas públicas para exercer regulação da qualidade de acordo com o mercado, a resistência se fez no interior de algumas instituições no sentido de não permitir dissociar a avaliação da qualidade social de seus objetivos. Desassociar a avaliação dos demais elementos do processo ensino-aprendizagem foi um formato construído com fins claramente economicistas, visto que tem o propósito de deslocar a atenção de toda a comunidade escolar "do compromisso com a aprendizagem, fazendo-os reféns dos resultados, das notas sinalizadoras dos lugares que lhes cabe ocupar, que usualmente confirmam o lugar social que já ocupam" (Sordi, 2008, p. 51).

A avaliação, como a conhecemos, "tem pertencido ao campo do sagrado e, como tal, constituído seu corpo teórico como algo neutro, técnico, objetivo, sob a égide da visão positivista de ciência e conhecimento" (Sordi, 2008, p. 51). No que tange às inquietações com a prática da avaliação, a autora afirma que muitos estudos apontam: a dificuldade na definição de critérios, na elaboração dos instrumentos e valorização do material produzido; a apreensão com o subjetivismo dos julgamentos; a distinção entre avaliação formal e informal; as condições objetivas do trabalho docente que dificultam um atendimento singularizado aos estudantes, o temor de reprovar e o temor, ainda maior de aprovar sem que o estudante tenha realmente adquirido conhecimento.

Todos esses pontos emergiram nos estudos mencionados nesta seção e vêm também ao encontro da minha percepção ao longo dos anos em contato com residentes e preceptores das residências em saúde do INCA. Paradoxalmente, advoga-se que a escola atualize seus objetivos

de formação em relação ao que o mercado demanda. No entanto, Sordi (2008) questiona: como fazer isso se não mudarmos a forma como avaliamos? E como mudar a avaliação se não repensarmos o sentido de nossas práticas pedagógicas como um todo? A questão, portanto, é ampliar nossa capacidade de avaliar a própria avaliação que realizamos e vivenciamos, utilizando outras categorias de análise. Sem isso, o desejo de preparar os estudantes para o futuro continuará sendo guiado por lógicas do passado, e será surpreendente nos indignarmos com os resultados dessa história.

Para que docentes (e, acrescento, preceptores) estruturem práticas avaliativas que promovam uma formação socialmente relevante, eles necessitariam ter condições de criticar seu próprio trabalho pedagógico e seus efeitos. E mais ainda, deveriam saber usar a avaliação para seu próprio autoconhecimento, interrogar a docência que praticam e daí decidirem o que fazer com ela. Contudo, o excesso de demandas lhes toma um tempo que esvazia a essência do seu trabalho como educador, que acaba sendo feito de modo solitário, sem a riqueza derivada do trabalho coletivo com seus pares (Sordi, 2008).

Isto remete ao que foi discutido sobre EPS e ensinagem, cujos pressupostos passam pela reorganização de processos, relações e espaços de prática, com ênfase na colaboração entre os atores. O trabalho docente não pode ser solitário, sob pena de se tornar um peso, para professores e estudantes, impedindo a reorganização do trabalho pedagógico. Sordi (2008) acredita que é necessário surgir uma nova organização do trabalho pedagógico, impulsionada pela coragem de docentes que não receiam propor modelos contra-hegemônicos. É visível o esgotamento das formas de atuação docente e, por isso, a insistência na avaliação como mero instrumento de classificação e disciplina acaba descaracterizando seu potencial educativo, formativo e emancipador. De modo contraditório, essa prática reacende efeitos conformadores e até deformadores nas subjetividades dos estudantes e profissionais, dificultando uma verdadeira transformação.

A compreensão da avaliação da aprendizagem como uma categoria pertencente ao trabalho pedagógico define a diretriz para capacitar docentes para a tarefa de avaliar: estabelecer a forma de organização da tríade ensinar-aprender-avaliar que se pretende executar. “Esse é o lugar da avaliação. Nem acima, nem abaixo do ensino e da aprendizagem. Sem qualquer prerrogativa que lhe conceda o direito de usurpar a atenção dos estudantes e dos professores do processo de ensinagem”, afirma Sordi (2008, p. 54), referindo-se a Anastasiou e Alves (2003).

A autora faz alguns destaques nesse sentido, afirmando que o foco dos processos das capacitações pedagógicas deve ser o deslocamento da formação centrada no ensino para a

formação centrada na aprendizagem. A importância não está na boa explicação dos conteúdos, mas em como estes são compreendidos e integrados em um conjunto significativo de novos conhecimentos e habilidades. A avaliação deve estar a serviço da aprendizagem, orientando professores e estudantes na identificação de seus avanços e de suas fragilidades para juntos as superarem buscando o alcance das competências pactuadas.

Para Sordi (2008), a compreensão do papel da avaliação no trabalho pedagógico revela uma visão de educação e de mundo, e retrata as relações de poder que permeiam os processos relacionais. Essa compreensão aborda a intersubjetividade presente nesses processos, que molda o tom dos diálogos estabelecidos, cujas consequências não permitem que se alegue inocência. "Os impactos desse processo podem ser formativos, (con)formativos ou até (de)formativos. Sob esse aspecto, a avaliação e sua histórica centralidade nas práticas pedagógicas deixam marcas" (Sordi, 2008, p. 55). Os cenários de aprendizagem devem ser ocupados por práticas democráticas que rejam as relações interpessoais, sobretudo no âmbito da avaliação.

Enfim, o processo de capacitação pedagógica de docentes (e preceptores) não pode ser feito de forma rasa. Ao contrário, deve-se discutir que tipo de capacitação deve ser ofertada para que extrapole a dimensão profissional (conhecimento e capacidade técnica, sem dúvida essenciais), instrumentalizando-os para a ampliação das dimensões acadêmica e humana (Sordi, 2008).

As reflexões feitas por Sordi (2008) se coadunam com o pensamento de Amado (2019), de que o caráter subjetivante da cultura avaliativa não encontra espaço de discussão nas formações. As práticas avaliativas pragmatistas se impõem, consolidando-se em políticas públicas e instrumentos de avaliação voltados para o estabelecimento de hierarquias e classificações, em vez de utilizar a avaliação como constituinte da metodologia de ensino para auxiliar professores e estudantes a superarem as dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem.

Urge, portanto, rever efetivamente os processos avaliativos de práticas profissionais para que docentes e preceptores resgatem a essência do seu trabalho como educadores.

4 O TRABALHO DE CAMPO: ANALISANDO RELAÇÕES

Nesta seção, procede-se à análise do material produzido durante os encontros realizados com preceptores e residentes. Para tanto, é importante recordar que os objetivos específicos desta pesquisa incluem promover discussão acerca dos processos avaliativos da prática na formação voltada para a excelência técnica em contraste com a proposta da integralidade do cuidado; colocar em análise as concepções de avaliação da aprendizagem praticadas pelos preceptores dos programas; e colocar em análise o instrumento para registro de avaliação das práticas profissionais vigente. Para alcançar esses objetivos foram realizados grupos de discussão compostos, separadamente, por preceptores e residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA.

É válido mencionar que no decorrer desta pesquisa mudanças importantes aconteceram. Após as eleições em 2022, no ano seguinte foram substituídos os gestores do INCA. A direção então empossada designou, em 2023, novo responsável pela Coordenação de Ensino (Coens) que, por sua vez, fez alterações nas chefias ligadas à Coens. Isto veio a acelerar o processo de deslocamento da função em que eu me encontrava à época.

Naquela ocasião eu desempenhava a função de supervisora da Área de Ensino Multiprofissional, assumida em abril de 2022. Desde então, o planejamento de buscar no Instituto um profissional que assumisse a Área de Ensino Multiprofissional passou a ser prioridade, a fim de que eu pudesse exercer novas funções junto à chefia da Divisão de Ensino *Lato Sensu* e Técnico (Delst).

Com as mudanças efetuadas na gestão esse planejamento foi alterado e meu deslocamento de função se deu em fevereiro de 2024, quando fui lotada na Divisão *Stricto Sensu* da Coens. Consequentemente, esta mudança trouxe um distanciamento natural em relação às atividades dos programas de residência em área profissional da saúde, sendo interrompido o acompanhamento dos processos avaliativos das práticas profissionais nos programas.

A despeito desse distanciamento, o tema avaliação das práticas profissionais continua sendo profundamente instigante. Assim, espero com esta pesquisa contribuir para o debate no que concerne às práticas avaliativas nos programas de residência do INCA e às eventuais alterações no processo.

4.1 Sobre o contexto pesquisado

Para melhor compreensão acerca das discussões realizadas nos grupos focais e apresentadas neste capítulo, cabe uma breve explanação sobre a organização curricular dos programas de residência. Como já mencionado anteriormente, há um eixo transversal e oito eixos específicos (Anexo A). No eixo transversal todas as categorias percorrem juntas módulos organizados em atividades teóricas, práticas ou teórico-práticas, quais sejam: Fundamentos de oncologia; Segurança do paciente; Bioética; Políticas públicas de saúde e oncologia; Gestão em saúde; Fundamentos de metodologia científica; Seminários integrados de acompanhamento de trabalho de conclusão de residência; Educação em saúde; Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia; e Práticas interdisciplinares na rede de atenção oncológica. Os dois últimos são módulos constituídos exclusivamente por atividades práticas e teórico-práticas, em equipes multiprofissionais, um intramuros e outro extramuros.

O módulo Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia se desenvolve nas dependências do Instituto, em equipes multiprofissionais realizando atividades práticas. Por sua vez, o módulo Práticas interdisciplinares na rede de atenção oncológica é realizado em unidades de atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, por meio de uma parceria interinstitucional estabelecida por convênio.

A estrutura curricular dos eixos específicos está organizada em módulos teóricos e módulos práticos, os quais são direcionados às particularidades de cada profissão. Os módulos práticos correspondem às atividades de prática supervisionada, realizadas nas três unidades hospitalares do Instituto. Cada módulo é composto por um conjunto de campos de prática, que podem ser denominados de acordo com a clínica em que se desenvolvem, como, por exemplo, urologia, abdômen, cabeça e pescoço, ou conforme o tipo de assistência prestada, como ambulatório, internação hospitalar (enfermarias), Centro de Tratamento Intensivo (CTI), unidade de pós-operatório (UPO), entre outros. A diversidade de categorias profissionais torna a compreensão da organização dos módulos mais complexa. Para facilitar essa compreensão, o Anexo D apresenta quadros detalhados contendo os módulos e os respectivos campos de prática de algumas categorias profissionais.

Esses campos de prática assemelham-se aos estágios supervisionados dos cursos de graduação, nos quais há preceptores responsáveis por supervisionar continuamente as atividades dos discentes. No contexto do INCA, os preceptores das residências em área profissional da saúde podem atuar em regime de plantão ou de rotina diária, desde que cumpram

a carga horária estabelecida, que pode variar entre 30 e 40 horas semanais, dependendo da categoria profissional. A coordenação de cada categoria organiza a escala de rodízio dos residentes nesses campos de prática, considerando a disponibilidade de cada setor.

A carga horária total dos programas é de 5.760 horas, distribuídas entre os eixos transversal e específicos. Destas, 80% são dedicadas às atividades práticas e teórico-práticas, enquanto 20% são reservadas para as aulas teóricas. No primeiro mês do programa, as aulas teóricas acontecem diariamente, tanto de manhã quanto à tarde, oferecendo uma base teórica essencial para que os residentes possam adquirir os conhecimentos mínimos necessários para começar sua prática na área de oncologia.

Após esse período inicial, as aulas do eixo transversal acontecem em dias variados da semana, de acordo com as possibilidades dos docentes responsáveis pelos módulos. O módulo *Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia* concentra suas atividades em períodos de 45 dias ininterruptos nas dependências do Instituto. Já o módulo *Práticas interdisciplinares na rede de atenção oncológica*, é realizado em sua totalidade externamente ao Instituto, em unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro. As aulas teóricas dos eixos específicos acontecem em dias definidos de acordo com cada categoria profissional.

Cabe, também, uma descrição sucinta dos instrumentos para registro de avaliação das práticas, denominados de Registros de Atividades Práticas (RAP), uma vez que haverá nas falas dos participantes da pesquisa diversas referências ao instrumento vigente e ao que o antecedeu.

O *layout* do RAP apresenta uma estrutura padronizada. Contudo, cada categoria profissional realiza adaptações no conteúdo de acordo com suas especificidades. No instrumento anterior (Anexo B), que precedeu o atual, estavam descritos os critérios para avaliação das habilidades técnicas a serem desenvolvidas, individualizados por categoria profissional. Além das habilidades, eram indicadas atitudes desejáveis a serem observadas e avaliadas. Os campos destinados ao registro das avaliações eram abertos, contendo espaços para assinatura do preceptor responsável pelo registro, bem como para ciência e anuência, ou não, do residente. Os registros deveriam ser realizados com a maior periodicidade possível. No entanto, considerando a multiplicidade de atividades desempenhadas pelos preceptores, foi acordado que seriam realizados, no mínimo, três registros por campo de prática, podendo ser reduzido a dois na impossibilidade. Ao final havia espaços destinados a um registro sucinto do desempenho geral do residente naquele campo de prática, bem como recomendações para o campo subsequente. A emissão do conceito final do módulo ocorria após o residente ter transitado por todos os campos de prática que o compunham.

O RAP vigente (Anexo C) sofreu alterações no aspecto visual, teve seus critérios para avaliação de competências técnicas adaptados ao novo formato e os critérios relacionados às questões atitudinais ampliados. A recomendação quanto à periodicidade dos registros foi mantida. A diferença marcante entre os instrumentos é que o atual contém uma escala de mensuração do desempenho do residente. A primeira versão do atual RAP, apresentada em 2022, previa uma escala numérica de 1 a 4, na qual valores menores indicavam pior desempenho, e valores maiores indicavam melhor desempenho. Não havia rubricas[32] que conferissem alguma qualidade ao valor numérico na escala. Esta proposta mantinha ao final alguns campos livres destinados a considerações gerais sobre o desempenho do residente, recomendações para o rodízio[33] subsequente, autoavaliação do residente e assinaturas de preceptores e do próprio residente.

Esta proposta foi debatida ao longo do ano de 2022, chegando-se à versão atualmente utilizada no início de 2023. No primeiro semestre daquele ano, o instrumento proposto seria utilizado na avaliação das práticas dos residentes do segundo ano, mantendo-se para os residentes do primeiro ano, o instrumento anterior. O propósito foi submeter o novo instrumento aos preceptores para sua validação. No segundo semestre do mesmo ano a nova versão do RAP foi validada pela Coremu, passando a ser utilizada para todos os residentes.

Nesta versão, a pontuação recebeu rubricas, que visam facultar aos números da escala algum aspecto qualitativo:

- 0 significa que o residente não realiza atividades propostas mesmo sob orientação OU não apresenta as atitudes esperadas quanto à prática profissional;
- 1 significa que o residente demonstra dificuldade para realizar as atividades propostas, necessitando de orientação constante OU não apresentou as atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo somente após realização de atividades de reorientação, com comprovada evolução na aprendizagem;
- 2 significa que o residente cumpriu as atividades propostas de acordo com os protocolos estabelecidos, necessitando de ajustes, e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo;

[32] Rubrica pode ser entendida como uma ferramenta para quantificação de observações qualitativas, descrevendo níveis de desempenho na realização de tarefas específicas, ou de um produto específico. Esses níveis devem ser descritos em detalhe e associados a uma escala de valores.

- 3 significa que o residente cumpriu as atividades de acordo com os protocolos estabelecidos e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo; e
- 4 significa que o residente cumpriu as atividades propostas com excelência e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo.

Para progressão ao campo de prática seguinte o mínimo exigido é pontuação no nível 2, em cada item avaliado. O conceito final do módulo (A, B, C ou D), somente é emitido após o residente transitar por todos os campos de prática previstos. É importante ressaltar que, em ambos os instrumentos, cada categoria profissional tinha autonomia para adaptar os critérios de acordo com suas especificidades.

4.2 Primeiros movimentos

O projeto de pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do INCA e da UERJ em março de 2024, obtendo o parecer de aprovação final em maio do mesmo ano, sob o protocolo de pesquisa CAEE 78299824.4.0000.5274. A seleção dos participantes da pesquisa se deu por conveniência. Foram convidados a participar um total de 16 profissionais, sendo oito preceptores e oito residentes, em dois grupos distintos. Em cada grupo havia representantes das oito categorias profissionais que compõem os programas de residência em área profissional da saúde do INCA. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do INCA e da UERJ (Apêndices C e D).

Os dispositivos de intervenção utilizados foram grupos de discussão junto aos preceptores e residentes, empregando-se a técnica de grupo focal. Esses dispositivos buscaram colocar em análise as práticas e relações cotidianamente produzidas e, por meio do processo analítico que tem lugar neste momento, criar as condições para que eventuais transformações possam vir a acontecer.

A partir dos dispositivos de intervenção, os participantes, em grupo, tiveram a oportunidade de discutir o modo como preceptores e residentes se relacionam com as práticas avaliativas, suas concepções de avaliação, e em que medida esses processos avaliativos podem

contribuir para uma formação profissional que produza, além da excelência técnica, a integralidade do cuidado.

Conforme já mencionado, de acordo com referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, a definição do campo de análise é o primeiro movimento da investigação. Neste caso, a avaliação da aprendizagem das práticas profissionais, a partir da organização das suas políticas de funcionamento. Os programas de residência em área profissional da saúde do INCA, seus preceptores e residentes constituem o campo de intervenção desta pesquisa, que se caracteriza como o segundo movimento (Rocha, 2006).

Em se tratando de uma pesquisa-intervenção, o próprio grupo iniciou a análise, a partir das problematizações realizadas com base em roteiros semiestruturados (Apêndices A e B). As discussões buscaram construir análises e encaminhamentos coletivos para eventuais modificações nos processos avaliativos vigentes.

Alguns temas para discussão estavam pré-definidos a partir dos roteiros, com as perguntas apresentadas aos grupos estimulando o debate sobre os processos avaliativos. Outros temas como os tempos na preceptoria, a subjetividade em contraposição à objetividade, a formalização da avaliação, a sobrecarga de trabalho, a fragmentação das práticas e assédio emergiram no contexto das respostas dos participantes. Embora o roteiro tenha sido elaborado com o objetivo de orientar a condução dos encontros, não foi necessário discutir as questões nele contidas na ordem inicialmente proposta. Observou-se que, em ambos os grupos, as questões emergiam de forma espontânea, sem que as perguntas do roteiro fossem necessariamente apresentadas.

4.3 O processo dos encontros

O trabalho de campo desta pesquisa-intervenção se deu por meio da realização de dois grupos de discussão, um com preceptores e um com residentes, utilizando-se a técnica de grupo focal. Os grupos focais são uma técnica de pesquisa em que se realiza uma entrevista coletiva, valorizando a interação entre os participantes, de modo a proporcionar uma dinâmica de trocas e reflexões. Em vez de o pesquisador solicitar que cada indivíduo responda uma pergunta de cada vez, os participantes são incentivados a dialogar entre si, fazer questionamentos, compartilhar experiências e refletir sobre as suas perspectivas e pontos de vista (Kitzinger, 2005).

A proposta da técnica do grupo focal, segundo Kitzinger (2005), é que os processos interativos dentro do grupo podem ajudar os participantes a aprofundar e esclarecer suas ideias, o que seria mais difícil de alcançar em uma entrevista individual. A discussão em grupo é especialmente útil quando o pesquisador tem um conjunto de perguntas abertas e deseja incentivar os participantes a explorarem temas relevantes para eles, formulando suas próprias questões e definindo suas próprias prioridades. O trabalho em grupo ajuda os pesquisadores a identificarem as diversas formas de comunicação que as pessoas utilizam em suas interações diárias. Isso é valioso, pois o conhecimento e as atitudes das pessoas não se limitam a respostas racionais a perguntas diretas. As formas cotidianas de comunicação podem revelar não apenas o que as pessoas sabem ou vivenciam, mas também aspectos mais profundos. Essa percepção é relevante, pois pode destacar valores ou normas do grupo.

Os estudos que utilizam grupos focais podem ser feitos com número reduzido de grupos e também de pessoas. O número ideal de participantes é de quatro a oito pessoas. Os encontros devem durar entre uma e duas horas, e devem ser realizados em um ambiente confortável, com os participantes sentados em círculo. A equipe de pesquisa deve explicar ao grupo que o objetivo do encontro é estimular que as pessoas conversem entre si. No decorrer dos encontros o pesquisador pode fazer algum tipo de intervenção, colocando questões para suscitar o debate (Kitzinger, 2005). Após o embasamento teórico sobre a técnica, procedeu-se, então, à estruturação e realização dos grupos focais que reuniram, separadamente, preceptores e residentes.

Os critérios para participar do grupo focal foram assim definidos: ser preceptor há pelo menos cinco anos realizando avaliação da aprendizagem nos campos de prática e utilizar efetivamente os instrumentos vigentes para o registro das avaliações nesses campos. Desse modo, os preceptores teriam realizado avaliação da prática com residentes de duas turmas, no primeiro e segundo anos, além de utilizar os dois últimos modelos de instrumentos para registro de avaliação da aprendizagem prática.

Para a seleção dos preceptores participantes da pesquisa, solicitou-se aos representantes das comissões de ensino da Coremu/INCA que indicassem dois profissionais de suas respectivas categorias, os quais atendessem aos critérios previamente estabelecidos. A indicação de dois preceptores teve como finalidade assegurar a disponibilidade de um substituto em caso de intercorrências na data agendada para o encontro. Contudo, algumas categorias não indicaram suplentes. Após a confirmação das indicações, os convites foram enviados diretamente aos preceptores por meio de correio eletrônico.

Cabe ressaltar que o preceptor de uma determinada categoria, que atendia aos requisitos, não poderia participar. Desse modo, foi necessário incluir no grupo um profissional com menos tempo de preceptoria, o que está em desacordo com um dos requisitos definidos. Diante da dificuldade em se garantir a escolha de acordo com o atendimento pleno aos critérios, a fim de garantir a presença de um representante de cada categoria, decidiu-se por aceitar um preceptor que iniciou suas atividades na residência em outubro de 2022, tendo oportunidade de realizar avaliação da aprendizagem prática dos residentes da turma 2023 nos dois anos do programa, e de residentes do primeiro ano da turma que ingressou em 2024. A decisão foi pautada pela busca da condição que menos prejuízo trouxesse ao planejamento inicial.

A seleção dos residentes para participação na pesquisa foi realizada de forma semelhante, mediante solicitação de indicações aos representantes das comissões de ensino da Coremu/INCA. No que se refere aos residentes, também foi solicitada a indicação de dois discentes, com o objetivo de assegurar um substituto em caso de eventualidades na data agendada para o encontro. Ressalta-se que, em algumas categorias, não houve indicação de suplentes. Após a confirmação das indicações, os convites foram enviados diretamente aos residentes por meio de correio eletrônico.

Apenas um critério foi definido para a participação neste grupo focal: ser residente do segundo ano dos programas, em razão de já haver percorrido quase todos os campos de prática que constam do programa e, consequentemente, ter sido avaliado pela quase totalidade de preceptores de sua categoria profissional.

Sobre o agendamento das datas para os encontros, a proposta inicial era realizá-los no mês de agosto, após definidos os preceptores e residentes que participariam da pesquisa. Estabeleceu-se então, contato via e-mail, para determinar a data para o encontro dos grupos focais. Contudo, devido à dificuldade de coordenar as agendas de todos os envolvidos, a equipe de pesquisa propôs a ambos os grupos que escolhessem entre três datas no mês de outubro de 2024, solicitando resposta individual, com o objetivo de encontrar uma data que fosse adequada para todos.

Para o grupo dos residentes, as datas propostas foram submetidas às representações das categorias profissionais antes de consultar os residentes, a fim de que houvesse concordância na liberação das atividades nos campos de prática. Essas datas foram propostas observando-se a não interferência em atividades dos eixos transversal e específicos e, também, férias dos residentes.

O grupo focal com preceptores, após as consultas e retorno de todos, foi realizado no dia 09 de outubro de 2024, contando com a participação de oito profissionais, sendo um de cada

categoria profissional que compõe os programas em residência em área profissional da saúde: enfermagem, farmácia, física médica, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. O encontro se deu nas dependências do INCA, em local reservado, apropriado para a atividade.

No que se refere à condução da atividade, após o consentimento do grupo para gravar o encontro para posterior transcrição, inicialmente, foi feita a apresentação da equipe de pesquisa[34] aos participantes e, em seguida, uma dinâmica de apresentação dos preceptores. Como poucos se conheciam, e o uso de dinâmicas é uma forma de criar ambiente agradável em um grupo que não se conhece, foi utilizada uma dinâmica em que a primeira pessoa se apresenta e, na sequência, todos os demais deveriam repetir as informações de todos os que lhe antecederam para somente então se apresentar. Isto gerou um ambiente descontraído, uma vez que nem todos os detalhes eram memorizados.

Na sequência, foi informado aos participantes do grupo como se conduz um grupo focal, que seriam apresentadas algumas questões descritas em roteiro previamente preparado e, também, os objetivos da pesquisa. Após esse primeiro momento, foi entregue o TCLE para leitura e assinatura.

Este roteiro, que se encontra no Apêndice A, apresentou questões que tinham como propósito colocar em análise a compreensão dos participantes acerca dos processos avaliativos da prática profissional preconizados pelo programa de residência, além de promover o debate acerca da sua contribuição para o aprendizado dos residentes e para uma formação profissional voltada à excelência técnica e à integralidade do cuidado. Buscou-se, ainda, estimular a troca de experiências com o instrumento vigente e sugestões para o aprimoramento dos processos avaliativos na residência.

Iniciou-se, então, a atividade propriamente dita, com a introdução da primeira pergunta. Com o desenrolar das trocas de experiências, alguns conteúdos das questões seguintes foram sendo abordados pelo grupo, de modo que algumas questões previstas no roteiro não foram efetivamente lançadas por já terem sido abordadas no decurso da discussão.

Considerando que a previsão de duração do encontro era de duas horas, às 16h20min o grupo foi consultado se poderíamos prosseguir, uma vez que faltava finalizar o conteúdo previsto no roteiro. Todos assentiram na continuidade das discussões, sem restrição. O encontro foi encerrado às 16h48min.

---

[34] Neste estudo a equipe de pesquisa foi composta por mim, por uma profissional ligada à Área de Ensino Multiprofissional do INCA e por uma profissional externa ao INCA, com expertise na condução de pesquisas participativas.

O grupo focal com residentes foi realizado no dia 30 de outubro de 2024, contando com a participação de oito discentes, sendo um de cada categoria profissional que compõe os programas e residência em área profissional da saúde, assim como no grupo de preceptores. O encontro se deu no mesmo local do encontro com os preceptores. Com a experiência do atraso vivida no encontro com preceptores, na semana anterior foi enviado e-mail aos residentes solicitando sua chegada ao local às 13:30h. À medida que os residentes iam chegando, o TCLE era entregue para leitura e assinatura. Com isso, foi possível iniciar a atividade no horário previsto.

No que se refere à condução do encontro, após o consentimento do grupo para gravar o encontro para posterior transcrição, foi feita a apresentação da equipe de pesquisa aos participantes. É válido ressaltar que uma integrante da equipe não esteve presente por motivo de doença. Em seguida, houve apresentações dos residentes. Como todos se conheciam, foi utilizada a dinâmica de se apresentarem uns aos outros, trazendo descontração ao ambiente. Na sequência, foi informado aos participantes do grupo como é conduzido um grupo focal, que seriam apresentadas algumas questões previstas em roteiro previamente preparado e, também, os objetivos da pesquisa. Iniciou-se, então, a atividade propriamente dita com a introdução das perguntas, conforme roteiro previsto, pontualmente às 14h.

O roteiro previsto para o grupo focal de residentes está no Apêndice B. Seu propósito foi discutir a perspectiva de avaliação da aprendizagem prática que os residentes consideram adequada, a percepção sobre os processos avaliativos preconizados nos programas de residência, a possível contribuição desses processos avaliativos para a formação profissional, a inserção dos residentes nesses processos e suas experiências com o instrumento de registro de avaliação vigente.

O encontro aconteceu de forma descontraída e amigável, encerrando-se as atividades às 15h54min. Após o encerramento, alguns residentes indagaram sobre como seria a justificativa da ausência no campo de prática, pois haviam sido questionados pelo preceptor. Foi informado que todas as coordenações de categoria estavam cientes da participação de todos, mas se fosse necessário, seria emitida pela equipe de pesquisa uma declaração de participação a quem solicitasse, o que não se mostrou necessário.

Neste capítulo as declarações dos participantes serão identificadas apenas por *preceptor* ou *residente*, seguido de letras maiúsculas, definidas aleatoriamente, a fim de salvaguardar o anonimato.

4.4 Percepções quanto aos processos avaliativos

Paulon, (2005) esclarece que a participação ativa das pessoas implicadas em uma pesquisa e a interferência dos dispositivos de investigação nos processos observados só foram percebidos como problema de pesquisa com a superação da presunção de neutralidade e objetividade. Por muitos anos estive profundamente ligada aos processos avaliativos nas residências em área profissional da saúde e, consequentemente, acabei por desenvolver algumas "certezas". Entendendo a premissa de que não há neutralidade e muito menos objetividade, procurei me colocar com a mente aberta, mesmo àquilo que pudesse vir de encontro ao meu pensamento, e busquei compreender como foram construídas as subjetividades dos atores envolvidos na pesquisa, atravessadas pelas questões aqui reveladas.

4.4.1 A perspectiva dos preceptores

Como o objetivo principal desta pesquisa é colocar em discussão o modo como preceptores e residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA se relacionam com as práticas avaliativas e com eventuais alterações do processo, as discussões, em ambos os grupos, tiveram início a partir da pergunta: o que é avaliação da aprendizagem? Desse modo, o primeiro tema abordado, concepções de avaliação da aprendizagem, teve como respostas dos preceptores

Preceptor C- *É dar um olhar sobre as ações do outro e se elas estão de acordo com aquilo que foi orientado, ou se existe algum planejamento ou protocolo relacionado ao que foi orientado.*

Preceptor A- *no primeiro momento eu pensaria mais em atribuição de um valor. Não necessariamente é um valor numérico, às vezes é um valor só de apto ou não apto, ou se é isso, se a pessoa está realmente exercendo aquilo que foi proposto. Conseguindo alcançar o máximo daquilo que foi proposto.*

Preceptor G- *acho que o importante é, primeira coisa quando a gente vai avaliar, a gente tem que saber de onde a gente parte, qual era a nossa expectativa, qual é a expectativa de quem está sendo treinado. Qual era o background que ele tinha anterior. Então a gente vai medir, mensurar quanto ele teve de progresso dentro daquilo que foi estabelecido como plano de treinamento e de evolução dele.*

Ainda que se identifique a noção de processo, de avaliar de acordo com o planejamento de ensino, e mesmo de promover o diagnóstico da situação de aprendizagem, percebe-se a ideia

da mensuração do desempenho do residente e seu treinamento para as atividades em detrimento da problematização dos resultados e percursos de aprendizagem vivenciados, que possam indicar os conhecimentos ainda necessários a serem adquiridos.

Sob outro ponto de vista, avaliar pode ser

Preceptor E- *Avaliar, o que às vezes se torna difícil, é estabelecer metas que sejam compatíveis, na medida de quem são esses alunos, esses discentes. Metas compatíveis com o prazo de tempo, com os objetivos.*

Esta visão de avaliação sugere a individualização dos processos de aprendizagem em função dos objetivos e do tempo de contato entre preceptor e residente. O tempo, tema que emergiu de modo recorrente nos diálogos, foi apontado como um fator limitador dos processos avaliativos, tal como descrito na seção anterior. Neste caso em específico, o conceito de tempo refere-se à ocorrência de rodízios de duração extremamente curta em determinadas categorias profissionais das residências, o que compromete de forma significativa a avaliação do residente devido ao limitado contato com o campo de prática e com o preceptor. Por outro lado, em outras categorias, essa questão não se configura como um problema, uma vez que os residentes permanecem por períodos prolongados sob a supervisão de um mesmo preceptor ou de mais preceptores, possibilitando uma avaliação mais consistente e aprofundada.

A subjetividade em contraposição à objetividade, outro tema emergente nas discussões, aparece frequentemente nas falas dos preceptores, associado à ideia de que avaliação se confunde com o instrumento utilizado para registro, incluindo a premissa de que o instrumento deveria eliminar a subjetividade do avaliador.

Preceptor H- *avaliar acaba sendo uma maneira de você fazer um julgamento a partir de certas questões objetivas do que é esperado daquele aluno. Mas acaba sempre sendo um caráter um tanto subjetivo. Então quando a gente avalia como que aquele aluno evoluiu através do tempo, a gente utiliza de certos critérios, mas que tem um grau de subjetividade naquilo. Então os instrumentos acabam sendo uma forma de a gente registrar isso de uma maneira sistematizada. Uma coisa mais nessa pegada, sabe? De como a gente vai conseguir acompanhar a curva de aprendizado dessa pessoa que a gente está supervisionando. Então acho que a avaliação é isso, é uma forma prática de transformar uma coisa inerentemente subjetiva, numa coisa com números, com escalas, com registros, coisas que a gente possa acompanhar longitudinalmente.*

Preceptor B- *Acho que tem essa questão do instrumento e o quanto que a gente consegue, na prática, estar identificando essas potências que o próprio residente, aluno, quem vai ser avaliado tem. Acho que a gente tem que pensar se o instrumento consegue captar isso e o que realmente a gente quer medir. Eu acho que isso é importante nesse processo de avaliação.*

A fala do preceptor B, produzida no contexto da pergunta sobre o que seria avaliação, traz a primeira alusão à justaposição entre processo avaliativo e registro no instrumento,

incluindo a premissa de que o instrumento para registro da avaliação possa captar, de modo objetivo, o desempenho do residente.

Considerando que essa justaposição se repetirá ao longo das discussões, torna-se necessário distinguir as duas situações, esclarecendo o entendimento desta pesquisadora. Processos avaliativos são as estratégias empregadas para analisar e compreender o percurso do aprendizado dos estudantes. No contexto das residências, a estratégia é a avaliação formativa, a qual envolve a colheita de informações, a reflexão sobre os resultados obtidos e a tomada de decisões para o aprimoramento contínuo da formação. O registro da avaliação, por sua vez, consiste na documentação dessas atividades, realizada por meio do instrumento específico, o RAP, visando a assegurar a transparência do processo avaliativo. Enquanto o processo avaliativo caracteriza-se pela análise e reflexão, o registro representa a sistematização e a guarda das informações.

A pergunta norteadora que se seguiu tratava da visão dos preceptores acerca da proposta de desenvolvimento dos processos avaliativos da prática profissional preconizados pelos programas de residência e como eles se alinham às concepções de avaliação da aprendizagem praticadas. Ainda referindo-se aos instrumentos de avaliação, mas já adentrando o tema de discussão, um preceptor afirmou conhecer a proposta, mas não se alinhar a ela, tendo criado seu próprio sistema de avaliação. Esta afirmação vai ao encontro da observação de Costa (2007), sobre o individualismo da ação docente levar à condução do processo ensino-aprendizagem de modo próprio, com estilos pedagógicos pessoais e empíricos, como mencionado na seção 3. Para a categoria profissional do preceptor G o modelo tradicional de avaliação é o habitual, por meio de prova, portanto, com atribuição de nota para mensuração do aprendizado.

Preceptor G- *Eu particularmente conheço os instrumentos de avaliação que a gente usa aqui e já tive a oportunidade de discutir algumas vezes, sem dizer que eu não concordo muita coisa com eles, porque eu venho de uma categoria que é completamente diferente de todo resto da área de saúde. A gente não é bem como com as outras categorias de saúde. Então, apesar de ter um instrumento de avaliação, eu adoto meu próprio sistema de avaliação. É óbvio que depois aquilo é transferido lá para ser normalizado por padrão da instituição. Em geral a gente está acostumado com a avaliação por meio de prova. Você tira de zero até o número x lá. Mas eu resolvi meio que inverter essa situação. Na verdade, eu digo que todo mundo entra com a nota máxima e vai perdendo ao longo do tempo.*

O preceptor G afirma que era conhecido por sua postura extremamente rigorosa como docente. No entanto, atualmente, sua atuação é vista de maneira mais favorável pois, sob sua supervisão, os residentes ganham e perdem pontos ao longo do tempo, mas na média, todos acabam obtendo uma nota satisfatória. Por sua vez, o preceptor C observa que é interessante

notar a transição realizada pelo preceptor G ao longo do tempo, passando de um modelo de avaliação predominantemente quantitativo para outro de natureza qualitativa. Segundo ele, esse novo modelo leva em consideração não apenas as impressões de cada residente, mas também do próprio preceptor, refletindo uma mudança na abordagem avaliativa adotada.

No âmbito da prática do preceptor G, os procedimentos técnicos devem ser exaustivamente repetidos até que o residente atinja um padrão mínimo de desempenho. Nesse contexto específico, há apenas este preceptor responsável, no qual os residentes permanecem por períodos prolongados sob sua orientação, em contraste com outros campos dessa categoria ou de outras categorias profissionais, nos quais os rodízios são de duração mais curta.

Períodos longos de rodízio, em princípio, teriam o potencial de favorecer o estabelecimento de uma relação mais próxima entre preceptor e residentes, facilitando a observação do desempenho dos discentes. Nesse cenário, o que impediria o registro frequente da evolução da aprendizagem para sistematização dessas observações? Estar junto do residente por um período maior não proporcionaria mais facilidade, mais tempo para a realização desses registros? Esses, realizados com maior frequência, não facultariam ao residente mais possibilidades de identificação dos procedimentos em que houve aprendizado e em quais será necessário aprimorar?

Por outro lado, o mesmo preceptor faz afirmações que evidenciam um discurso no qual a pluralidade de perspectivas acerca do desempenho do residente é considerada oportuna, ressalta a importância da autoavaliação – tanto por parte do preceptor quanto do residente – bem como reconhece a singularidade dos ritmos de aprendizagem de cada residente.

Preceptor G- *No meu caso, eu tenho uma vantagem, porque eles rodam pouco, e ficam muito tempo lá, e eu fico observando muito tempo o que eles estão fazendo. Então, pode ser injusto porque só eu estou avaliando. No outro caso lá, ele tem maior pluralidade de visões das pessoas que estão avaliando. Na verdade, para mim, o mais importante é como eles se avaliam. Então, de certa forma, na verdade, eu não estou avaliando só o residente, eu estou me autoavaliando para ver o quanto que eu estou conseguindo me adaptar a cada um deles, porque nem sempre todos eles são iguais. E aí eu posso falar sem medo de errar. Cada turma que chega é completamente diferente da outra e os que vêm, às vezes vêm da mesma faculdade, e são completamente diferentes. Então, a gente vai tendo que avaliar o indivíduo em função do progresso dele, não do que a gente espera que ele tenha progredido efetivamente.*

No que concerne à autoavaliação, percebe-se a valorização deste dispositivo, que é voltado ao autoconhecimento, no âmbito dos processos avaliativos. É importante destacar que o instrumento de avaliação das práticas inclui um campo específico destinado à autoavaliação. No entanto, na prática, verifica-se dificuldade por parte dos residentes em realizar esse

procedimento de forma efetiva. O que se observa é a utilização inadequada do espaço reservado à autoavaliação para avaliar o campo de prática ou os preceptores.

Preceptor G- *onde tinha mais dificuldade na avaliação do residente, era a hora que ele tinha que fazer a autoavaliação. Quando o indivíduo tem que se autoavaliar.*

Preceptor A- *Normalmente, quando eles tinham que fazer alguma crítica ao setor, ou ao preceptor, eles botavam neste campo de autoavaliação. Tipo assim, eu gostei muito do setor e tal, mas não fiquei muito com o preceptor ou sei lá, tipo, não acho que fui bem atendida. Então normalmente quando tinha críticas ao setor ou ao preceptor eles acabavam colocando nesse campo.*

Estas declarações podem denotar a necessidade de se promover discussões mais aprofundadas sobre autoavaliação. A autoavaliação, para Silva, Bartholomeu e Claus(2007), pode alcançar resultados positivos quando realizada de forma consciente e fundamentada, especialmente no que diz respeito à compreensão dos critérios de aplicação. Quando utilizada de maneira superficial, ela corre o risco de se transformar em uma fonte de conflitos, ao invés de atuar como um instrumento de desenvolvimento. Portanto, a preparação prévia tanto de professores quanto de estudantes é fundamental, pois a ausência de clareza sobre o processo pode desviar a autoavaliação de seu propósito de promover no estudante o senso de responsabilidade e a reflexão sobre os resultados alcançados ao longo do processo de aprendizagem, além de estimular a autocrítica.

Como parte integrante dessa experiência cabe ao professor oferecer suporte na interpretação dos *feedbacks*, garantindo que o estudante compreenda suas próprias necessidades e utilize essas informações de forma construtiva. O êxito da autoavaliação, portanto, depende significativamente da percepção do estudante acerca de seu próprio desempenho e de sua capacidade de interpretar os *feedbacks* recebidos (Silva; Bartholomeu; Claus, 2007).

Na perspectiva de outro preceptor[35], a proposta para o desenvolvimento dos processos avaliativos da prática profissional preconizados pelos programas de residência é bem recebida, ainda que a sobreposição entre processo avaliativo e instrumento de avaliação permaneça, podendo ser atravessada pelo ponto de vista do avaliador.

Preceptor H- *Eu particularmente acho interessante essa proposta que foi passada, pelo menos, eu peguei o instrumento novo de avaliação – eu não peguei o instrumento anterior – porque ela dá pra gente critérios um pouco mais claros do que a gente está avaliando, mesmo que se tenha uma possibilidade de interpretação de cada avaliador, pelo menos a gente ali tem critérios claros do que a gente está avaliando naquele momento e permite também a gente fazer avaliação em coletivo. Pelo*

[35] Este preceptor corresponde à categoria profissional cujo participante foi exceção ao critério de cinco anos ou mais de exercício da preceptoria, não tendo, portanto, utilizado o instrumento para registro de avaliação da prática anterior ao vigente.

menos na minha categoria, a gente faz a avaliação dos residentes em conjunto com os preceptores. Isso é muito interessante porque é para além de uma prova. Nessa troca que você tem com outros avaliadores surge uma oportunidade de avaliar em conjunto, de interpretar no coletivo como que está sendo a construção profissional daquele sujeito ali.

A valorização do processo avaliativo das práticas profissionais conforme proposto nos programas, é evidenciada na perspectiva de que a avaliação possa ocorrer de forma colaborativa entre os preceptores, bem como proporcionar ao residente a oportunidade de manifestar-se acerca de seu próprio aprendizado por meio da autoavaliação.

Preceptor H- *eu acho que vale muito mais a pena porque a gente é uma residência, ou seja, aprendizado em serviço mesmo. É uma coisa bem prática, que às vezes uma prova, não sei se daria conta, de tantas camadas que a gente tem que passar para uma pessoa que está se inserindo naquele universo profissional. Eu acho que a maneira que esse instrumento de avaliação propõe abre pra gente essa possibilidade. Pelo menos eu acho interessante isso, a gente avaliar em conjunto. Não é uma avaliação individual de alguém que corrige uma prova como uma coisa assim muito ensimesmada, sabe?*

Preceptor E- *esse aspecto da autoavaliação e da avaliação que incide sobre nós é muito importante. Permitir que o instrumento ofereça um espaço para que o residente, de fato, se sinta à vontade tanto quanto possível em avaliar o percurso, e permitir que a gente se avalie, porque não é fácil rever o que a gente tem de rígido também.*

A valorização da avaliação como resultado de vários olhares ou várias análises, favorece espaços mais interessantes para a formação e o aprendizado da prática. Um dos efeitos é deixar o residente à vontade, para que expresse suas dúvidas, tensões, desconhecimentos, uma vez que ele está ali para aprender.

Esta troca de impressões desdobrou-se em um diálogo sobre fatores dificultadores dos processos avaliativos, como a fragmentação das práticas e a organização dos rodízios dos residentes nos campos de prática, ocasionando processos avaliativos individuais em detrimento dos coletivos.

Preceptor C- *O instrumento de avaliação acaba sendo fragmentado por ambulatórios e por rodízio na enfermaria. Quando a gente faz o recorte, o ambulatório é comigo e a enfermaria com outro colega. Então, no nosso caso, não se aplica essa forma que você está falando, dessa avaliação coletiva. Eu vou fazer uma avaliação praticamente individual porque o ambulatório é só meu.*

A organização da escala de rodízios nos campos de prática foi problematizada nas discussões. Os preceptores consideram que poderia haver outra lógica nesta organização. Algumas pontuações nesse sentido foram: o tempo de permanência no campo, que frequentemente é pouco, bem como às vezes passarem-se longos períodos sem qualquer discente no setor e, outras vezes, acumularem-se vários ao mesmo tempo.

Preceptor D- *Não sei se o instrumento de avaliação é igual para todos. São bastante tópicos para avaliar, só que é muito pouco tempo. Você não conhece a pessoa nem um terço do que você necessita para você avaliar aquela quantidade de coisas. São tópicos relevantes, que eu acho que tem que realmente estar. Só que a dificuldade é o tempo de permanência. Eles ficam 30 dias, quatro residentes, um fellow. Muita gente para você avaliar em tão pouco tempo. Eles também não vão todos os dias, e eu também, às vezes, não estou lá. Às vezes eu fico dois, três meses sem ninguém. De repente vem uma enxurrada de residentes e ficam um mês só.*

A sobrecarga de trabalho enfrentada pelo preceptor fica evidenciada. Conforme destacado nas seções anteriores, além das atividades rotineiras, o preceptor deve assumir a responsabilidade de supervisionar múltiplos discentes simultaneamente, muitas vezes em diferentes espaços do setor. Nesse contexto emerge, também, o fator tempo, presente tanto nos estudos analisados quanto nas discussões realizadas com preceptores, como limitador dos processos avaliativos. Tal limitação decorre da escassez de tempo disponível para a realização dessas avaliações, evidenciando que a principal restrição reside na insuficiência de tempo dedicado a tais procedimentos.

Preceptor A- *Eu acho que na verdade a maior dificuldade talvez dessa coisa do processo avaliativo hoje ocorrer de uma forma muito suave, tranquila e perfeita, vamos dizer assim, seria de fato a gente ter tempo, né? A gente tem que se desdobrar para ensinar, fazer a prática e avaliar. Então eu acho que isso vai ser uma reclamação talvez que vocês vão ouvir em todos os momentos.*

Preceptor D- *Eu estou com quatro residentes e um fellow no momento. É muito, muito, muito... A gente não consegue acompanhar. Por mais que você queira, tem a demanda toda. Não é só isso que você faz, né? Cada um faz uma escala, cada um fica com um determinado número de pacientes como é que eu vou estar ali, ali e no mesmo tempo? Claro, você está sozinho? Não, mas eu sou diarista, eu sou rotina e eu sou preceptor, eu estou todo dia ali, né? Preciso fazer a avaliação deles, então eu tenho que saber de todos aqueles tópicos ali. Não consigo tudo, tudo. Boto não se aplica em alguns, e realmente eu começo a ter que inventar, né? Mas a minha dificuldade maior é essa, eu acho que é muita gente.*

A declaração do preceptor D evidencia a complexidade da realidade do ensino e da assistência em um hospital de alta complexidade como o INCA, onde o tempo destinado à preceptoria é limitado, e frequentemente não contempla momentos específicos para o registro das avaliações. Essas atividades são percebidas como tarefas adicionais em uma agenda já sobrecarregada. Idealmente, esse momento deveria promover trocas enriquecedoras entre preceptores e residentes. No entanto, em algumas categorias profissionais, essa interação ocorre de forma insuficiente, resultando em registros de avaliação simplificados. Nesse contexto, o ato de registrar muitas vezes limita-se a uma avaliação superficial, na qual o inventar significa que a conformidade com os padrões mínimos é considerada suficiente, uma vez que o desempenho do residente não compromete o cuidado ao usuário.

Ainda relacionado ao tempo, elemento constante que permeia os diálogos, mas acrescentando outro elemento à discussão, percebe-se a ansiedade relacionada à multiplicidade de atividades que se acumulam, impactando para além da vida profissional, a vida pessoal dos preceptores. Segundo a perspectiva do grupo, é possível compreender que, muitas vezes, a conduta daquele preceptor que não demonstra esforço ou que permite certas situações, pode ser justificada, uma vez que não se possui conhecimento acerca das circunstâncias pessoais que ele enfrenta fora do ambiente hospitalar. Na perspectiva deles, mais do que pensar as dificuldades do instrumento de avaliação, é preciso resolver os problemas que perpassam o cotidiano dos preceptores.

É válido ressaltar que recentemente, em 2023, foi implementada uma alteração significativa na distribuição da carga horária dos profissionais da assistência no Instituto. Especificamente, todos os servidores ocupantes do cargo de Tecnologista[36], atuantes na assistência, passaram a cumprir obrigatoriamente 30 horas semanais dedicadas às práticas assistenciais e 10 horas às práticas de ensino, devendo, mensalmente, registrar seus relatórios de atividades de ensino no Sistema Eletrônico de Informações (SEI). Essa mudança possibilitou que docentes e preceptores disponham de uma carga horária específica para o planejamento de suas atividades, uma condição há muito almejada. Embora essa medida contribua de forma positiva para o planejamento e a organização das atividades, a sobrecarga de trabalho na prática permanece inalterada, uma vez que os preceptores continuam atendendo ao mesmo número de pacientes e, frequentemente, desempenhando funções de gestão, o que evidencia a persistência de desafios relacionados à carga de trabalho e à gestão do tempo no contexto assistencial.

O momento de o residente passar nos campos de prática surgiu como um ponto sensível na organização dos rodízios. Alguns campos são mais complexos, essenciais à prática em oncologia e se repetem nas diferentes unidades assistenciais, dando aos residentes diferentes dimensões da prática desses campos que são afins, ainda que aconteçam em locais físicos distintos. Apesar de constituírem um único módulo prático, nesses campos a avaliação é realizada de forma isolada pelos preceptores de cada setor, os quais estão distribuídos em diferentes unidades assistenciais do Instituto. Essa configuração resulta na ausência de intercâmbio de impressões acerca do desempenho do residente entre os preceptores, dificultando uma avaliação integrada e contínua. Tal circunstância levanta questão sobre as estratégias adequadas para conduzir os processos avaliativos, de modo a assegurar que

[36] O cargo de Tecnologista faz parte da Carreira de Ciência e Tecnologia do Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde/MS.

residentes do segundo ano não ingressem em áreas mais complexas com conhecimentos insuficientes para o nível de exigência do período.

Preceptor A- *A [...] tem uma complexidade bem grande, porque às vezes a avaliação, além de ela mudar de setores, ela muda entre unidades. Então, por exemplo, são três avaliações ambulatoriais diferentes. Então, cada uma dessas é um preceptor diferente. Então vão ser três preceptores diferentes em três (setores) diferentes. O R2, quando ele vem pra gente, a gente já dá aquela relaxada, já passou por vários campos, já está mais tranquilo, já está sabendo mais as coisas. O R1, a gente já fica mais ali, porque está chegando. E é isso, às vezes um R1 vai começar com a gente, ou um R2 pode passar pelo nosso campo. [...] E aí, quando a gente pega um R2 que não está sabendo nada, a gente fica: o que é que aconteceu lá atrás, entendeu?*

A depender do campo de prática pode haver um ou vários preceptores supervisionando os residentes. Então, quem tem a função de avaliar? Quando há apenas um preceptor no setor, a avaliação (o registro) é feita por ele. Quando no setor há preceptores que trabalham em regime de plantão, o tempo de contato deles com os discentes é menor, podendo dificultar o processo avaliativo, especialmente se não houver comunicação entre eles. Contudo, todo preceptor tem com uma de suas funções avaliar o residente fazendo, ou não, pessoalmente, o registro desta avaliação.

Preceptor A- *A função (de avaliar) é do plantonista. A função de fazer a avaliação continua sendo daquele grupo, daquele setor. O que às vezes acontece é só fazer uma mediação ali, no sentido de conseguir, por exemplo, todos os relatos de todos os plantonistas. Então, gente, ó, tá chegando a época de fazer a avaliação do fulano. Então, eu como faço a escala, faço tudo, então já aviso: olha, está terminando o período do fulano. Tem que fazer a avaliação. E aí a gente já dá esse start justamente para que eles possam se organizar.*

Preceptor D- *Mas é o que acontece lá comigo. Eles rodam*[37] *com vários plantonistas. Mas, quando eu estou de férias, elas mesmas fazem lá a avaliação. Ou a chefe faz junto com as meninas que são as plantonistas. Agora, eu como, eu sendo diarista igual você, eu é que acabo fazendo as avaliações. Eu peço para as meninas (plantonistas) darem um feedback desses residentes. Nem sempre elas têm a mesma opinião com relação a eles, mas aí eu acabo fazendo a avaliação final. Mas assim, se fossem menos, menos quantidade de residentes, ficaria mais fácil para a gente fazer essa avaliação.*

Em algumas categorias profissionais, o fato de haver muitos preceptores no setor causa um descompasso no momento de proceder ao registro da avaliação do residente. Observou-se nos relatos dos preceptores que, frequentemente, tais registros eram efetuados de maneira superficial, sem a devida interlocução com o discente, que deveria, naquele momento, ter a oportunidade de trocar informações com os preceptores e realizar sua autoavaliação. Para mitigar os efeitos desse descompasso, esses registros deveriam ser feitos de forma coletiva, com

[37] Rodar é uma referência à realização dos rodízios nos campos de prática.

a cooperação entre os preceptores, conforme as deliberações estabelecidas nas oficinas acerca da avaliação nos programas.

A equipe de pesquisa indagou sobre o procedimento de avaliar com base no instrumento no caso de haver vários preceptores no setor, se as trocas de impressões entre eles eram individuais ou em uma espécie de audiência. O grupo em geral respondeu que se realiza uma audiência entre os preceptores com o objetivo de colher impressões, contudo, a avaliação criteriosa, item por item, é realizada pelo preceptor responsável pela avaliação direta do residente. Entretanto, nem todas as categorias profissionais conseguem se organizar para tanto. Nesse cenário, o papel de um tutor[38] como mediador do processo é essencial para assegurar esta cooperação, como no caso dos preceptores no diálogo anterior.

Os preceptores relatam que, na intensa rotina de atividades no cotidiano da assistência, era comum os preceptores realizarem o registro no instrumento e entregá-lo ao residente, no final do rodízio, para que este fizesse suas observações e encaminhasse diretamente à coordenação da categoria. Tal situação ocasionava desconforto, uma vez que, frequentemente o residente registrava no instrumento suas impressões negativas relativas ao setor, sem que os preceptores estivessem previamente informados ou cientes dessas manifestações. Ao identificarem essas situações, algumas categorias profissionais modificaram os fluxos, não mais entregando o formulário ao residente sem que estivesse completamente preenchido, inclusive por ele mesmo, para então encaminhar à coordenação da categoria para arquivamento.

Nas discussões realizadas acerca do registro das avaliações dos residentes no RAP, constatou-se que há um momento específico, ao qual os preceptores se referem como sendo *a avaliação*. Neste momento, as impressões dos preceptores acerca do desempenho dos residentes seriam explicitadas. Para os preceptores, especialmente G, B e A, esse momento é percebido como apenas uma formalização do processo avaliativo, tendo um caráter mais administrativo do que de avaliação propriamente dita. Embora essa percepção coincida parcialmente com a minha, compreender o registro meramente como uma formalização reduz sua relevância, minimizando a importância da sistematização e da preservação das informações.

Ao serem indagados pela equipe de pesquisa se o momento de utilizar o instrumento para registrar era o que eles denominavam de formalizar, o preceptor G confirmou essa

[38] A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. A tutoria de núcleo corresponde à orientação acadêmica voltada às atividades do núcleo específico profissional. A tutoria de campo corresponde à orientação acadêmica de preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem o programa (Brasil, 2012).

compreensão, afirmando que, na verdade, os registros das atividades realizados pelos próprios residentes durante o serviço constituem para ele a melhor forma de avaliação, que é posteriormente transportada para o instrumento formal. O preceptor A afirmou que sem a formalização, o residente não se percebe avaliado. Por sua vez, o preceptor B acrescentou que alguns residentes demonstram progresso ao longo do rodízio mesmo sem a realização dos registros, enquanto outros não apresentam avanços. Por essa razão, ele considera a formalização como procedimento indispensável.

Preceptor G- *É, só mais a formalização final. Como eu falei, diferente das outras categorias, eu faço duas avaliações.*

Preceptor A- *se você não formalizar, o residente não encara aquilo como uma avaliação, ele encara só como uma orientação diária. Então assim, pra ele você não estava avaliando todos os dias. Você só está avaliando ele agora, e agora você está dizendo que não foi bom, que ele não está apto, e que ele não vai passar.*

Preceptor B- *muitos problemas que aconteceram eram problemas interpessoais. Tinha problemas técnicos também, que às vezes passava, mas eu não formalizava. E aí realmente alguns melhoravam, lá pro final do rodízio. Era questão de início mesmo, de se acostumar. Mas outros não melhoravam.*

Lopes *et al.* (2024) analisam a dificuldade de se definir como avaliar a incorporação de um saber, especialmente no que se refere a um saber da prática profissional. Tentar construir instrumentos objetivos para avaliar a incorporação de um saber da prática pode resultar em perda de informações relevantes, mas que não podem ser mensuradas. Nesse sentido, os autores sugerem um acompanhamento cuidadoso do supervisor, buscando assistir o estudante na aprendizagem por cultivo[39], que resulta da repetição disciplinada de procedimentos práticos.

É possível estabelecer passos ou procedimentos no processo de ensino-aprendizagem da prática. Mas, quando se fala de conhecimento prático, é importante lembrar que cada pessoa incorpora essa prática de maneiras diferentes. Existem aspectos da prática que só se aprende de verdade quando são colocados em ação. Nesse sentido, o treino não é apenas um adestramento, mas sim um processo de consolidação e aprofundamento de conhecimentos. Assim, cada pessoa desenvolve suas habilidades práticas a partir das potencialidades que já possui, que precisam ser colocadas em prática para serem realmente atualizadas e fortalecidas (Lopes *et al.*, 2024).

Obter informações objetivas é importante e necessário, mas não é possível transmitir o conhecimento que cada pessoa irá desenvolver por conta própria. Isso porque o aprendizado envolve uma combinação única entre o que se sente e se percebe (o sensível) e o que se entende

[39] A aprendizagem por cultivo, defendida por Kastrup (2005, p. 1279), "trata-se de ativar gestos, aumentando sua força por meio do exercício e do treino".

(o inteligível). Por isso, avaliações que se baseiam apenas na ideia de que aprender uma prática é simplesmente adquirir informações acabam sendo insuficientes e pouco eficazes (Lopes *et al.*, 2024).

Nesse contexto, as afirmações a seguir indicam a necessidade de atenção às especificidades das diferentes categorias profissionais envolvidas nos programas de residência em área profissional da saúde, que podem ser oriundas da área de ciências da saúde, da área de ciências humanas ou da área de ciências exatas. Em cada uma delas, há os mais diversos procedimentos práticos, os quais podem envolver técnica pura e simples, ou envolver também questões relacionais. Na visão dos preceptores, os instrumentos deveriam contemplar essas particularidades. Isto, na verdade, foi previsto por ocasião da elaboração do RAP nas oficinas realizadas para este fim.

Preceptor G- *eu acho que tem muita especificidade aqui, em cada categoria. E aí ele (o instrumento) foi construído para tentar ser um meio termo para tudo isso, que às vezes é muito díspar uma coisa da outra. Quando eu vou fazer a avaliação dos meus residentes, 80% do predomínio é técnica. Ele tem que ter urbanidade, tem que ter civilidade, comportamento, mas é diferente. Mas tem algumas coisas que para mim não fazem muito sentido quando você está em categorias diferentes.*

Preceptor C- *Eu tenho identificado já com a equipe do próprio ensino, quais seriam os pontos que eu gostaria de individualizar, da maneira como você falou, de objetivamente individualizar dentro do meu ambulatório. Não só a questão técnica, mas a questão também dessa habilidade social, talvez, porque isso faz diferença nesse ambulatório.*

Voltando à formalização, esta teria, além da função de registrar o desenvolvimento da aprendizagem do residente, a função de respaldar o programa em caso de reprovação do residente ou em resposta a possíveis acusações de assédio por parte dos residentes, conforme se verifica nas falas destacadas a seguir.

Preceptor F- *o instrumento foi de grande valia pra gente quando uma residente teve que ser afastada, porque em todos os processos onde ela passou, estava sinalizada a dificuldade. E essa residente, realmente ela teve que sair do programa. Ela era tecnicamente boa quando ela estava bem emocionalmente. E como na maioria das vezes o emocional dela estava muito desajustado com milhões de questões, acabava que tecnicamente ela não ia bem por essas situações. Então assim, o instrumento nesse momento foi um respaldo para a categoria.*

Preceptor G- *Eu entendi que todo mundo está usando o instrumento de avaliação, como uma forma de ver se o indivíduo pode progredir mas, mais como um sistema de defesa quando eu tenho que reprovar o indivíduo. Aí eu vou fazer uma pergunta agora. A minha condição é que eu sou único, que não tem um colegiado que fez avaliação do indivíduo. No momento que eu disser que eu reprovei, eu posso ser acusado de assédio do indivíduo de qualquer jeito*.

É importante ressaltar que reprovação infundada de um estudante em um programa de residência é passível de processo judicial. Há casos na própria instituição de residentes

desligados de outros programas serem reinseridos por ordem judicial, em virtude da falta de documentação que comprovasse a legitimidade da reprovação. Dessa forma, esta se configura como uma das funções do instrumento para registro de avaliação prática, além de outros documentos pedagógicos como trabalhos, portifólios, provas, etc.

No que concerne ao assédio, chegaram ao conhecimento da coordenação dos programas e da Coremu algumas situações em que os residentes se sentiam assediados. Essas situações eram tratadas com a devida seriedade para que fossem esclarecidas. Mas, conforme mencionado pelo preceptor G, o fato de um residente sentir-se assediado em decorrência de uma avaliação negativa é uma possibilidade, devendo ser averiguado com cautela. O contraponto foi apresentado por outros preceptores, os quais argumentaram que, mesmo diante da possibilidade de uma acusação de assédio, a formalização da avaliação por meio do registro no RAP constitui uma oportunidade para o residente promover mudanças em seu comportamento. Para tanto, é necessário que haja múltiplas avaliações, especialmente naqueles campos em que o residente permanece por um período mais prolongado. Ressalta-se que o tema assédio não gerou desdobramentos adicionais no âmbito do grupo de preceptores.

A periodicidade desses registros formais frequentemente passou a depender das particularidades de cada categoria profissional e de seus respectivos campos de prática, incluindo fatores como a duração do rodízio, o número de preceptores envolvidos, a definição de responsáveis pela realização dos registros e a "qualidade" percebida dos residentes. De modo geral os preceptores entendem que estudantes que evidenciam o desempenho esperado podem ser avaliados por meio de uma única avaliação final, especialmente se o rodízio é curto. Por outro lado, aqueles que não demonstram progresso satisfatório necessitam de registros adicionais, com o objetivo de formalizar adequadamente sua situação acadêmica.

Preceptor H- *Eu penso nisso, que o objetivo na verdade é ser realmente várias avaliações, tanto que são no mínimo três. Na minha área, especificamente, como falei, a gente avalia globalmente. Apesar de a gente dividir os residentes em vários setores, a gente avalia o campo prático de uma maneira só.*

Preceptor A- *na verdade não ficou definida a periodicidade. Essa questão do tempo que a gente colocou foi por conta de alguns problemas que a gente teve. Quando a gente tem um residente bom, você pode fazer uma avaliação só no final, porque está tudo bem. Mas o que a gente percebeu? Que o problema era com os residentes que não estavam indo bem.*

Nesse contexto, o preceptor A complementou afirmando entender que a avaliação não deve ser pontual, mas um processo, e que este entendimento vem sendo trabalhado por ele ao longo dos anos participando de reuniões, das oficinas de cunho pedagógico, e dos cursos de

preceptoria. Cabe ressaltar que muitos preceptores do grupo de discussão participaram dessas atividades mencionadas pelo preceptor A.

Entende-se que o processo a que se refere o preceptor A seja a avaliação formativa, que acompanha continuamente o processo ensino-aprendizagem. Ora, se isto se der ao longo do período em que o residente se encontra no campo de prática, por meio da observação e do *feedback* frequente, o momento do registro será para sistematização e posterior guarda das avaliações, materializado no formulário impresso ou digital. Mas isso é diferente de processo avaliativo, que se dá no cotidiano do ensino em serviço, com *feedbacks* constantes, conforme dito pelo preceptor A. Como já mencionado, essa sobreposição na compreensão dos processos avaliativos e de seu registro, considerado apenas como de caráter administrativo, foi frequentemente observada nas discussões do grupo.

Nesse sentido, é importante recordar Hoffmann (2011), ao afirmar que a observação diária do estudante é uma prática natural. Contudo, para que tal observação se traduza em informações fidedignas para o acompanhamento, faz-se necessário o uso de instrumentos de registro adequados. Isso se deve ao fato de que não é possível observar todas as ações do estudante continuamente e confiar unicamente na memória. Essa questão específica é abordada nos encontros de cunho pedagógico sobre avaliação oferecidos aos preceptores. Nas trocas de ideias durante esses eventos, ficava evidente que a ausência de registros sistemáticos acerca do desempenho do residente impede que ele perceba sua avaliação de forma contínua. Lembrando o que foi relatado pelo preceptor A, quando o feedback é apenas oral, este não fica na memória do residente como uma avaliação. Para ele, o registro feito somente ao final significa que o preceptor, naquele momento, está afirmando que não será possível prosseguir no programa. Isto evidencia a importância de registros consistentes para uma avaliação mais precisa e contínua, e não apenas para simples formalização.

No âmbito de um estudo realizado acerca do curso oferecido aos preceptores do INCA, com o objetivo de promover sua qualificação pedagógica para o exercício da preceptoria, Farias (2020) constatou que os profissionais participantes do referido curso demonstraram uma maior efetividade nos processos avaliativos, atribuída ao diálogo estabelecido com os discentes. Ademais, segundo o estudo, observou-se uma melhora na fidelidade dos registros de avaliação realizados, os quais passaram a ser utilizados de forma mais sistemática para o aprimoramento do planejamento das atividades no campo de prática, bem como para a identificação de dificuldades de aprendizagem a serem abordadas, demandas individuais dos estudantes e um suporte mais consistente para as autoavaliações.

Além desse curso, outras iniciativas foram realizadas no sentido de esclarecer a proposta de avaliação e utilização dos RAP, nas quais observou-se que mesmo os profissionais que participaram das discussões para elaboração dos instrumentos de avaliação das práticas apresentavam dificuldades no seu preenchimento. Isto indica a necessidade de ampliação das discussões sobre avaliação da aprendizagem com toda a equipe docente-assistencial envolvida nas residências.

De acordo com as deliberações estabelecidas nas oficinas realizadas pela equipe pedagógica acerca da avaliação nos programas, ficou definido que todos os preceptores deveriam ter acesso integral aos formulários de avaliação preenchidos em todos os campos de prática. Inicialmente, com o uso de instrumentos impressos, a orientação era que cada discente mantivesse uma pasta individual contendo todos os registros realizados, a qual deveria ser encaminhada ao setor responsável pelo próximo rodízio do residente. Com o objetivo de facilitar esse acesso, foi criado um diretório no ambiente digital do Instituto, no qual deveriam ser inseridos os registros de avaliação dos residentes preenchidos, garantindo o acesso a todos os preceptores. No entanto, ao longo do tempo, esse procedimento foi se perdendo para algumas categorias profissionais, conforme evidenciado na seguinte troca de ideias.

Preceptor A- *Antes eles rodavam com uma pastinha, então a gente via as avaliações anteriores. Agora eles não rodam mais, então cada lugar faz a sua avaliação, envia para a coordenação e a gente não tem essa resposta. Então a gente não tem essa avaliação de outros lugares.* O *modelo de avaliação eu não acho ruim, mas às vezes eu acho que a comunicação, pra gente, é muito defeituosa, porque acaba que a gente tem essa dificuldade, às vezes, de saber como ele foi em outro campo de prática, que pode influenciar naquele campo de prática que ele está seguindo, mesmo com essa questão do apto a prosseguir.*

Preceptor E- *Cada categoria tem sua especificidade, pode ser óbvio. Então essa comunicação, nesse ponto eu acordo com você, é absolutamente necessária. Antes havia a pastinha, agora na verdade existe o diretório de ensino, que a gente tem bem organizado, mas que eu confesso, eu até, que não sou lá grande coisa em computação, informática, até consigo usar tranquilamente, mas eu vejo uma dificuldade dos colegas por falta de tempo, disposição de ler. Mas é fundamental que a avaliação anterior esteja disponível claramente no diretório de ensino.*

O preceptor E concluiu sua fala revelando que também em sua categoria profissional a comunicação não se dá de forma satisfatória, apesar de realizarem, mensalmente, os conselhos de classe, que visam discutir caso a caso o desempenho dos residentes. O preceptor atribui esta falha ao pouco tempo disponível para as atividades de ensino, mas acredita ser fundamental que todos tenham ciência da evolução do residente ao longo do programa.

Questionado por outro preceptor se o acesso às avaliações de outros campos não criaria um viés na sua própria avaliação, o preceptor A afirmou que o acesso às avaliações dos residentes feitas nos campos de prática já percorridos facilitaria a identificação das dificuldades

de aprendizagem do residente, possibilitando ao preceptor atuar de forma mais assertiva, redirecionando o percurso de aprendizagem do residente.

Atualmente, a maioria das categorias profissionais envia os RAP preenchidos à coordenação dos programas via e-mail, após escaneá-los. Ainda que se compreenda a necessidade da avaliação e do compartilhamento dos registros entre os envolvidos nesses processos avaliativos, o seu fluxo, compartilhamento e guarda não estão bem definidos. Na esfera administrativo-pedagógica dos programas não há um profissional habilitado para análise desses registros e para fazer uma devolutiva aos preceptores sobre sua adequação ou não.

Frente à realidade da falta de acesso aos registros feitos nos RAP a solução é a troca informal de informações entre preceptores dos diferentes campos ou com a coordenação da categoria profissional.

Preceptor D- *Geralmente os coordenadores dão já um bizu pra gente com relação a esses residentes que já têm problemas em outras clínicas, né? Preste atenção nesse aí, que esse aí teve um problema ali, com relação a isso ou aquilo. Geralmente é comportamental. Mas assim, eu sinto uma dificuldade na avaliação.*

Essa estratégia pode ser considerada um paliativo, proporcionando aos preceptores uma compreensão preliminar acerca da situação do residente que será acolhido em seu campo de prática. No entanto, essa abordagem compromete a percepção do próprio residente acerca do processo avaliativo ao qual foi submetido, bem como limita a oportunidade de compartilhar suas reflexões e percepções sobre seu aprendizado com os preceptores.

No que concerne às experiências na utilização do RAP, além do já abordado, a transição para um modelo de caráter qualitativo foi percebida de forma positiva, especialmente no que se refere ao registro de atitudes. O preceptor B comentou que o modelo adotado quando se iniciou a residência multiprofissional no Instituto, apresentava uma ênfase excessiva nas questões técnicas. Naquela ocasião havia um formulário separado dedicado aos aspectos comportamentais. Contudo, esse formulário específico tendia a não ser utilizado, pois representava uma atividade adicional para os preceptores, levando à preferência pelo uso exclusivo do formulário técnico. Com a adoção do modelo anterior ao vigente, os aspectos comportamentais passaram a ser integrados ao mesmo formulário, promovendo uma maior atenção a esses aspectos durante o processo avaliativo. A oportunidade de discorrer sobre questões comportamentais dos residentes além das questões técnicas, parece apontar para uma valorização dos aspectos comportamentais pelos preceptores, o que coincide com o observado no curso voltado à qualificação pedagógica para a preceptoria.

Preceptor B *– Eu peguei alguns instrumentos também, as mudanças dos instrumentos. No último instrumento, o que eu gostei é que deu mais possibilidade de escrever coisas comportamentais. Eu acredito que nos outros o estudo ficava muito técnico. Então acho que na escrita, isso eu consigo expressar um pouco mais e dar esse feedback pro residente. Mas no último instrumento eu acho que ficou um pouco mais fácil expressar essa parte.*

Já para o preceptor A o modelo atual é mais adequado por conter a escala de valores, minimizando a dificuldade dos preceptores para descrever observações sobre o desempenho dos residentes quando os campos são abertos, como observado no instrumento anterior ao vigente. Ele reforça a necessidade de acesso aos registros anteriores para melhor acompanhamento da evolução dos residentes.

Preceptor A- *Eu já passei por vários processos de avaliação com eles. Eu já peguei uma época em que eles tinham que fazer manualmente, em que eles andavam com uma pastinha. E aí a gente conseguia ver como ele ia, em campos de práticas anteriores. Essa avaliação nova, ela é boa porque ela tem os critérios que precisam ser avaliados e bem descritos, bem definidos. Isso é muito bom porque vem lá escritinho justamente o que ele precisa e uma nota para aquele critério. Isso nos ajuda a entender, por exemplo, qual foi a dificuldade dele. Então a minha crítica na verdade não é em relação ao instrumento, mas à forma talvez como ele seja aplicado dentro da categoria.*

Apesar de trazer facilidades, a atribuição isolada de uma nota para cada critério, mesmo na presença de rubricas que indicam o nível de evolução do desempenho, pode não proporcionar uma compreensão precisa acerca dos aspectos específicos nos quais o residente deve concentrar-se para atingir as competências previstas. Para garantir maior clareza e orientar adequadamente os preceptores das etapas subsequentes, é importante que tais aspectos sejam explicitamente descritos, promovendo assim uma avaliação mais detalhada e orientadora.

O preceptor F corrobora a visão positiva sobre instrumentos de cunho mais aberto, no sentido do acompanhamento da evolução da aprendizagem do residente. Nesta categoria profissional, o residente tem a oportunidade de voltar a um campo de prática de sua escolha o que, para o preceptor F, é uma oportunidade de aprimoramento das competências esperadas para o campo, com base nos registros descritos no instrumento de avaliação, inclusive no que concerne à autoavaliação. Na sequência, o preceptor chama a atenção para dificuldades advindas da graduação no período da pandemia de Covid-19, condição relatada por todas as coordenações de categorias profissionais da residência nos anos subsequentes à pandemia.

Preceptor F- *acontece uma coisa, que eu não sei se acontece com vocês... é que os residentes acabam chegando cada vez mais precoces, até em idade, maturidade profissional. Esse ano o rodízio foi muito complicado. Os residentes que estão, eles vieram de uma era de pandemia, então eles não tiveram estágio no campo prático, na graduação. Então, chegaram mais crus para a gente. Então a gente está tendo uma dificuldade. Mas o instrumento, ele responde às necessidades que a gente tem. Então assim,*

a gente não tem problema, a autoavaliação. A gente faz (avaliação) e depois fazemos com eles. E vamos discutindo, e aí depois eles fazem (a autoavaliação).

Outra percepção acerca do instrumento de avaliação, conforme apontado pelo preceptor H, é que ele se configura como uma ferramenta destinada aos gestores das categorias profissionais para a realização de autoavaliações de seus próprios processos, dos campos de prática ou do coletivo de preceptores. Esta percepção foi corroborada pelos demais.

Preceptor H- *Eu acho que, só finalizando, não lembro quem falou de uma metanálise das avaliações. Teve alguém que falou algo em relação a isso, mas eu acho que é um instrumento potente, não só para ver como cada um vai bem ou vai mal, mas às vezes como uma turma. E às vezes aquele processo formativo tem que ser repensado. Se um aluno, às vezes, vai mal, a gente foca nesse aluno. Mas se a turma toda está com alguma coisa estranha, eu acho que esse instrumento é bom para a gente avaliar. Espera aí, então talvez a forma que esteja conduzindo, talvez não esteja tão boa.*

Para Silva, Bartholomeu e Claus (2007) é imprescindível que o professor realize uma autoavaliação contínua de sua prática pedagógica, com o intuito de aprimorar sua atuação. Um docente que possui habilidades para examinar e refletir sobre sua própria competência encontra-se em uma posição mais favorável para implementar melhorias. Assim, a autoavaliação do docente deve fazer parte de sua rotina profissional, permitindo identificar possíveis lacunas entre suas estratégias de ensino e os resultados de aprendizagem dos alunos, contribuindo para um processo de aprimoramento constante.

Sobre o uso do instrumento de avaliação contribuir para o processo de aprendizagem, na visão dos preceptores, seria apenas para os setores em que os residentes ficassem por um tempo maior. Ao contrário, em rodízios mais curtos, o instrumento se revelaria injusto. Neste caso, ainda que compreendam que a avaliação deve ser um processo contínuo, são comuns situações em que somente ao final do rodízio o residente é informado que não pode prosseguir. Esta é a razão pela qual o preceptor G afirma não gostar do sistema de avaliação. Contudo, esta não é a proposta de avaliação na residência, mas sim que aconteça, permanentemente, a troca de impressões entre preceptores e residentes.

Preceptor G- *O instrumento de avaliação, pelo menos como eu entendi como ele foi feito, deveria ter avaliado o indivíduo continuamente. E não em um ponto estanque de tempo. Então, será que é justo só chegar lá no final do rodízio e falar para o cara: você não tem condições de ir para frente? Por isso que eu falei que eu particularmente não gosto desse sistema de avaliação.*

De acordo com o preceptor G, a avaliação dos residentes deve ser realizada de forma coletiva naquelas categorias profissionais que envolvem múltiplos campos e preceptores. Nesses casos ele destaca a importância do papel do tutor na mediação dos processos avaliativos,

contribuindo para a minimização de influências de impressões pessoais. O preceptor A tem a mesma opinião.

Preceptor A*- para setores muito curtos eu concordo com o G. Não vai contribuir para o aprendizado. Então, eu acho que quando você tem mais tempo e faz mais de uma avaliação, o instrumento eu acho ele muito bom para o processo de aprendizado. Mas eu acho que para setores muito curtos, de fato não vai, porque você só vai fazer uma vez.*

Como apontado na segunda seção, a avaliação formativa, ou seja, qual for a denominação (acolhedora, mediadora, diagnóstica, formativa, inclusiva, investigativa), deve estar conectada a uma concepção pedagógica que vise à ampliação de conhecimentos, constituindo-se em dispositivo para compreensão do estágio de aprendizagem do estudante, utilizando as informações colhidas por meio de instrumentos próprios, para melhorar o acompanhamento e a situação de aprendizagem. Para tanto, além de observar (e intervir, se necessário), o docente ou preceptor deve cuidar para que as informações colhidas por meio da observação e *feedback* diários se convertam em registros que trarão visibilidade ao desenvolvimento da aprendizagem do estudante.

Nessa perspectiva, o que revelam as declarações anteriores? Há uma real compreensão quanto à utilização do instrumento de avaliação, que pressupõe alinhamento ao caráter formativo de avaliação? Na medida em que se fizer mais registros baseados na observação do desempenho diário do residente, não seria maior a visibilidade da evolução do seu aprendizado? Nos setores em que há muitos preceptores, alguns com pouco contato com o discente, a troca de impressões entre eles é imprescindível para que a avaliação e seus registros sejam feitos de forma justa. Em rodízios mais curtos bastariam apenas uma avaliação inicial, diagnóstica, e outra no final, atestando se houve o mínimo necessário de aprendizado previsto para o campo? Caso contrário, será que este deveria existir como campo isolado?

Penido (2020, p. 381) afirma que a condição de trabalhador-pesquisador deve ser explorada ao máximo pois este é um “operador potente na dinâmica do processo investigativo”, e sustenta que o distanciamento não deve ser condição para o fazer científico. Nesse sentido, é pertinente destacar que na minha experiência de trabalhadora-pesquisadora, nas diversas ações de qualificação pedagógica realizadas sob minha coordenação, muitos preceptores discutiam a possibilidade de reorganização dos campos de prática alegando que alguns campos, mesmo sendo em setores distintos, realizam procedimentos similares. Sendo assim, seria possível o direcionamento dos residentes a um menor número de campos de prática, otimizando suas experiências, sem prejuízo da qualidade do aprendizado. Esta demanda foi levada às coordenações das categorias profissionais por mais de uma vez. Contudo, não foi considerada

viável. Um elemento dificultador da possibilidade de reorganização dos campos de prática nesse cenário é a realização das aulas teóricas, que se mesclam às práticas na assistência. O diálogo a seguir pode ilustrar este ponto.

Preceptor G- *Queria fazer só uma pergunta pro colega aqui. Ele falou, por exemplo, ele tem uns intervalos, tem umas atividades que ficam dez dias e outras que ficam, sei lá, três meses. Não deveria ser recalibrado o tempo em que se passa no local?*

Preceptor A- *Eu também acho, mas é isso, não cabe a mim, infelizmente, fazer. Eles têm aula duas vezes na semana, só que aí, por exemplo, agora vai ter uma aula do eixo transversal que é na quarta-feira. Então, eles iam pro campo de prática segunda, quarta, sexta. Terça e quinta eram aulas. Um dia do eixo transversal, um dia do eixo específico. Eles vão ficar lá comigo mais de um mês. Só que se você for contar por dias (de prática), ele só passou dez dias.*

Diante do exposto, retoma-se a discussão acerca da fragmentação dos rodízios, levando à compreensão de que a utilização do RAP na avaliação dos residentes pode não contribuir de forma efetiva para o processo de aprendizagem. Nesse contexto, é relevante destacar que, nos diversos encontros de residências multiprofissionais promovidos pelo fórum de docentes e preceptores dos programas em âmbito nacional, dos quais participei, a discussão centrava-se na distribuição da carga horária destinada às atividades práticas. Para esse fórum, as atividades práticas deveriam estar integradas às atividades teóricas, de modo a amenizar o estresse decorrente do trabalho na assistência, promovendo uma formação mais equilibrada e menos exaustiva para os residentes.

No que se refere à possível contribuição dos processos avaliativos (a pergunta foi nesse sentido, e não no sentido do registro no instrumento) para a formação técnica de excelência e para o cuidado integral à saúde dos usuários, os preceptores entendem que sim, contribuem em ambas as perspectivas. O diálogo a seguir demonstra ser este o entendimento da maioria dos preceptores presentes.

Preceptor A- *Eu acho, porque são os elementos que existem ali, naquela avaliação, são elementos importantíssimos para o profissional excelente que a gente espera que ele seja. Porém, eu acho que nós como servidores, como preceptores, a gente não dá o devido valor, ou não vislumbra realmente nesta oportunidade da avaliação em formar esse profissional com excelência. Mas eu acho que o instrumento em si, de fato, tem uma boa oportunidade para gerar um profissional excelente, no sentido de você avaliar aquele profissional e ele tem todos os elementos que a gente considera um profissional excelente.*

Preceptor C- *No caso da minha equipe, sim, é o que eu percebo, que o instrumento auxilia. Eu acho que a gente está entregando sujeitos com capacidade de trabalho, com capacidade de entendimento do Sistema Único de Saúde, da coletividade, da atenção básica, da saúde pública como um todo. Eu vejo dessa maneira, que com todos os nossos problemas, barreiras e tijolos que a gente encontra pela frente, a gente ainda está muito acima da média do que a gente tem visto em outras instituições, (ou mesmo em instituições) privadas.*

Preceptor E- *no resultado final, o que eu posso dizer, a gente tem colegas que estão aí no mercado, se mostraram capazes, competentes, que até certo ponto a residência contribuiu, não tenho dúvida. Mas já trazia uma bagagem pessoal, se não profissional, anterior. Mas eu acho que o instrumento e por extensão o curso, incluindo esses períodos importantíssimos, com todos os defeitos, prática integrada, atenção básica, acho que a gente forma bons profissionais sim.*

Preceptor H- *Não é uma associação direta, do instrumento ser um propulsor da integralidade do cuidado, mas acaba sendo uma oportunidade de olhar no conjunto ali o que pode melhorar, para o serviço funcionar melhor. Então assim, eu vejo essa oportunidade dessas avaliações como um meio da gente entender como é que está indo a residência como um todo.*

Preceptor G- *Sinceramente, no meu caso, nada. A avaliação eu só faço mais ou menos no final de seis meses, de um ano, depois de um ano de novo, usando um instrumento formal. Agora, as avaliações que a gente vai tendo ao longo do tempo, não são essas formalizadas e tudo mais, sim, essas são mais... funcionam melhor. Então, sinceramente, pra mim, o instrumento é só uma formalização.*

Com exceção do preceptor G, que enfatiza sua visão do instrumento como mera formalização, os demais manifestaram-se positivamente quanto à contribuição dos processos avaliativos para a formação de excelência técnica e para a integralidade do cuidado. Observa-se, porém, que a sobreposição do uso do instrumento de registro e os processos propriamente ditos se mantém.

Esse diálogo desdobrou-se no sentido da aprovação ou não dos residentes. Entre alguns preceptores há um receio latente de reprovar estudantes. Essa hesitação, muitas vezes, não está relacionada apenas ao desempenho do aluno, mas ao peso subjetivo de assumir a responsabilidade por uma possível interrupção de percurso. Opta-se, então, por deixar seguir, mesmo diante de fragilidades formativas evidentes. Tal escolha pode esconder uma lógica de evitar conflitos, julgamentos éticos e, sobretudo, a sensação de falha. No fundo, mais do que uma decisão pedagógica, é uma forma de afastar-se do envolvimento que o ato de avaliar exige. Um ato que, muito além de medir, convida o preceptor educador do século XXI a se responsabilizar pelo que permite, ou não, passar.

Preceptor A- *a gente percebe que, na verdade, muitas pessoas veem a avaliação como a mera formalidade final de campo de prática. E não como uma oportunidade de você, de fato, ter essa ferramenta para você avaliar aquele indivíduo. E aí é isso, o avaliar dá trabalho. Então, vou só fazer isso aqui, marco qualquer coisa e deixa pra lá e ele segue a vida dele. Então o que eu sinto às vezes é que os profissionais, os preceptores, eles têm medo da responsabilidade que essa avaliação, os que levam a sério, têm medo da responsabilidade que essa avaliação pode trazer para eles. E, ao mesmo tempo, os profissionais que não querem se responsabilizar em relação a isso preferem escrever qualquer coisa para que o residente passe e isso não seja responsabilidade dele.*

Preceptor F- *É só completar... dizer que às vezes tem um preceptor que pensa assim: vamos logo liberar ele, pra ele ir logo pra outro campo. E aí a gente se livra. Só que assim, o Instituto é um só, o profissional é um só. A qualidade que a gente quer, né?*

Preceptor B- *Então, a questão da pastinha, eu lembro também da época da pastinha, quando você pegava e olhava, não tinha nada. Tudo perfeito. E era assim, ou não se aplica, ou então era aquele mínimo para passar. Então, só que a gente já sabia que aquele residente...*

Preceptor A- *A verdade é que avaliar, se avaliar de forma negativa o residente dá trabalho. Isso. Te dá trabalho. Porque é isso, se você dá uma nota, se ele não foi bem e você tem que dar uma nota lá, o 2, que você vai ter que entrar com alguma ação efetiva, isso vai te dar trabalho. Então muita gente não quer esse trabalho. Então volta ele, deixa ele passar, e vai. E a gente sabe que isso acontece. Exatamente isso.*

Esta troca de ideias entre os preceptores trouxe pontos deveras importantes sobre as consequências dos processos avaliativos serem realizados com conhecimento de questões pedagógicas, responsabilidade e ética profissional. Nos diálogos transcritos verifica-se que os preceptores acreditam que os processos avaliativos das residências contribuem para um ensino de excelência técnica e voltado aos princípios do SUS, da integralidade do cuidado. Mas verifica-se, também, que esses processos conduzidos sem capacitação dos envolvidos para tanto, ou conduzidos sem responsabilidade ética, podem comprometer todo o processo formativo. Mais do que isso, a preocupação com a possibilidade de uma avaliação imprecisa, que possa prejudicar a carreira de um residente, é legítima e reflete um compromisso com a formação profissional. Há dois aspectos que podem, ou não, estar presentes: a tentativa de reduzir o trabalho e o receio de se responsabilizar.

Tendo em mente que as residências em saúde são formação em serviço, estratégia potente para formar profissionais de saúde alinhados às necessidades da população e aos princípios que fundamentam e organizam o SUS (Rodrigues; Dalbello-Araújo; Lazarini, 2024), analisemos um ponto importante no discurso dos preceptores acerca do sentimento dos residentes se perceberem como mão-de-obra.

Kastrup (2013) propõe o ensino em serviço como a noção de um mergulho na experiência pela imersão dos estudantes no contato direto com pacientes reais, suas formas de expressão, territórios existenciais, redes sociais e afetivas, modos de vida e maneiras singulares de existir. Para a autora, essa abordagem revela-se potente para estimular o desejo e o desafio de inventar e reinventar as práticas cotidianas, a partir das demandas concretas que emergem desses encontros.

Os preceptores percebem o ensino em serviço sob um ponto de vista pragmático: os residentes ocupam um lugar onde faltam recursos humanos, um lugar em que os serviços dependem da presença dos residentes, sem os quais o atendimento à população cai drasticamente, ou ainda, transmitindo o pensamento dos próprios residentes de que eles estão lá para fazer a instituição andar e que se sentem largados, sem respaldo dos preceptores. O trecho transcrito a seguir nos dá uma ideia desta visão.

Preceptor H- *Porque por mais que a gente entenda a residência como uma especialização, treinamento em serviço, acaba que as residentes ocupam um lugar de falta de recursos humanos, como a gente pontua sempre. Então, muitos dos serviços dependem basicamente do residente. Se não tiver residente, a possibilidade de atender a população cai drasticamente. Se a gente tirar as residentes hoje em dia, cai a rotina de CTI, cai a rotina de CEMO, caem várias rotinas de atendimento.*

Preceptor D- *eu observo que eles chegam lá no meu setor, muitos deles falam que eles se acham meros, uma força de trabalho: nós estamos aqui só para ajudar o hospital a andar mesmo, porque aqui a gente aprende muito pouco. Muitos falam isso pra mim, muitos. Escuto muito isso: a gente chega no plantão e jogam a gente no setor e fala: você vai fazer isso, isso, isso, isso, e não sabe, nem pergunta se a gente sabe. Muitos falam que ficam muito largados, muito soltos, sem o respaldo de um profissional.*

Durante o diálogo, um dos preceptores argumentou que a residência no INCA se distingue de outras instituições ao não promover ou incentivar a utilização do residente como mão de obra. No entanto, ele sugeriu que essa experiência é necessária, funcionando como um *choque de realidade* e constituindo-se em um indicativo de como se desenvolverá a atuação profissional do residente após a conclusão do programa, pois esta é a realidade dos serviços públicos de saúde.

Preceptor C- *Eu queria só, até no sentido de nos acolher aqui um pouquinho porque existe uma romantização da residência do Instituto, dessa questão da mão de obra, que não acontece na [...]. Ele bota o pé dentro da [...], ele sabe que ele é mão de obra. E por que a gente tem que romantizar isso aqui dentro do Instituto? Não, ele está no campo da prática, ele está sob supervisão, mas ele é mão de obra necessária, e ele tem uma produtividade a cumprir e isso é uma questão objetiva que ele vai ter que levar pra vida toda.*

Preceptor F- *E quando ele opta por fazer o curso ele sabe disso.*

Preceptor C- *Sim, porque essa romantização pra vida? Não. Aqui tem produtividade? Tem! Você tem que ser efetivo, você tem que ser eficaz, você tem que ser veloz, você tem que cumprir suas tarefas dentro daquele período. Ok, você é mão de obra, sim. Então, a gente tem que parar com essa romantização, pelo menos na minha, no meu pragmatismo grosseiro, talvez, mas é um pouco isso.*

Preceptor A- *Eu concordo com você, mas não é a visão que o INCA... Não é essa a informação que eles têm. Não, não é.*

Preceptor B- *Eu concordo com você. Eu acho que cada vez mais os residentes estão vindo com um perfil mais com direitos do que deveres. Mais combativos. Mais combativos.*

Preceptor C- *É... Essa é uma geração que vai dizer assim, mas como? Por que comigo? É complexo isso, que não sabe escutar negativas, feedbacks negativos.*

Então, o que é na verdade o ensino em serviço? A imersão dos residentes na atividade real do trabalho em saúde pode proporcionar diferentes experiências. Mais do que simplesmente experiência, a experiência como o que "**nos** passa, ou que **nos** toca, ou que **nos** acontece, e ao **nos** passar **nos** forma e **nos** transforma", como sustenta Larrosa-Bondía (2002, p. 26, grifo nosso). Em qualquer situação, seja como lugar de passagem, de chegada ou onde algo acontece, o sujeito da experiência não se define pelo que faz, mas pela sua passividade, pelo quanto está

aberto a sentir, a perceber, a acolher. Essa passividade não é algo que se opõe à ação, mas vem antes disso. É uma forma de estar disponível, de sentir profundamente, de prestar atenção. É uma maneira fundamental de estar no mundo, com o coração e a mente abertos ao que vier (Larrosa-Bondía, 2002).

Nessa perspectiva, estarão os preceptores disponíveis e abertos ao que virá a cada nova turma? A cada residente em particular? Como encontrarão formas de conduzir o processo formativo frente a uma geração que, segundo eles, não sabe escutar negativas, *feedbacks* negativos ou são muito combativos? Talvez Rodrigues, Dalbello-Araújo e Lazarini (2024) nos forneçam algumas pistas ao alegar que os estudantes passam a assumir uma postura de corresponsabilidade ao se reconhecerem como parte integrante do processo. Há algo inerente à vivência dentro do serviço e à possibilidade de ser afetado pelas experiências que ali se desenrolam, que suscita uma forma de aprendizado distinta, um saber que transcende os limites do currículo tradicional.

Estar em um hospital de oncologia, mergulhados na experiência do contato direto com a realidade do serviço de saúde, no qual é preciso cumprir as tarefas que lhe são delegadas, ser efetivo, eficaz, ser enfim, mão de obra, produzirá o que Larrosa-Bondía (2002) denomina de o saber da experiência. E, sendo esta o que **nos** acontece, ainda que duas pessoas vivenciem o mesmo acontecimento, a experiência de cada uma é única e não pode ser repetida. O acontecimento pode ser comum, mas a forma como é sentido, interpretado e assimilado é singular. A experiência não se transfere de um sujeito a outro e, só poderia ser apropriada se revivida, reelaborada e integrada à própria vivência (Larrosa-Bondía, 2002).

Durante o processo formativo, os residentes podem enfrentar situações para além do que se aprende nos livros. Como lidar com a angústia de fazer uma comunicação difícil ao paciente ou seu familiar? Como lidar com a sensação de impotência diante de situações em que não há mais o que fazer, mas ter a ética de estar presente mesmo assim? Como lidar com a falta dos elementos necessários para um atendimento adequado? Ou como ser capaz de um gesto silencioso de acolhimento? Nesses momentos a formação se torna verdadeiramente significativa, pois ultrapassa os limites do currículo formal e adentra o território do humano. E, também nesses momentos, é primordial o apoio dos preceptores compartilhando, porém, não transmitindo, suas experiências próprias.

Assim, é essencial que os preceptores acompanhem o percurso dos residentes, criem espaços de escuta, de partilha, de momentos em que o que foi vivenciado possa ser relatado, refletido, pensado coletivamente, reconhecendo a singularidade do percurso de cada residente, bem como a complexidade do cotidiano dos serviços de saúde, em especial na oncologia. É

essencial, sobretudo, valorizar um tipo de aprendizagem que não cabe em avaliações padronizadas, mas que se inscreve no modo como cada sujeito passa a estar no mundo.

Os debates levaram ainda à discussão sobre os processos avaliativos possibilitarem uma redefinição do percurso do residente no programa, ressaltando, mais uma vez, a importância do acesso às avaliações feitas nos rodízios anteriores.

Preceptor A- *Quando ele ainda tem chance de recuperar, vamos dizer assim, em outro campo, a gente só deixa isso sinalizado. E aí o que eu falo da importância de você ver as outras avaliações, porque isso é sinalizado na avaliação. Só que hoje, de fato, a gente não tem esse acesso. Se ele está apto ou não. E se ele não estiver, ele infelizmente vai ter que ficar mais tempo comigo até ele ficar apto. Não aconteceu, mas se tiver que ficar, vai ficar. Eles pedem para a gente fazer alguma atividade, mas eu acho que o ideal seria ficar mais tempo.*

Preceptor H- *Aconteceu esse ano, essa recondução, de fato. A gente tem, tanto apresentação de casos de artigo científico, que são debates semanais, e também apresentação de casos clínicos semanais. Então elas sempre apresentavam só os artigos. Só que aí, só depois da formalização da avaliação com uma nota baixa para a questão de caso clínico, que no caso, elas não apresentaram, que aí na semana seguinte já estava todo mundo com caso clínico pronto para apresentar. Então teve isso, teve o instrumento como também uma parte propulsora de mudanças.*

A redefinição de percurso do residente pode se dar por diferentes motivos: no sentido de reorientação do desempenho na medida em que o discente, por meio do *feedback* do preceptor, percebe que não está realizando as atividades de acordo com as orientações; no sentido de repetir um campo de prática no qual não tenha desenvolvido as competências necessárias para seguir adiante; ou mesmo no sentido de ser reprovado ou se desligar do programa. Ao longo dos 15 anos de existência dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA houve alguns casos de desligamento, por reprovação ou desistência do próprio residente devido à não adaptação ao contexto da oncologia.

Os programas de residência têm como base a formação em serviço para o desenvolvimento de competências relacionais, éticas e, claro, técnico-assistenciais. No entanto, o percurso formativo nem sempre se dá de forma linear ou dentro dos prazos estabelecidos. Em alguns casos, o residente pode não atingir, ao final do programa, o desenvolvimento pleno das competências previstas no projeto pedagógico. Embora não se verifique explicitamente no discurso dos preceptores a possibilidade de extensão de tempo de formação, é relevante discutir, com responsabilidade, essa possibilidade. Uma possível extensão de tempo não deve ser vista como um fracasso do residente, ou como uma falha da instituição, mas como um reconhecimento da singularidade dos processos de aprendizagem.

Os debates realizados produziram sugestões de aprimoramento dos processos avaliativos como, por exemplo, receber *feedback* da coordenação da categoria acerca da atuação

dos preceptores nos campos de prática. Tal prática é considerada benéfica, pois possibilita aos preceptores compreenderem as repercussões de suas ações. Resultados positivos podem incentivar a busca por novas estratégias de ensino-aprendizagem, visando aprimorar ainda mais o processo formativo, enquanto resultados negativos podem indicar a necessidade de mudanças imediatas, contribuindo para a melhoria contínua da formação.

Preceptor A- *Talvez receber esse feedback maior até da coordenação, né? Porque, por exemplo, a gente tem uma coordenação que é ótima, mas que talvez em algum momento um feedback para os preceptores, porque o feedback ruim vem, né? Mas o feedback bom nem sempre vem, no sentido de saber mesmo como está aquela turma. Isso que você falou é bem legal. E realmente, de fato, quem tem a visão do todo, que é a coordenação, seria interessante passar esse feedback para o campo de prática mesmo.*

Este *feedback* deveria chegar aos preceptores a partir de um formulário já existente, que visa a avaliação dos campos de prática e da preceptoria pelos residentes. Isto será melhor abordado adiante, no item que trata da análise do grupo dos residentes.

A reorganização dos campos de prática dentro dos módulos desponta como uma necessidade premente para minimizar as dificuldades encontradas para a realização dos processos avaliativos, conforme se observa no seguinte diálogo.

Preceptor H- *Eu acho que nesse sentido, o que você falou é bem interessante. Assim, às vezes, os campos muito pulverizados, pode ser feita uma tentativa de julgá-los como um campo de prática mais amplo. Em vez de ter uma avaliação por cada microcampo ali que o residente fica duas semanas, uma semana, é fazer uma forma de que ele rode alguns campos, mas seja uma avaliação mais abrangente envolvendo mais preceptores, né? Porque essa opinião de um, de outro, uma visão, acho que agrega valor, né? Então acho que isso pode ser pensado uma forma de isso acontecer, né?*

Preceptor A- *Eu concordo. A gente tem um campo lá que são seis dias. É isso, seis dias em cada unidade.*

Preceptor H- *É campos próximos, né? Por que não faz um negócio só?*

Preceptor D- *Sim, no meu caso seria umas enfermarias. Enfermarias no abdome, cabeça e pescoço, urologia.*

Preceptor A- *Mas aí eu vou te falar, acho que isso perpassa até menos do que a avaliação, mas mais a questão de mudança mesmo dos campos, da organização do módulo. E não da avaliação, né?*

Ante os debates realizados, é possível constatar que na visão dos preceptores, para lapidar os processos avaliativos nas residências é preciso rever algumas condutas. A necessidade de receber *feedback* sobre sua própria atuação nos campos de prática e a reorganização dos rodízios evitando-se campos muito breves, foram explicitamente apontados como necessários. A falta de opção em exercer ou não a preceptoria expõe a limitação desses profissionais, que precisam avaliar sem que estejam adequadamente preparados para esse fim.

Se o profissional é o único no setor em que o residente necessita passar, independente da sua vontade ele terá que exercer a preceptoria. Contudo, modificar esta condição implicaria em questões mais complexas, pois seria necessário haver uma pactuação dentro da instituição definindo a possibilidade de os profissionais que atuam na assistência optarem por realizar, ou não, atividades de ensino.

São muitas variáveis permeando o trabalho dos preceptores, que abrangem desde as questões individuais até as institucionais, nas quais o nível de governança limita a implementação de mudanças. Ficou, contudo, evidenciada a necessidade de aprofundamento nas discussões acerca dos processos pedagógicos nas residências, especialmente no que se refere à avaliação das práticas profissionais.

4.4.2 A visão dos residentes

Os diálogos entre os residentes foram muito esclarecedores. Por esta razão, optei neste item por transcrever reiteradamente alguns desses diálogos, como forma de ser o mais fiel possível aos comentários.

Para os residentes, a primeira pergunta, que abordava o conceito de avaliação da aprendizagem, revelou a existência de concepções distintas entre os integrantes do grupo, variando desde uma visão tradicional, associada à mensuração do conhecimento, até perspectivas que relacionam a avaliação aos objetivos educacionais estabelecidos ou à sua utilização como ferramenta orientadora para ações promotoras de mudanças. Também neste grupo, observa-se a justaposição na compreensão do que sejam os processos avaliativos e o instrumento para registro, com referências específicas às particularidades do RAP, bem como às dificuldades enfrentadas pelos preceptores na utilização dos campos abertos do referido instrumento. Observa-se também que não há intercâmbio de informações sobre os processos avaliativos entre as diferentes categorias profissionais.

Residente D- *Acho que é um modo de você medir conhecimento. É, o conhecimento ou a técnica, o que é que precisa ser analisado, né? Pra mim, é isso.*

Residente E- *É você traçar um objetivo e ver se naquele determinado período de tempo o seu objetivo foi alcançado, ou não. A avaliação também é negativa.*

Residente C- *Uma forma de medir conhecimento.*

Residente F- *Antes era diferente. Antes eles escreviam alguma coisa, agora ele tem uma parte no final, só a avaliação, para eles escreverem. Mas eles (os preceptores) não gostam muito de escrever, não. Então virou isso. Eu concordo também com as falas sobre o tipo de avaliação, tem vários tipos. E elas, como eu tinha dito, acho que elas podem também ser uma ferramenta pra nortear ações, né? Enfim, fazer a gente mudar ou não a nossa conduta, dependendo da situação.*

Esta última afirmação chamou a atenção pela percepção do residente quanto à possibilidade de mudança de conduta promovida pela avaliação da aprendizagem. Isto remete às contribuições de Gomes *et al.* (2021) e Borges *et al*. (2014), os quais discutem as características de um *feedback* eficaz, destacando a necessidade de que seja claro e objetivo para despertar a reflexão do estudante a fim de promover as mudanças necessárias. Essa perspectiva também remete às considerações de Sordi (2000), ao afirmar que, por meio da avaliação enquanto prática possuidora de encantos, é possível despertar capacidades adormecidas, desconhecidas ou desaprendidas, contribuindo para que o indivíduo redescubra sua incompletude e se engaje no processo de autoformação.

A seguir, foi abordado o conhecimento dos residentes acerca da proposta de avaliação da aprendizagem nos programas de residência, bem como suas percepções a respeito. O diálogo subsequente revelou condutas avaliativas heterogêneas entre as diferentes categorias profissionais. Em algumas categorias, observa-se a ausência de orientações específicas sobre o processo avaliativo nos campos de prática, levando os residentes a fundamentarem-se unicamente nas diretrizes presentes no instrumento de avaliação, cujo foco principal parece estar nas habilidades técnicas e na sua relação com o conhecimento teórico. Em outras categorias, há uma valorização adicional da produção científica e do trabalho em equipe multiprofissional. A discussão de casos clínicos e a apresentação de artigos científicos emergem como recursos utilizados na avaliação, com as condutas variando conforme o campo de atuação e o preceptor responsável pela supervisão. Além disso, o fato de algumas categorias realizarem *feedbacks* habitualmente foi um elemento que surpreendeu alguns residentes, indicando diferenças na cultura avaliativa entre os grupos profissionais.

Residente F- *Eu acho que ninguém nunca chegou pra mim enquanto residente e falou: ah, o objetivo dessa avaliação é medir a habilidade. Nunca me foi falado. Mas, percebendo os critérios que tem na folha de avaliação, eu acho que o objetivo é avaliar avanço de habilidade prática mesmo. É o que eu mais vejo assim, habilidade prática e associação entre conhecimento teórico e habilidade prática. É o que eu vejo eu sendo avaliado.*

Residente D- *Já com a gente tem essa parte muito específica também, mas eles englobam também muito a questão da produção científica. Fora a questão da parte prática, né? Habilidade técnica, autonomia entra muito na nossa também, sobre a condução dos casos, planos de tratamento.*

Residente A- *A gente tem um grupo com 30 pacientes, quinzenalmente. Aí tem: se a gente apresenta, se a gente tem autonomia pra apresentar... então é avaliado os instrumentos que a categoria tem, e se o profissional residente está utilizando durante a prática. Aí pontua, né? Se tá indo muito bem, se não tá... a questão multiprofissional também é levada em conta.*

Residente F- *Vocês recebem feedbacks?*

Residente A- *Sim. É, vocês não, né?*

Residente C- *Dos preceptores?*

Residente A- *Sim, eles fazem reunião com a gente.*

Residente F- *Nossa!!*

Residente A- *E é pontuado cada ponto. A gente recebe feedback das avaliações deles. Eu sou chamado em reunião pra sentar com dois profissionais, staffs, de ensino. E aí eles vão ponto a ponto debatendo comigo minha nota. Além disso, a gente também tem que entregar em cada campo que a gente passa um relatório final. E nessa reunião eles leem o relatório com a gente, e perguntam se a gente quer acrescentar alguma coisa, se a gente gostaria de mudar alguma coisa do setor, se a gente tem alguma coisa a opinar sobre aquele setor que a gente passou, né?*

Residente E- *No ambulatório, às vezes, é mais rico discussão de artigo, ou ver um caso junto com o preceptor. E na enfermaria, como tem poucos profissionais, a gente fica mais independente dentro do campo, né? Vai depender muito da pessoa que está no dia e como que ela vai levar.*

Residente H- *A gente tem aquela ficha, aquela folhinha de avaliação do campo prático, então eles pontuam muito a questão da técnica, autonomia, também a questão de relação interpessoal, né? Com a equipe multi, isso acho que conta bastante, pelo menos para a gente. Mas eu vejo como formas muito técnicas, avaliar muito a nossa técnica. E sobre o que foi falado aqui em relação ao feedback, a maioria dos nossos preceptores escreve na parte final, na parte discursiva. Mas nem sempre a gente pega essa avaliação com o preceptor. Às vezes ele fez, a gente foi para outro campo e aí quando a gente pega essa avaliação a gente já não tem contato com esse preceptor. Então não é igual a [...] que tem essa reunião para debater ponto a ponto.*

Esta última afirmativa corrobora alguns comentários feitos pelos preceptores no sentido de que os registros das avaliações muitas vezes se perdem nos fluxos. Residentes e preceptores acabam por não dialogar sobre os registros efetuados nos instrumentos. Isto acontece, sobretudo, naquelas categorias profissionais, como a do residente H, que não se utiliza de encontros para essas trocas como a categoria do residente A.

Na perspectiva dos residentes há diferenças significativas entre as categorias profissionais no que diz respeito à atribuição da responsabilidade pela avaliação e pelo registro do desempenho dos residentes. Essas diferenças incluem as preferências individuais de preceptores por distintas técnicas, todas consideradas corretas, porém distintas em sua aplicação. Algumas categorias profissionais apresentam uma abordagem altamente técnica, abrangendo múltiplos campos de prática e contando com um número elevado de preceptores, o que pode gerar o descompasso nas condutas avaliativas, conforme observou-se na análise do

grupo de preceptores. Por outro lado, outras categorias, menos centradas em procedimentos técnicos específicos, adotam uma organização distinta, promovendo processos avaliativos colaborativos realizados em cooperação entre preceptores e residentes. O diálogo a seguir demonstra o incômodo de um residente acerca da preferência de preceptores por determinadas técnicas refletindo-se na avaliação, e da falta de *feedback* dos preceptores, ou mesmo da coordenação da categoria.

Residente F- *A gente tem a folha de avaliação e no final tem o que você tem a dizer sobre o seu campo. Só que o preceptor daquele campo, ele não pega de volta, ele não senta, ele não conversa com a gente. Então quem vê o que eu tenho a dizer sobre o meu campo é a minha coordenação, quando eu preciso entregar a folha. Se é que a minha coordenação vê, porque eu já escrevi coisas e nunca fui chamado pra conversar. A avaliação que a gente recebe, eu não acho que seja satisfatória, mas a gente também não tem a oportunidade de avaliar o campo.*

Residente A- *Mas alguém fica responsável por vocês quando vocês estão no campo? Por exemplo, eu tô falando que dois vão comigo fazer avaliação, porque esses dois ficam responsáveis por mim como parte de área de ensino. Qualquer outro me orienta e tudo mais, mas esses são os que vão me avaliar.*

Residente F- *Então, a [...] é uma equipe maior, né? E aí toda vez que a gente vai para um campo novo, a gente é apresentado geralmente ou ao chefe daquele setor, ou à rotina daquele setor, porque a rotina é o (profissional) que está lá de segunda a sexta e, teoricamente, consegue acompanhar um pouco mais. Mas às vezes não tem (profissional) no setor. É só o chefe. E aí o chefe mostra pra gente o setor e apresenta pra equipe que está de plantão naquele dia.*

Residente A- *Mas ninguém fica responsável por vocês? Assim eu digo, uma pessoa principal. Igual quando a gente estava em práticas integradas*[40]*, e aí uma pessoa do andar ficava meio que responsável pela gente, para poder fazer a sua avaliação?*

Residente F- *Não, a gente fica com a folhinha tentando correr atrás do (profissional) que mais deu plantão com a gente para fazer uma avaliação. Mas não tem uma pessoa responsável para fazer a avaliação. Também tem uma questão que é, por exemplo, vou fazer um procedimento X. Eu já sou (profissional graduado), eu já tenho meu jeito de fazer. Desde que eu não fira a técnica, eu tô ali fazendo. Só que aí o (profissional) A do plantão gosta de fazer de um jeito. Aí eu olho como é que faz, para fazer todos os daquele dia daquele jeito igual ao A do plantão. E aí na quinta-feira é outro (profissional), que questiona por que você está fazendo daquele jeito. E aí às vezes isso atrapalha também o processo de avaliação porque eles não consideram que você está fazendo do seu jeito e está tudo bem, porque você não está ferindo nada da norma, mas sim porque eles querem que você faça exatamente do jeito que eles fazem. Só que não dá pra fazer igual a 20 plantonistas.*

É apropriado ressaltar que o instrumento de avaliação vigente não possui área específica para avaliação do campo de prática ou dos preceptores que nele atuam. Há uma área disponível para autoavaliação do discente, que vem sendo utilizada para fins de avaliação do campo de

---

[40] O módulo *Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia* – denominado pelo corpo docente-assistencial e residentes como Práticas integradas ou simplesmente PI – é vinculado ao eixo transversal. Neste módulo os residentes fazem rodízios em equipes interprofissionais pelo período de cerca de 45 dias nas dependências do INCA. Em cada campo de prática há um tutor, que fica responsável por orientar e avaliar o grupo de residentes sob seus cuidados.

prática. Com este propósito, existe um formulário elaborado no *Google Docs*, cujo *link* de acesso é enviado no início de cada ano letivo aos residentes. A equipe responsável pelas questões pedagógicas dos programas, que se compromete com o anonimato dos respondentes, recebe e armazena as respostas. A periodicidade não é considerada ideal, contudo, esta é a realidade possível, tendo em conta as inúmeras atividades que os residentes realizam ao longo do programa.

Um ponto importante a ser destacado é que esses formulários, apesar de enviados anualmente e respondidos pelos residentes, são recebidos na coordenação dos programas sem que haja um responsável por emitir um relatório e encaminhar às coordenações das categorias, para que estas façam a devolutiva aos preceptores em seus respectivos campos de prática. Essa situação evidencia a falta de profissionais na área do ensino na Instituição, o que é um desafio, porque há uma grande demanda por profissionais qualificados na área.

Outro ponto a ser salientado a partir do diálogo transcrito, é a necessidade de planejamento conjunto para as atividades de preceptoria, especialmente no que se refere às diferentes técnicas para a realização de procedimentos. Isto é fundamental para uma avaliação justa do discente, permitindo que todos os envolvidos tenham clareza sobre os objetivos de aprendizagem, as etapas do procedimento e os critérios de avaliação. Assim, o residente consegue entender exatamente o que se espera dele e o que será considerado para avaliar seu desempenho. Além disso, ao planejar em conjunto, os preceptores podem identificar as técnicas mais adequadas às habilidades do discente associado às particularidades do procedimento.

Não se trata, portanto, de uniformização ou padronização, uma vez que as diferentes técnicas sejam válidas, mas sim de favorecer a transparência do processo avaliativo, minimizando as preferências pessoais e garantindo que o discente seja avaliado de forma justa, com critérios claros e previamente estabelecidos e compartilhados.

Voltando ao debate sobre quem avalia e como se dá a troca de informações sobre o desempenho dos residentes entre os preceptores, alguns residentes se sentem extremamente incomodados por precisarem insistir para serem avaliados pelos preceptores, o que causa estranheza em alguns colegas, os quais têm seus processos avaliativos bem definidos. Um dos residentes comenta que durante um dos rodízios chegou a ser monitorado por outro discente, de um curso de aperfeiçoamento fellow. Isto revela ausência de um processo coordenado de avaliação em algumas categorias profissionais, conforme se observa no diálogo seguinte.

Residente A- *Sabe o que eu acho estranho pelo que foi relatado aqui? É o fato de vocês terem que correr atrás do preceptor. Porque eu não pego essa folhinha e trago pra ninguém não, gente. Eles me dão. Eu*

nunca peguei fisicamente essa folhinha, eles que me dão, eles fazem ponto a ponto comigo. Aí quando vocês falam "eu to correndo atrás, eu que coloco o período"... Eu estou assim...

Residente F- *Sim, eu abro lá. Aí eu imprimo.*

Residente A- *Isso não existe! Onde que se imprime? Eu não faço a mínima ideia. Nem residente externo tem esse trabalho. Aí vocês estão relatando, eu corro atrás... Gente, como assim?*

Residente F- *Eu posso pegar meu telefone e mostrar a quantidade de mensagem que eu tive que mandar pra uma preceptora minha, encarecidamente lembrando que ela tem que fazer minha avaliação, e ela vira pra mim: estou com problemas pessoais. Não poderei fazer. Sendo que ela não me supervisionou na minha passagem pelo ambulatório. Porque eu fiquei com a fellow. Só que a fellow saiu do fellow, ou seja, quem teria o know-how para me avaliar não está mais no INCA.*

Residente H- *Sempre precisei correr atrás. Teve um campo só que eu não precisei, que eles fizeram uma reunião comigo e me mostraram a folha já pronta. Foi o único, assim, os outros, a gente tem que ao final correr atrás dos preceptores. Às vezes eles entram de férias, aí tem que esperar voltar. Ou então a gente foi para outro hospital e aí... Tem que dar um jeito do dia que tá aqui tentar achar o preceptor para poder fazer a avaliação.*

Assim que chegam ao INCA os residentes são recepcionados pela Área Ensino Multiprofissional, pela Coordenação dos Programas, pela Coremu e pelas comissões de ensino das categorias profissionais. Esta é a ocasião em que são feitas todas as comunicações necessárias ao desenvolvimento das atividades dos programas. Como são muitas informações, há uma divisão de tarefas, e cada instância mencionada se responsabiliza por um conjunto de esclarecimentos. No momento de recepção pela Área Ensino Multiprofissional, Coordenação dos Programas e Coremu os residentes são brevemente apresentados aos documentos normativos (regimentos da Coens, da Coremu, do alojamento) e ao plano de curso, bem como aos formulários administrativos e pedagógicos, sendo orientados a ler e se inteirar sobre cada um deles.

No que se refere à avaliação da aprendizagem, na recepção inicial são feitas orientações mais gerais como, por exemplo, que esta deve ter caráter formativo e que serão atribuídos os conceitos A, B, C e D. A orientação sobre os instrumentos para registro de avaliação, tanto nos módulos teóricos quanto nos módulos práticos, fica a cargo das comissões de ensino, devido às especificidades das categorias profissionais. Nos módulos do eixo transversal cada coordenador de módulo se responsabiliza por informar como será feito o processo avaliativo.

O momento da chegada caracteriza-se por uma sobrecarga de informações a serem processadas. Além do que, há o impacto de ingressar em uma instituição de tradição como o INCA, bem como a insegurança manifestada pela maioria dos discentes devido à sua inexperiência profissional, especialmente no âmbito da oncologia. Há também uma inquietação decorrente do afastamento do convívio familiar, uma vez que muitos residentes provêm de

localidades distintas. Esses e outros fatores contribuem para que os jovens residentes não assimilem integralmente todas as informações transmitidas nesse período inicial. Naturalmente, essa situação não exime o corpo docente-assistencial de sua responsabilidade em orientar os discentes acerca dos diferentes processos pelos quais passarão ao longo do programa, sobretudo no que tange à avaliação da aprendizagem, a qual desempenha papel fundamental na sua aprovação e continuidade na formação.

Segundo os residentes, nem todas as categorias profissionais esclarecem como será conduzido o processo avaliativo nesse primeiro momento. As que o fazem, agendam com antecedência as datas para procederem aos registros nos RAP. De modo oposto, outras categorias orientam que o residente deve ser responsável por solicitar as avaliações aos preceptores, e ter os formulários sob sua guarda até o final do programa, quando deverão entregar tudo à coordenação da categoria, referindo-se à pasta com os formulários preenchidos nos campos de prática, mencionada pelos preceptores. Na verdade, nas deliberações feitas nas oficinas de cunho pedagógico, ficou claro que os preceptores são os responsáveis por realizar as avaliações de seus residentes antes que seu período no campo de prática finalize, não sendo adequada a hipótese de um residente seguir para o campo de prática subsequente sem que sua avaliação tenha sido realizada.

Residente G- *Agora eu não vou afirmar com certeza que a multi falou, porque eles falaram 50 coisas aqui. Porque teve a reunião da multi e cada categoria teve a sua própria reunião. Na reunião da categoria foi explicado que ao final de cada rodízio tem uma avaliação, foi mostrado a avaliação. Foi informado que existe uma reunião, que é feita no final do rodízio, onde a gente senta e faz. Foi aí que ficou institucionalizada a existência dessa reunião. Inclusive, deram um calendário pra gente sobre as datas de todas as reuniões que a gente teria no primeiro ano.*

Residente F- *Me surpreende vocês falarem que os preceptores que correm atrás para entregar para vocês, porque do jeito que foi passado pra gente, foi que no final de cada campo nós temos que ter uma avaliação, e a avaliação é responsabilidade nossa. Pegar a avaliação com os preceptores, guardar a avaliação com a gente numa pastinha, depois levar pra escanear e devolver pra gente. Porque no final da residência a gente tem que entregar todas as avaliações de todos os setores, independentemente de ter escaneado ou não. E se estiver faltando alguma a responsabilidade é nossa.*

Residente A- *Eu sempre tinha entendido que isso daqui fosse uma coisa do staff.*

Residente F- *Se eu não tenho a minha avaliação, o problema é meu, que não corri atrás dos preceptores pra pegar a minha avaliação. Eles têm muita coisa pra fazer. Não é importante para eles avaliarem o residente que está lá entrando no setor deles e dando mais um trabalho para eles.*

Residente E- *Já aconteceu um caso de perderem as avaliações da coordenação, e aí o residente tem que correr outros hospitais que já não passavam mais porque perderam a avaliação do residente. E é responsabilidade nossa. E aí um preceptor de outra unidade fala assim: só vou fazer avaliação se aquele residente vier aqui. Mas eles não liberam do campo pra pessoa ir lá fazer avaliação.*

Residente A- *A gente recebeu uma pastinha. Cada um recebe uma pastinha própria, e após você sair do rodízio, o preceptor, ele mesmo escaneia, manda direto pra (coordenação do programa), deixa salvo no computador deles de cada profissão, e te dá o original numa pastinha e você fica com essa pastinha.*

Na sequência, outras afirmações levantaram um ponto relevante sobre o conteúdo dos módulos teóricos. Em algumas categorias profissionais como a do residente A, o conteúdo teórico do eixo específico fica concentrado no primeiro ano do programa, período em que a carga horária prática se configura quase como um estágio observacional, considerando que o residente pode optar por exercer a prática ou não. Na afirmativa do residente E, diferentemente, o conteúdo teórico do eixo específico se estende pelos dois anos do programa, o que pode ocasionar dificuldades como estar em um campo de prática sem que o aporte teórico tenha acontecido.

Residente A- *Sobre o que eles falaram da parte teórica de apresentar trabalhos, isso fica mais como R1. R1 é mais como se você estivesse lá para aprender como é que vai ser aquele setor, mas não tem essa obrigatoriedade até de você atender. Se você não estiver se sentindo ainda preparado para atender, está tudo ok. Você fica lá acompanhando. Você tem essa autonomia de dizer se você está pronto ou não para atender naquele momento. E se você não estiver, você vai seguindo com a staff. Como R2, você escolhe onde você quer fixar. Aí você já vai praticamente pra prática, não tem muita questão teórica não. A parte mais teórica fica mais colocada no R1 e eu até acho interessante isso, porque você já chega como R2 mais preparado para estar no campo.*

Residente E- *Principalmente no R2, a gente passa nos rodízios e não teve aula sobre aquele rodízio. E aí, agora no final da residência, eles querem dar aula pra cumprir a carga horária teórica que tem que ter. Mas assim, em termos de conhecimento, às vezes a gente tem que aprender muito na prática mesmo, de troca com outro colega que passou anteriormente, ou com o preceptor do ambulatório, quando ele está disposto a trocar. A gente meio que tem que ver para aprender na marra ali. E aí acho que se perde um pouco dessa troca da, como é que fala, aprendizado em serviço.*

A partir do exposto, convém refletir sobre a organização de conteúdos teóricos e práticos nos programas de residência em área profissional da saúde. O tempo de dois anos (5.760 horas) definido para o desenvolvimento das atividades planejadas no projeto pedagógico, prevê a distribuição de carga horária com 20% de atividades teóricas e 80% de atividades práticas e teórico-práticas, conforme normativa da CNRMS. Nesse cenário, como atender às questões pedagógicas, que envolvem a importância dos conteúdos específicos e sua aplicação no contexto do ensino em serviço? Seria viável alterar a lógica do ensino em serviço, em uma instituição de alta complexidade como o INCA, de modo a suprir essas necessidades, evitando as lacunas identificadas na afirmativa do residente E? Um residente estar em campo de prática sem aporte teórico e com pouco apoio de supervisão não parece ser uma condição desejável.

Não há uma receita mágica que responda a essas questões. Todavia é preciso refletir sobre as responsabilidades dos envolvidos nos processos educativos. Em alguns casos, o

preceptor opta por ministrar uma aula sobre o conteúdo pertinente ao campo de prática. Mas, se o conteúdo já foi ministrado, não caberia ao discente revisitá-lo antes de iniciar as atividades práticas? E, de modo oposto, se o conteúdo ainda não foi ministrado, qual a melhor conduta?

Nesse sentido, é oportuno lembrar a fala do preceptor F, sobre os residentes, na maioria, chegarem à residência muito jovens, recém-graduados, com pouca maturidade pessoal e profissional, em especial no período pós-Covid. Esta condição pode requerer dos preceptores um acompanhamento bem próximo do residente, visando a auxiliar na identificação precoce de dificuldades de aprendizagem, inseguranças ou lacunas de conhecimento, permitindo intervenções oportunas e orientações específicas. Desse modo, o residente poderá se sentir apoiado e incentivado a aprender, aprimorando assim suas competências. Isso se reveste de extrema importância na medida em que possa evitar que erros não identificados possam prejudicar pacientes e comprometer a formação do residente.

Esse acompanhamento mais próximo favorece uma comunicação aberta e o *feedback* construtivo, que vem sendo apontado nas publicações aqui apresentadas e no grupo dos preceptores, como essencial na formação em saúde.

Esse monitoramento constante tem o potencial de motivar o residente a aprimorar seu aprendizado e desenvolver uma postura reflexiva e autocrítica, contribuindo para que no futuro ele seja um profissional preparado para atuar de forma independente. O residente F enfatiza o modo com a preceptoria deve ser feita, orientando especificamente o que precisa ser corrigido ou aprimorado.

Residente F- *Eu acho também que como a avaliação geralmente vem muito fechada, e só no final, eu já até consegui aproveitar algo que estava escrito ali daquela avaliação. O máximo que eu já peguei da avaliação escrita foi: é residente muito bom, proativo, não sei o que é, mas precisa melhorar o aporte teórico. Óbvio, eu tô na residência. É óbvio que eu preciso melhorar o meu aporte teórico em oncologia, eu tô aqui pra isso. Mas se eu estivesse de fato sendo preceptorado, em qual parte eu preciso melhorar meu aporte teórico? Como a gente vai fazer isso, já que você é meu preceptor? Não adianta no meu último dia no campo, falar que eu sou bom, blá, blá, blá, blá... preciso aprimorar meu aporte teórico em oncologia e hematologia, porque isso eu sei que eu preciso. Como é que a gente vai fazer isso? Em que parte você viu que eu tenho uma deficiência? Qual é a parte do meu atendimento, da minha atuação aqui nos últimos dois meses que você viu que eu preciso estudar mais? Me fala, porque aí eu vou estudar mais.*

Por solicitação da equipe de pesquisa, um dos residentes descreveu como se dá o processo avaliativo em sua categoria profissional, o que acabou por provocar um diálogo revelador entre este e os demais residentes. Este diálogo denota a pouca orientação que os residentes desta categoria recebem quanto aos processos avaliativos. Denota também, a prática da monitoria realizada por residentes do segundo ano. Não que esta não seja uma ação factível,

contudo, ela não pode substituir a supervisão do profissional preceptor. Entende-se que cada profissão tenha suas especificidades, entretanto, a lógica proposta no projeto pedagógico é uma só: fazer avaliação formativa, corrigindo rumos, orientando o aprendizado, informando com clareza os critérios utilizados e articulando formas de desenvolver as competências não alcançadas. Aparentemente, isto nem sempre acontece. Se um residente desta categoria não estiver desenvolvendo as atividades de modo satisfatório, segundo o residente C, a conduta dos preceptores é aplicar uma prova. Resta saber se isto será suficiente para promover a aprendizagem e viabilizar sua aplicação prática.

Residente C- *Sobre feedback, por exemplo, lá na [...] não tem muito. Pouquíssimo. Às vezes tem, às vezes não tem. Essa folha que vocês falam aí de mensal, eu desconheço também essas folhas. Lá na [...], assim, de proposta avaliativa clara, a gente não tem, porque a gente entende que a gente vendo o serviço funcionar, você tem que suprir ali as demandas, fazer os trabalhos que necessitam no serviço. E aí se você executa, consegue executar, você está, em tese, fazendo um bom trabalho. A gente é avaliado também em seminário. É mais assim, é mais avaliado pelo que a gente faz no serviço.*

Residente F- *Mas vocês não têm uma folha de avaliação no final? É como se vocês fossem funcionários?*

Residente C- *Praticamente.*

Residente F- *Mas sem nenhum tipo de avaliação? Se algum preceptor depois quiser falar que vocês são não aptos, vocês não receberam um apto no meio do caminho?*

Residente C- *É assim. Formalmente, não tem nada. Negócio escrito, falando...*

Residente F- *E se alguém quiser reprovar alguém assim, pelo caminho, como é que reprova?*

Residente C- *Sim, eles fazem algumas provas, assim, de repente, o seminário é uma prova de planejamento. Por exemplo, ah, vai ser amanhã. Aí você faz, e vê se você está apto, entendeu? Porque a gente tem muito, tem uma relação de R1 para R2 passando as coisas.*

Residente F- *Mas e se não for bem na prova de planejamento?*

Residente C- *Você conversa com esse preceptor, ele fala a nota. E você fala: isso aí eu não consigo fazer. Aí você conversa com ele e fala que não consegue, aí ele vai lá te explicar e tal. É tudo meio solto, não é uma coisa fixa, ter aqui a folhinha avaliativa e tal... não tem.*

A forma como se daria uma possível redefinição do percurso do residente dentro do programa não está clara tanto para eles quanto para os preceptores, conforme abordado no item anterior desta seção. Alguns residentes comentam que já ouviram falar que podem ser reprovados no programa, mas que não sabem como seria. Outros acrescentam que dizem que se forem considerados não aptos em algum campo, deverão ficar mais tempo no setor para se recuperar, ou que deverão ficar mais duas semanas depois do final do programa. Enfim, o que sabem é por intermédio de conversas informais.

No que se refere à possível contribuição dos processos avaliativos vivenciados para o aprendizado – de excelência técnica e voltado para a integralidade do cuidado – observa-se que as diferentes condutas avaliativas entre as categorias profissionais geram diferentes percepções quanto a esses processos e, novamente, identifica-se a sobreposição na compreensão entre processos avaliativos e instrumentos para registro. A valorização do *feedback* regular é perceptível, enquanto os registros nos instrumentos acabam por ser percebidos também por alguns residentes como um procedimento apenas formal e até burocrático. Alguns argumentam que a intensa atividade na assistência aos usuários pode se configurar em elemento impeditivo à realização de *feedbacks* frequentes.

Residente D- *Eu acho que não contribui tanto, porque para mim o que contribui mais é a troca que a gente tem no dia a dia com o preceptor enquanto a gente está prestando cuidado. Se tenho alguma dúvida de conduta, ou concordo ou discordo de determinada conduta. Eu acho que isso é mais rico para o aprendizado do que a folha de avaliação que só pontua se você foi bom nisso ou não.*

Residente F- *É porque, na verdade, eu acho que no final das contas todos estamos falando que a gente tem uma folha de avaliação, mas não necessariamente uma avaliação. Acho que só você [...] tem, de fato, uma avaliação.*

Residente G - *Eu acho que cada categoria faz da sua forma. Tem um instrumento, que no caso é a folhinha, mas aí cada categoria usa isso da sua maneira, imprimindo as questões, os conflitos. A categoria profissional X e a categoria profissional Y têm um processo avaliativo que é bem feitinho, né? A gente tem uma reunião, eu, meu avaliador. A gente conversa sobre os critérios escritos naquele papel, enquanto a pessoa vai me avaliando, ela vai me passando o porquê que eu estou naquele resultado. No final, o avaliador faz um textinho falando sobre o que achou da minha passagem, sobre os meus pontos positivos, sobre o que eu poderia melhorar. E aí no final eu faço também a minha avaliação sobre a minha passagem, sobre o meu campo, sobre a preceptoria.*

Residente D- *Teoricamente, era pra gente estar supervisionado, mas mais como um apoio, se precisar. Nada é revisado assim constantemente, como você está dizendo que vocês têm essa possibilidade, que eu acho super válida. Porque, além do feedback, vocês têm como trazer a discussão em todos os casos. Pra gente não tem essa prática, acho que também nem daria porque é uma loucura de agenda.*

Residente G- *É, acaba que a folha é uma questão mais burocrática, né? A avaliação está ocorrendo ali de forma constante. É por isso que eu falo que cada categoria imprime no seu processo a sua especificidade.*

A maioria dos residentes presentes no grupo manifestam dificuldades nos processos avaliativos. Nesse sentido, a afirmativa do residente F se configura analisadora desta situação, ou seja, nos chama a atenção para certa conformidade com que está instituído. Ao referir-se ao conceito de analisador, Romagnoli (2014) nos lembra ainda que este nos permite perceber aquilo que foi naturalizado pelo cotidiano organizacional.

Ainda na perspectiva da formação voltada à excelência técnica e à integralidade do cuidado mas, buscando ampliar o debate, a equipe de pesquisa instiga os residentes perguntando

em que medida, ao passar por um processo avaliativo, algum deles teria sido suscitado a rever alguma prática produzindo assim aprendizado que anteriormente à avaliação não teria sido auferido. Novamente, pode-se observar que as profissões de uma determinada área do conhecimento, por conduzirem os processos avaliativos de modo efetivamente processual, com *feedbacks* constantes, se diferenciam das demais categorias profissionais. Para estas, a avaliação se caracteriza efetivamente como um processo, não trazendo sobressaltos ou surpresas ao final dos rodízios, destoando das demais categorias profissionais, cuja experiência se dá de modo diverso. Houve casos em que discentes não tiveram registros de sua aprendizagem efetuados, sendo surpreendidos ao final do programa com a obrigatoriedade de voltar ao campo de prática no qual seu desempenho tenha sido insuficiente.

Residente A- *Eu acho assim, não precisamente após essa avaliação fechadinha eu mudei alguma coisa. Porque, como eu disse, o feedback é diário. Então, ah, seria legal você colocar tal coisa na evolução, quando for o atendimento fazer de tal forma. Então sim, mas dizer que após essa, fechadinha, eu mudei alguma coisa, não. Porque a avaliação é uma coisa diária, então quando eu cheguei para a minha avaliação final já estava fechado.*

Residente G- *Como a gente tem esses encontros semanais, quinzenais, os feedbacks são dados durante esses momentos. E aí as correções, mudanças, ou seja, mudança de direção do manejo são realizadas a partir disso. No final, a avaliação final é uma burocracia, realmente. Normalmente não tem escrito nada de diferente daquilo que já foi resolvido, então não há mais uma coisa que deva ser revista.*

Para o residente G, o registro da avaliação torna-se uma ferramenta burocrática no sentido de que sua função é atender às questões administrativas. A avaliação propriamente, por sua vez, acontece no que ele denomina por encontros e *feedbacks.*

Especificamente no que diz respeito aos processos avaliativos contribuírem para uma formação voltada para a integralidade do cuidado, percebe-se que, na ótica dos residentes, os eixos específicos trazem pouca ou nenhuma contribuição efetiva devido ao modo como são realizados. Ao contrário, o eixo transversal cumpre este papel, favorecendo e estimulando o trabalho em equipe, trazendo benefícios para o aprendizado e para o usuário.

Residente F- *Essa avaliação que eles dão, não. É só burocrática do INCA. Se ele conversasse comigo e falasse, talvez poderia somar. Essa avaliação que a gente tem do INCA, é dividida em períodos, porque teoricamente deveria ser avaliado no início do campo, no meio e no final. Pra minha categoria, o que eu vi em todos os campos que eu já passei até agora, foi eu correndo com a minha folhinha no final de tudo pedindo uma nota, aí eles escolhem três (profissionais) aleatórios para marcar aleatoriamente nos dias do período 1, 2 e 3. Então assim, não me ajuda. Se contribui, do jeito que está sendo feito, eu acho que não.*

Residente D- *Quanto à questão da integralidade do cuidado, eu acho que isso vem da nossa formação. Acho que não vem da nossa atuação agora, aqui na instituição. Até porque o que eu vejo, não só da minha categoria, mas de várias, que isso não está presente no atendimento dos estágios. E eu acho que*

isso é uma coisa muito mais presente nos residentes do que nos estágios. Então eu acho que é uma coisa que não está englobada na avaliação que a gente tem.

Residente A- *Eu acho que o fato de a gente ter aula junto pelo eixo transversal une muito a gente. Porque se fosse categoria separadinha, eu acho que a gente talvez não teria isso, porque é cada um na sua bolhinha. E você vê, quando tem que abordar algum caso, eu acabo levando para R2, que estava naquele andar e tudo mais, porque eu tenho uma proximidade de diálogo com a Fisio e se precisar, a gente vai até junto falar com outro profissional. E eu acho que isso se dá pelo eixo transversal, por a gente estar unido numa residência multi.*

Estimulados pela equipe de pesquisa a comentar qual seria a contribuição do eixo transversal para a integralidade do cuidado, os residentes expressam profunda valorização da oportunidade de trabalhar em equipe interprofissional por sua contribuição tanto para o aprendizado quanto para o cuidado ao usuário. Eles acreditam que em um programa de residência ideal os rodízios deveriam acontecer totalmente com equipes multiprofissionais. Apesar disso, percebem que outras variáveis influenciam na possibilidade de instituir-se rodízios plenamente organizados em equipes interprofissionais.

Residente F- *É a única parte da residência que faz isso.*

Residente A- *Então a gente nunca tá no mesmo grupo, isso me faz aprender mais sobre as outras categorias e me enturmar com as outras categorias, pra quando eu chegar no campo, eu tenho uma ligação já com aquele outro profissional. Aí já tem esse diálogo, que foi o que a gente falou que muitas vezes acaba não tendo de staff. Porque acaba que fica nesse uni profissão. E a gente acaba sendo o que liga o INCA. Bem, a verdade é isso, a gente acaba sendo o que está ligando todas as profissões.*

Residente F- *Não, não eu ia falar que vira e mexe a gente se pega pensando se não seria mais interessante se a gente rodasse em grupos multi, igual às Práticas.*

Residente F- *Acho que não à toa as práticas integradas é o que a gente fala que deveria acontecer durante toda a residência, mas tem setores específicos que o residente precisa passar. Mas eu particularmente acho que se fosse reformulado de maneira em que a gente rodasse nos setores, ainda em multi, a gente teria um ganho muito maior. Porque o tempo que a gente fica em práticas é o tempo que, de verdade, eu acho que eu aprendi mais em um mês e meio de práticas integradas do que nos outros 24 meses aí de residência.*

Residente A- *Porque dá pra ver a mudança pro paciente, a forma como o paciente é tratado quando tá realmente uma equipe multi. Por mim também, se pudesse sempre rodar junto... é porque realmente o INCA não tem tantos profissionais concursados. A questão de profissionais dele tá bem reduzida, a gente acaba sendo esse suporte, mas eu acho uma perda pro paciente. Acho que se a gente sempre rodasse juntos... Isso seria o sonho do SUS, que é o que está lá na lei. É perfeito porque a gente, como equipe, se integra. Mesmo que a gente saiba que o médico acaba ficando à parte, lá no mundinho dele, mas a gente está junto, a gente está lá conversando, a gente forma a equipe.*

A Portaria Interministerial nº 7, de 16/09/2021 estabelece como um dos eixos norteadores dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde a articulação com a Residência Médica (Brasil, 2021). Nesse aspecto, quando indagados sobre sua interação com

os residentes dos programas de residência médica, é possível identificar que existe algum nível de interação, que ocorre especialmente durante o módulo Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia, ou PI. Segundo os residentes, a interação é necessária, embora nem sempre aconteça de modo proveitoso. Para eles seria apropriado investir no planejamento de atividades que visem à articulação entre os programas.

Residente A- *Mas é mais interno. Porque a gente fica na enfermaria, né? A gente fica o tempo inteiro na enfermaria. Eles (os médicos residentes) não. Eles rodam mais na parte da manhã, se faz round na parte da manhã e some ou para o ambulatório, ou fazer cirurgia.*

Residente E- *Poderia ser interessante... pelo menos uma disciplina... Sei lá, Segurança do paciente, que é uma das disciplinas iniciais da residência. A gente ter esse contato com os residentes médicos que estão chegando também. Porque daí forma um pensamento de que eu tenho uma equipe multi trabalhando comigo. Tem residentes (médicos), tem staffs que são acessíveis, são abertos, mas tem outros que não são. Eu que sou médico, eu que assino, eu que carimbo, eu que dou a alta, então pronto. E aí não tem essa discussão, falta um pouco.*

Nessa perspectiva de articulação entre diferentes categorias profissionais, me apoio em Rodrigues *et al.* (2024), que afirmam que o processo de diálogo interprofissional estimula o aprendizado por meio do compartilhamento de saberes, gerando um conhecimento diferenciado, com olhar ampliado, que é mais do que um somatório de percepções individuais. Compreender claramente os papéis de cada profissão é fundamental para promover o fortalecimento das competências colaborativas nos serviços, um aspecto central nas discussões sobre educação interprofissional.

Esse cenário de compartilhamento de saberes no espaço de ensino em serviço do INCA poderia oportunizar a perspectiva do mergulho na experiência (Kastrup, 2013). É preciso pensar os programas de residência como o lugar onde acontece esse mergulho em que a experiência vivida pelos residentes – futuros especialistas em oncologia, área tão sensível das ciências da saúde – seja transformadora, cada um a seu modo, no sentido de se tornarem profissionais com conhecimento diferenciado e aquele olhar ampliado, capazes de ir além da execução protocolar de técnicas.

No que tange ao instrumento para registro de avaliações das práticas (RAP), em formulário físico ou em meio digital, com exceção do residente C, que somente no encontro conheceu o instrumento, todos estavam familiarizados com ele. Foi então solicitado pela equipe de pesquisa que os residentes apontassem seus pontos fortes e pontos fracos. As manifestações mostram a percepção de que o instrumento seja muito burocrático e tende mais aos aspectos quantitativos em detrimento dos qualitativos, o que configura seu aspecto negativo.

Como já comentado, o RAP apresenta uma rubrica que confere algum aspecto qualitativo à escala, o que parece ser bem recebido pelos residentes, que afirmam ser este um aspecto positivo do instrumento. O grupo ressalta que não se trata de atribuir uma nota apenas, mesmo considerando a rubrica associada a cada numeral. Os residentes entendem ser necessário dialogar sobre cada ponto atribuído, associando a isto a realização de *feedbacks* oportunos.

Residente A- *Mas eu acho que é positivo se for igual ao que acontece com a categoria profissional X e a categoria profissional Y. Eles conversam pontualmente. Relações interpessoais: Fulano, então te nomeei quatro porque você fez isso, isso e isso. Relações interpessoais com pacientes e cuidadores: realmente você apresentou isso, isso e isso. Eles vão pontualmente em cada um durante essa reunião, então tudo bem, tá quantitativo, mas eles estão me dizendo por que me pontuaram. Agora, se for igual foi relatado aqui pelos colegas, que eles têm que correr atrás, marcam, depois entregam pra ele sem nem ter uma discussão... Não, assim não.*

Residente F- *Eu acho que a ficha de avaliação em si seria boa se ela fosse usada da maneira que ela foi pensada pra ser feita. Porque se de fato tem uma pessoa me avaliando na primeira semana, ou no período 1, e aí preferencialmente a mesma pessoa me avaliando no período 2 daquele campo, depois do período 3, e aí fazendo observações e explicando por quê, eu não teria críticas à avaliação.*

Ainda que se perceba nas afirmativas dos residentes a importância dada ao aspecto qualitativo nos processos avaliativos, é possível identificar a materialização do efeito subjetivo que a avaliação escolar, associada a uma nota, produz nas pessoas: vamos nos constituindo como estudantes (e, frequentemente, pessoas) nota 10, 3, 7... Quando o residente A cita como exemplo positivo, onde houve diálogo, que o residente foi "nomeado" quatro, podemos estar diante de um ato falho revelador, ou, nos termos da Análise Institucional, um analisador dos efeitos da avaliação educacional sobre a produção de subjetividades.

O RAP atual apresenta três campos para registro de avaliação em diferentes períodos do rodízio (Anexo C). Ou seja, cada campo de prática prevê o registro das avaliações dos preceptores em três momentos: no início, na metade e ao final do rodízio naquele campo de prática. Contudo, os residentes afirmam que geralmente não são feitos três registros. E quando são feitos, não se alinham ao modo proposto quando foi idealizado. Além disso, não há uma rotina estabelecida para as avaliações para a maioria das categorias profissionais.

Residente G- *O problema provavelmente não é o instrumento, porque você olha e... É bem detalhadinho, tem a questão da escala de atitudes interessantes, tem aqui a parte de específicos do rodízio, tem as atividades que teoricamente são exercidas naquele setor, o que se aplica, o que não se aplica. Mas não é sobre o instrumento ser detalhado. É sobre não ter uma supervisão de como esses preceptores estão respondendo as avaliações. Isso é respondido, é entregue, entra num lugar e depois não tem ninguém para conferir se essa avaliação foi feita de maneira correta ou não.*

Residente F- *E eu acho que também não tem uma rotina para essas avaliações, né? Não tem nem tipo uma normativa, como você falou, e também não tem uma rotina.*

Residente G- *Mas se não tem uma pessoa que supervisiona, ninguém nunca vai se interessar em fazer diferente ou fazer certo, né? Vai continuar fazendo de qualquer maneira.*

Residente H- *Eu acho que essa ferramenta é muito boa, ela poderia, né, se ela fosse cumprida. Mas pra isso tem que ter padronização, por exemplo. Eu também nunca tinha nem reparado esse período de 1 a 3, né. Então, a gente que preenche (o nome do) residente, a gente coloca o período que a gente fica, que normalmente é um mês, um mês e meio na enfermaria. Então acaba não tendo dois momentos e nem muito menos três. Mas eu acho que a ideia dela é muito boa, só que precisa dessa padronização de período, de data. E acho que também conscientizar da importância, né? Porque é isso. É algo que passa batido. Pelo menos minha percepção.*

Residente E- *Com a minha categoria, no próprio calendário que a gente recebe, a coordenação coloca na última semana correr atrás das avaliações do campo. E aí eu preencho. Tanto que agora que eu vi que são três períodos e que deveriam ser sempre três avaliações diferentes*

Pelo diálogo transcrito, na percepção dos residentes não se trata do instrumento em si, mas de como se dá o processo avaliativo, da qualificação para tal, e da supervisão pedagógica que deve haver junto aos preceptores visando garantir sua adequada utilização. Os discentes percebem também a necessidade de monitoramento e análise dos instrumentos preenchidos, com *feedback* aos preceptores quanto à adequação do preenchimento.

O *feedback* foi tema amplamente debatido pelos residentes. De modo geral, o que se pode perceber é que as profissões de uma determinada área do conhecimento acolhem a perspectiva qualitativa do instrumento vigente sugerindo, inclusive, que à parte quantitativa seja atribuída alguma qualidade, por meio do *feedback* oportuno. Para eles, a atribuição de uma pontuação na escala do RAP por si só não traduz sua real condição de aprendizagem. É imprescindível que os preceptores vão além, identificando e apontando as lacunas existentes no processo de aprendizagem, orientando-os acerca das ações necessárias para superar as dificuldades identificadas. Além disso, essas observações devem ser devidamente registradas no formulário correspondente, conforme estabelecido na ocasião de sua elaboração, garantindo assim uma avaliação mais precisa e construtiva do desenvolvimento dos residentes. Foi relatado que, em alguns casos, o *feedback* pode até mesmo acontecer de modo aleatório, quando o residente escuta nos corredores referências quanto ao seu desempenho, o que não parece ser a forma mais adequada de *feedback.*

Residente D - *Uma coisa que eu acho, essa questão do feedback, eu acho interessante pra gente saber o que a gente pode melhorar de fato. Não só o que aquela notinha ali, a justificativa que eles estão dando daquela nota. Aí, às vezes, com o feedback você até compreende melhor. E aí tem esse espaço no final que a gente pode botar nossa autoavaliação e a nossa opinião.*

Residente B- *A principal forma de avaliação é realmente os formulários. Teoricamente, era para ter dois formulários desses por campo. Um no meio e um no final. Só que não é muito fácil o preceptor fazer a avaliação. Então eles só fazem basicamente a do final. Porque a ideia de fazer no meio seria isso: ah! tem pontos que você precisa melhorar. Então vamos discutir. Você vai melhorar ou não, e aí no final se melhorou ótimo, apto. Se não, sei lá o que ia acontecer, porque até agora ninguém ficou não apto a nada. O que me parece é que é um pouco mecânico o preenchimento, realmente não tem nenhum esclarecimento tipo, olha eu estou te dando 3 ou 4. Por quê? Não sei. Quando eles vão escrever, geralmente eles são bem sucintos. E pra mim essa é a parte importante. Não é botar número no meu formulário, é me dizer a impressão que teve com a minha passadinha lá.*

Para o residente C, que teve o primeiro contato com o instrumento no momento do encontro, realizar as atividades indicadas pelo preceptor e tê-las revisadas por ele é o suficiente como forma de avaliação. Poderia haver ou não um registro apenas para formalizar. A meu ver, esta visão aponta para certo conformismo diante do instituído, indicando uma concepção somativa, hierarquizante e classificatória acerca da avaliação da prática.

Segundo o residente C, questões técnicas são avaliadas na medida em que o discente entrega uma atividade, com sua revisão sendo feita por um *staff,* que pode ser da categoria, ou não. Contudo, não há registro em instrumento específico para fins de avaliação e, menos ainda algum espaço para a autoavaliação do residente. É importante enfatizar que, de acordo com normativas da CNRMS, os preceptores devem ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão. Se outro profissional, de categoria diferente fizer essa supervisão, as normas das CNRMS estarão sendo descumpridas.

Vale destacar que, segundo experiência pessoal desta pesquisadora, tanto preceptores quanto discentes desta categoria profissional, salvo algumas exceções, têm a pedagogia do exame como seu modelo de avaliação da aprendizagem, cuja tônica, segundo Esteban (2009), é a adoção de um padrão classificatório que apaga as singularidades, fazendo da avaliação apenas um conjunto de procedimentos de exame.

O pensamento do discente C coincide com o do preceptor G no sentido de que, para este, o próprio registro da atividade realizada pelo residente serve como avaliação, e que o importante é a capacidade de adaptação do discente a novos problemas e sua resolução. Porém, onde fica explicitado e registrado o desenvolvimento dessa capacidade se não houver registros nos arquivos da vida acadêmica do estudante? Não só para efeitos administrativos (arquivamento e guarda), bem como efeitos legais (cuidados com a judicialização) mas, principalmente, para conhecimento do residente e de outros preceptores que o receberão nos rodízios subsequentes.

Os residentes desta categoria profissional, em geral, se compatibilizam com o pensamento de trabalho individualizado e voltado estritamente às questões técnicas. Não

obstante, ao longo dos anos alguns se destacaram por manifestarem uma visão diferente, de valorização do trabalho em equipe e de compreensão sobre as especificidades das demais profissões e suas contribuições para o trabalho em saúde, agregando assim, aquele conhecimento ampliado que estimula o fortalecimento das competências colaborativas nos serviços. Mesmo onde há muita rigidez e controle, sempre podemos encontrar brechas por onde escapam os movimentos de transformação.

No decorrer desse encontro com os residentes emergiram questões extremamente importantes, as quais vêm sendo objeto de atenção no INCA. O residente E perguntou aos colegas como os profissionais da assistência envolvidos com a residência lidam com críticas aos campos de prática, e se teriam sofrido alguma retaliação por isso. O residente A afirmou não ter preocupação com isto, pois já havia feito críticas importantes a um setor, sem qualquer tipo de represália.

A equipe de pesquisa indagou ao residente E o porquê da pergunta, ao que ele respondeu terem acontecido algumas situações desconfortáveis, que geraram mal estar, como: residentes receberem rótulos depreciativos por terem feito críticas a um setor junto à coordenação da categoria; ouvirem comentários racistas; deixarem de ser acolhidos para que a "vaga" no setor fosse destinada a um servidor, e mesmo situações caraterizadas como assédio moral. Os residentes não têm clareza quanto aos meios e a instância adequados para combater essas situações. Não sabem como realizar avaliação dos campos e dos preceptores. Quando o fazem, as avaliações acabam por ser inexatas, não fidedignas, devido ao receio de algum tipo de represália. O instituído resiste às mudanças. Nesse sentido, utiliza estratégias variadas. Mas, em geral, se vale da posição hierárquica superior para desqualificar o que lhe ameaça.

O residente F trouxe outras situações vivenciadas no âmbito de sua categoria profissional, argumentando sobre a necessidade de espaços para avaliação dos campos e dos preceptores por parte dos residentes. Embora longa, entendo ser válida a transcrição da fala completa para que se possa ter a real dimensão do desabafo do residente.

Residente F- *é a necessidade que a gente sente enquanto turma, de ter um instrumento de avaliação também. Porque, sim, a residência é treinamento em serviço, a gente está sendo avaliado, nós temos os preceptores. Só que existem preceptores e preceptores. Existem campos e campos. A minha turma tem relato de comentário racista em campo, de comentário homofóbico em campo, dos preceptores que, ok, eles vão continuar a ir porque eles são os concursados e a gente é passageiro. Mas também é desconfortável, também é o meu ambiente de trabalho. É uma residência, mas é o meu ambiente de trabalho. Eu desenvolvo a minha profissão aqui. E aí já levantei que, sim, quando precisa de um certificado de preceptor, todos eles têm, porque, né, eles são preceptores, mas não necessariamente todos eles querem preceptorar. E aí já falei isso várias vezes, em várias oportunidades, em inúmeras reuniões, e parece que não é interessante que a gente tenha esse canal de avaliação, porque, assim, são dois anos que não tá sendo acatado. E eu me recuso a acreditar que só a minha turma, que sou só eu*

[...] que estou trazendo isso. Com certeza os meus R2 também já levantavam porque as questões de racismo e de preconceito, e de retaliação por reclamação não acontecem de agora, acontece de sempre. Só que não muda e também não, assim, para a [...] eu não vejo eles dando voz pra gente. É botar panos quentes, resolver ali rapidamente. Ah, não está funcionando? Vou tirar o restante (dos residentes) do setor então e vai ficar tudo bem. Porque o funcionário vai ficar ali e vai continuar.

Temas como assédio, preconceito, racismo e homofobia vêm sendo debatidos no âmbito INCA, que tem promovido alguns eventos internamente, com o objetivo de desconstruir estereótipos, combater atitudes discriminatórias e promover uma cultura de respeito às diferenças. Nesse sentido, o Instituto criou a Comissão de Equidade, Diversidade e Inclusão (CEDI), e assinou um termo de compromisso com o Programa de Pró-equidade de Gênero e Raça, em maio de 2024. A CEDI propôs, junto a este programa, várias ações que estão sendo planejadas pela Coens. Em junho do corrente ano, foi instituída no INCA a Política de Prevenção e Combate ao Assédio Moral, Assédio Sexual, Violência Laboral e Discriminação. Adicionalmente, o Comitê de Ética do Ministério da Saúde também tem promovido palestras sobre os temas, abertas a todos os servidores do Instituto.

Em complemento a essas ações, a equipe pedagógica do já mencionado curso para qualificação pedagógica de preceptores, consciente das situações relatadas pelos residentes incluiu, recentemente, esses temas no seu planejamento. O objetivo desta inclusão é incentivar os preceptores à reflexão acerca de suas próprias atitudes e preconceitos, e estimular uma atuação ética e humanizada, favorecendo a criação de um ambiente de trabalho harmonioso e livre de discriminações, que possa impactar positivamente na saúde mental e no bem-estar dos residentes.

Há, também, um espaço em que os residentes se reúnem semestralmente com as coordenações dos programas e da Coremu como um espaço de escuta, que visa dar voz aos discentes, ouvir seus anseios e reivindicações, tomar providências cabíveis ou encaminhar às instâncias competentes o que não estiver sob sua governança. É, portanto, um espaço em que os discentes estão preservados de desagravos.

Para além de promover eventos que abordem esses temas delicados, esclarecendo o que caracteriza cada um deles, urge promover, institucionalmente, debates sobre a própria função de preceptoria. Por diversas vezes nos encontros realizados, tanto com preceptores quanto com residentes, bem como nos estudos apresentados no capítulo anterior, emergiu a situação de imposição, mesmo que velada, de exercer a preceptoria. Contudo, é fundamental que o exercício dessa função seja acompanhado de suporte institucional, reconhecimento e condições apropriadas de trabalho para os preceptores, respeitando os tempos apontados por Lima *et al.* (2015) para o exercício adequado da preceptoria nos programas de residência. Dessa forma,

será viável que os preceptores desempenhem essa função com compromisso ético e profissional na formação de novos profissionais de saúde, valorizando a importância de compartilhar conhecimentos, valores e boas práticas.

Ao finalizar o encontro com os residentes a equipe de pesquisa indagou-lhes como, segundo eles, deveriam ser os processos avaliativos nos programas de residência. Eles foram unânimes em concordar que as categorias profissionais que fazem *feedbacks* programados, regulares, ao longo dos rodízios deveriam ser tomadas como modelo. Além disso, acreditam que a padronização dos fluxos, e seleção de um tutor para supervisionar esses processos e fazer a devolutiva aos preceptores seria importante para garantir a realização de uma avaliação que efetivamente contribua para o aprendizado.

Residente G- *Nós somos uma turma multi, então deveria tudo ser padronizado, né? Não é residência uni. É residência multi. E eu acho que deveria ter algum tipo de... assim, tem a pessoa que recebe nossas avaliações, né? Que é escaneado, né? Deveria ter uma pessoa lendo para ver como que está sendo feita essa avaliação, e orientar os preceptores caso essas avaliações estejam sendo feitas de maneira errada, né?*

Residente F- *E ser padronizado, igual ao categoria X e categoria Y, né? É, marcar, ter uma reunião marcada.*

Residente C- *Não sei se deveria ser padronizado. Deveria ter um mínimo de similaridade entre todos esses, mas com alguma diferença, adaptando a cada realidade. Mas alguma coisa teria que ter de padrão.*

Residente F- *Porque pelo que foi colocado aqui, eles têm avaliação quantitativa, é marcado o número que está sendo colocado, mas também têm uma avaliação qualitativa numa reunião com espaço para feedback e retorno. Então eu acho que, na minha opinião, é o melhor dos mundos porque você contempla quantitativamente, qualitativamente, e dá voz para o residente também falar, o que hoje, pelo menos na minha categoria, não tem.*

Residente D *- Eu também acho que não tem que ser uma responsabilidade do residente, porque o interesse disso é da instituição, da coordenação. Então não tem que ser uma responsabilidade do residente correr atrás de ser avaliado.*

Residente A- *Eu também acho, por exemplo, no caso do categoria X, tudo bem, todos os staffs ficam responsáveis pela avaliação. Eles fazem uma reunião antes, pra discutir. O que significa isso? Significa que vão se reunir, marcar, agendar com o residente o melhor dia e tudo mais. Eles também que vão fazer reuniões com os outros staffs para ver se concorda, se discorda, se alguém tem que acrescentar alguma coisa. Talvez o que falte para as outras categorias é pelo menos ter uma pessoa ou mais pra ela não ter que ficar correndo atrás. Eu sei que isso pode ser considerado um trabalho a mais. Tem categoria que fala que não recebe por isso, pra fazer preceptoria. E eu entendo isso. Mas eu não concordo do residente, ser aquele que vai correr atrás de uma avaliação que vai ser feita sobre ele. Ele entrega e não tem o mínimo feedback. Eu não sei se é porque a nossa avaliação é tão diferente, isso sobressai tanto, que eu realmente acho que é uma perda pra eles.*

No que concerne à padronização dos fluxos, como já mencionado neste capítulo, cabe esclarecer que, quando da concepção dos processos avaliativos nas residências, o intuito era

que os residentes fossem avaliados por meio de diferentes estratégias, com registros periódicos no instrumento elaborado em conjunto por representantes do corpo docente-assistencial e a equipe responsável pelos aspectos pedagógicos dos programas. O compartilhamento dos formulários entre os preceptores de todos os campos de prática era condição *sine qua non,* pois este seria o modo pelo qual seria possível acompanhar a evolução do discente. Apenas a forma como este compartilhamento seria feito ficaria a cargo de cada categoria profissional, em função de suas especificidades.

Assim como o docente tem entre suas atribuições avaliar o estudante, também o preceptor tem esta função no que se refere às atividades práticas. Conforme a Resolução CNRMS nº 2, de 13/04/2012, Art. 14, inciso IX, o preceptor deve proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente (Brasil, 2012). É preciso, portanto, alinhar o corpo docente-assistencial para a realização dos processos avaliativos, fomentando a participação de todos os atores neles envolvidos.

Fica claro no discurso dos residentes o quanto anseiam pelo *feedback* regular e oportuno, que venha corroborar ou corrigir os rumos de seu aprendizado. Pode-se dizer o mesmo a respeito dos preceptores que participaram desta pesquisa, cuja maioria participou das ações de qualificação pedagógica ofertadas mas, ainda assim, demandam por mais qualificação nesse sentido. Depreende-se também da fala dos residentes, que a instituição deve investir vigorosamente em qualificação pedagógica, dando aos preceptores o suporte necessário para exercer sua função de modo assertivo.

Residente F- *Mas eu acho também que tem uma questão aí que me atravessa, que é: qual é a importância da residência para esse serviço? Enquanto (profissional graduado), a residência deveria ser o treinamento em serviço, mas eu não vejo os (profissionais) do Instituto dedicados a treinar algo, para a gente. Eu vejo os preceptores assim, comemorar quando tem residente porque eles vão dividir para mais quatro no campo. Não é o treinamento que é interessante para eles, é o serviço. Então para eles não é nem interessante avaliar a gente. Tanto faz se eles estão avaliando ou não. Então por que seria alguma preocupação deles correr atrás da avaliação, sabe? Mas a minha coordenação não está nem lá. E também, enfim, deixa assim e joga para a gente. É uma responsabilidade minha porque sou eu que quero o título de especialista, entendeu? E aí eu sei que se eu não correr atrás da minha avaliação ninguém vai, porque ninguém se importa.*

Esta última afirmação, feita pelo residente F, causou-me profundo impacto ao questionar qual é a importância da residência para o serviço no INCA. Em vários momentos, em ambos os grupos focais, houve menção à sobrecarga de trabalho, que é real no cotidiano do INCA. E esta sobrecarga está presente no trabalho de todos que compõem o corpo docente-assistencial dos programas, e mesmo no trabalho realizado pelos residentes. Entretanto, alguns conseguem organizar suas ações de modo a, ainda que sobrecarregados, entregar ao residente o que me

arrisco a denominar de processo de ensinagem. Urge, portanto, que a instituição discuta nas instâncias cabíveis o lugar que ocupa o ensino nas suas prioridades. A residência é ensino em serviço, o que não deve significar que o residente, de qualquer programa, seja visto como apenas mais um para dividir o trabalho. O lugar das residências é primeiramente de ensino. O serviço é o contexto em que o ensino se dá.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a elaboração de um texto envolve, primeiramente, dedicar atenção ao seu planejamento, no qual se possa estabelecer questões como “o que”, “como” e “para quem” escrever, conforme afirmam Muniz *et al.* (2020). Para esses autores, as categorias de conteúdo e forma se encontram dissolvidas no processo de reflexão acerca dos percursos da pesquisa e da escrita enquanto processos de construção de si. Assim, quando uma atividade de produção textual é iniciada, talvez o mais complexo não seja pensar a estrutura formal ou o conteúdo do texto, mas, possivelmente, o modo de se entregar ao processo de escrita, à maneira de iniciar essa jornada de expressão e elaboração.

Quando se está em processo de escrita, a imaginação sempre está um passo à frente. O problema quando se escreve está em como agarrar as ideias antes que elas escapem. Então, num dado momento, as ideias decolam. Agora é agarrá-las de forma rápida o suficiente para fixá-las na tela (Ingold *et al*., 2012). Ao longo da escrita desta tese, por diversas vezes, me vi olhando para a tela do documento em branco buscando agarrar todas as ideias antes que escapassem. E neste momento, de chegada às considerações finais, mais uma vez me vi diante de tantas ideias que vinham à mente, tentando organizá-las, me entregando ao processo de escrita e, mais uma vez, ao exercício de fugir à pretensa neutralidade, de analisar as instituições que me atravessam, de questionar-me acerca dos instituídos cristalizados no campo de investigação, e de estar consciente de que minhas posições éticas, políticas e morais fazem parte da realidade investigada (Romagnoli; Paulon, 2014).

Para Morel (2017) a utilização de autores previamente conhecidos pode facilitar o percurso de investigação. Contudo, ao limitar a visão às perspectivas já estabelecidas, essa prática também apresenta o risco de constituir uma armadilha, impedindo a compreensão de aspectos além do já explorado. Ao mesmo tempo, revisitar autores que já conhecemos pode surpreender. As releituras nos ensinam, pois já somos diferentes do que éramos antes. Por outro lado, engajar-se com autores que passamos a conhecer envolve, igualmente, uma forma de pensar junto a eles, promovendo uma reflexão compartilhada que enriquece o processo de compreensão e análise. Os autores não oferecem respostas prontas, mas provocam a reflexão.

No percurso desta pesquisa reli alguns autores e conheci muitos autores novos, os quais trouxeram perspectivas muito distintas de minhas experiências anteriores. Assim, em um esforço para aproximar saberes constituídos e novidades (Morel, 2017), trago aqui algumas considerações, compartilhando a minha experiência e desejando que este texto possa ter sentido

para os sujeitos nele envolvidos, contribuindo para que preceptores, residentes e o próprio INCA lancem novos olhares para os processos avaliativos nas residências em saúde.

O modelo de atenção à saúde que se consolidou no século XX, e permaneceu hegemônico até os dias atuais, é o modelo biomédico, que se traduz em práticas pedagógicas tradicionais nos programas de formação em saúde. Este modelo, apesar de hegemônico, vem passando por severas críticas gerando, em última análise, movimentação em prol da integralidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, a educação permanente em saúde surgiu como potente ferramenta na construção de práticas cuidadoras.

Na primeira seção procurei compreender a submissão das práticas e saberes em saúde ao modelo biomédico e as possibilidades para sua superação, o que suscitou algumas questões que perpassaram pela possível influência de diferentes modelos de formação na construção de relações dialógicas entre os sujeitos envolvidos no cuidado à saúde, pela possibilidade da formação ensinar abordagens que valorizem a experiência do outro, pela possibilidade de ensinar o estudante a extrapolar as questões biológicas do adoecimento e sensibilizar-se com o sofrimento do outro, e pela possibilidade da formação transformar as relações de modo que o cuidado não seja uma forma de controle sobre o estilo de vida das pessoas.

Sem a pretensão de oferecer respostas conclusivas a essas questões, entendo que os debates suscitados pelas críticas ao modelo biomédico na formação em saúde têm potencial de promover novas perspectivas para essa formação, na medida em que os envolvidos nos processos formativos se propuserem a valorizar todos os aspectos da vida dos indivíduos — corpo, mente e espírito — convocando a atuação do médico, do terapeuta e do sacerdote (Boff, 1999), elementos que devem estar presentes na formação de todo profissional de saúde. Promover uma formação que, sem desconsiderar as demais tecnologias, destaque o lugar das relações, das tecnologias leves, conforme Merhy e Franco (2003), fundamentais para a produção do cuidado em saúde.

No contexto do INCA, instituição reconhecidamente de referência na formação de profissionais de saúde na área da oncologia, para substituir o modelo biomédico de ensino em saúde é fundamental que a Instituição dirija o olhar para a produção de novos arranjos, estratégias e práticas clínicas e de gestão, conforme proposições críticas ao modelo biomédico apontadas na primeira seção.

A discussão realizada na segunda seção, a partir das visões teóricas de alguns autores acerca da avaliação da aprendizagem, permitiu perceber a importância dos diferentes percursos da aprendizagem para que haja transformação das práticas avaliativas que se configuram, predominantemente, como classificatórias. Essas, baseadas em atribuição de notas, segundo

Barriga (1999), corromperam as relações pedagógicas ao centralizar a análise do desempenho do estudante apenas em função do exame, uma vez que as relações pedagógicas se dão na interação entre as pessoas.

Considerando a avaliação da aprendizagem como um dos dispositivos pedagógicos constitutivos da subjetividade, que discussões são passíveis de serem desenvolvidas nesse sentido, quando a cultura avaliativa ainda se fundamenta na lógica de quantificar, e as práticas de avaliação são norteadas pelo pragmatismo, estabelecendo *rankings* ao invés de utilizar os instrumentos de avaliação como apoio para identificar e superar dificuldades no processo de aprendizagem (Amado, 2019)?

Antes de abordar os instrumentos utilizados para o registro das avaliações das atividades práticas nos programas de residência em saúde, é importante destacar que os instrumentos utilizados nos programas de residência em área profissional da saúde do INCA foram construídos, desde a sua primeira versão, de modo coletivo. Todas as categorias profissionais que compõem os programas tiveram representantes em oficinas – docentes, preceptores e residentes –, cujos objetivos eram elaborar e atualizar esses instrumentos, conforme as demandas que se apresentaram ao longo do tempo.

Instrumentos de natureza qualitativa utilizados para o registro de avaliações indicam a adoção de uma abordagem avaliativa mediadora, diagnóstica, formativa e processual. Independentemente da terminologia empregada, essa abordagem caracteriza-se por ser contínua e centrada no processo de aprendizagem dos estudantes, com o objetivo de compreender suas necessidades, interesses e ritmos individuais. Ao vivenciar as oficinas para elaboração do plano de curso da residência multiprofissional, o grupo de profissionais que compunha o corpo docente-assistencial do programa teve as primeiras aproximações à avaliação formativa, e decidiu mudar os instrumentos utilizados até então nos cursos de especialização uniprofissionais, conferindo-lhes caráter qualitativo. Ao longo dos anos foram elaboradas algumas versões desses instrumentos, tendo sempre como foco um processo avaliativo formativo.

Ainda que a elaboração desses instrumentos tenha sempre se dado de forma coletiva, visando a favorecer algo como uma "apropriação" do processo de avaliar pelos preceptores, tal apropriação não se verificou. Mesmo os profissionais que compunham o grupo que participou das oficinas desde o início demonstraram dificuldades ao utilizar os instrumentos. Complexificando ainda mais este cenário, os preceptores, inseridos na rotina diária da assistência, que não participaram dessas construções coletivas não recebiam a contento as orientações sobre a condução dos processos avaliativos e utilização dos instrumentos. Isto

parece ter propiciado o desenvolvimento de um processo avaliativo desconectado das especificidades dos programas, o que ficou perceptível nos grupos de discussão.

Na terceira seção, discuti os efeitos do ensino em serviço nas residências em saúde, com base em estudos que relacionam as condições de saúde e o sofrimento gerado pelo trabalho e no trabalho em função da sobrecarga na assistência, além das atividades de preceptoria. O cenário do ensino em serviço apresenta elementos que se interligam, trazendo repercussões para a atividade de preceptores que se refletem na formação dos residentes, tornando-a deficitária, expondo os residentes praticamente às mesmas condições impostas aos preceptores. Nesse sentido, para combater essas repercussões, a oportunização de espaços de reflexão sobre o trabalho poderia ser uma forma de propiciar aos profissionais o que Yves Clot (2017) chama de desenvolvimento do poder de agir sobre seu meio de trabalho, sobre a organização e sobre si mesmos.

Os fatores que limitam a docência em saúde também foram objeto de discussão nessa seção. Nas publicações analisadas, além da falta de tempo, o preparo pedagógico é, sem dúvida, um dos mais citados nas publicações analisadas e identificado na minha experiência com as residências. O modelo no qual esses profissionais pautam suas atividades, o modelo biomédico, é limitado e ineficaz para formar profissionais preparados para as necessidades da sociedade e dos cenários do exercício profissional. Está explícita a necessidade de superar o modelo tradicional de ensino em saúde em favor de uma abordagem que prepare os novos profissionais para oferecer à população o cuidado integral em saúde. Para tanto, os preceptores do século XXI devem se inteirar sobre os processos de ensinagem e perceber a Educação Permanente em Saúde como seu espaço ativo, com potencial para ser um ambiente facilitador para a produção de subjetividades profissionais, harmonizando com a proposta de integralidade do cuidado.

Há uma carência de publicações que abordem os processos avaliativos nos programas de residência multiprofissional, o que leva alguns autores a sugerirem que praticamente não há processos avaliativos nesses programas. Acredito que esta não seja uma afirmativa correta, mas acredito que há insuficiência nesses processos pela falta de debates que busquem promover mudanças na cultura avaliativa. Conforme afirma Sordi (2008), o trabalho docente não pode ser solitário, sob pena de se tornar um peso. É, portanto, necessário buscar uma nova organização do trabalho pedagógico nos programas de residência de modo a favorecer a apropriação do processo de avaliar pelos preceptores e docentes para, então, conectar os processos avaliativos às especificidades dos programas.

Como tudo isso se reflete na avaliação da aprendizagem? Como as relações se articulam nos processos avaliativos, em especial nos campos de prática? Os relatos dos grupos de

discussão com preceptores e residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA forneceram algumas pistas.

Os programas de residência em área profissional da saúde do INCA têm um arranjo complexo. Quando se pensa em uma carga horária de 5.760 horas, em um primeiro momento parece ser suficiente. Considerando-se que 20% dessa carga horária devem ser dedicados a atividades teóricas, restam para os eixos específicos 3.478 horas para as atividades práticas e teórico-práticas (Anexo A). As atividades eletivas estão incluídas nessa carga horária. Se não utilizadas para participação em eventos, em estágio opcional externo ou no Grupo de Reflexão, essas horas são redistribuídas nos campos de prática da categoria. Contudo, são muitos campos de prática para serem cobertos em apenas dois anos, podendo ultrapassar o número de 20 em algumas categorias profissionais. Sem dúvida, é necessário que este tempo seja otimizado para que os preceptores possam assistir os residentes de forma adequada.

Ainda que muitos campos de prática sejam comuns a algumas categorias profissionais, os procedimentos diferem, podendo envolver a realização pura e simples de técnicas, ou envolver também questões relacionais. Essas particularidades devem ser consideradas no planejamento do tempo de rodízio e, segundo os preceptores, no instrumento para registro de avaliação. É importante frisar que as particularidades das categorias profissionais deveriam estar contempladas no RAP vigente, conforme orientações por ocasião da sua elaboração. Nem todos os profissionais que exercem a preceptoria participam da construção dos instrumentos e as orientações que recebem são insuficientes para instrumentalizá-los quanto à sua utilização. Assim, questões como a periodicidade dos registros e a necessidade do diálogo com o residente neste momento ficam prejudicadas, especialmente porque cada campo de prática tem particularidades que influenciam diretamente na condução dessas ações.

Ainda que se observe entre os preceptores a noção de avaliação processual, diagnóstica, percebe-se que a ideia de mensuração ainda está presente, em detrimento da problematização dos resultados da aprendizagem. Isto se constitui, a meu ver, em um dos elementos que justificam a aprovação do modelo vigente de instrumento para registro das avaliações práticas (RAP), com seu caráter quantitativo. Outro elemento que se agrega para esta aprovação é o pouco tempo disponível para avaliar. A falta de tempo é apontada como fator limitador dos processos avaliativos em função da sobrecarga de trabalho na assistência. Assim, um instrumento com escala de valores agiliza a ação de avaliar e otimiza o tempo. Essa constatação denota um descompasso entre a estrutura do programa, que se dá sob a forma de ensino em serviço, e o processo de avaliação, fazendo com que alguns preceptores sintam como se a avaliação fosse um fardo jogado sobre eles.

Na concepção de preceptores e residentes há uma justaposição entre o que compreendem como processo avaliativo e registro da avaliação. Sempre que se referiam ao registro no instrumento, esse era o *momento da avaliação*. Além disso, o registro é visto como uma formalização, sem a qual o residente não se sente avaliado. Nesse aspecto, volto a recordar Hoffmann (2011): a observação diária do estudante é uma prática natural. Mas não é possível deixar que esta observação fique registrada apenas na memória. Mesmo porque, somente o professor teria acesso a ela. É, portanto, essencial que essas observações sejam registradas em instrumentos adequados e confiáveis, segundo a autora. Por isso a relevância de compreender as nuances existentes no preenchimento dos RAP, dando a devida importância às informações qualitativas. Não para dar uma aparência de avaliação mediadora, acolhedora, formativa, mas para efetivamente ter o potencial de redefinir o percurso de um estudante que apresente insuficiência de aprendizagem. É preciso, sobretudo, mudar a lógica de avaliação escolar centrada na nota, com seu efeito empobrecedor de que quando não há nota, não há avaliação.

Nos cenários de prática dos programas de residência em área profissional da saúde a atribuição de avaliar é do preceptor (vide quarta seção). Todavia, parece ser prática comum para a maioria das categorias profissionais das residências em área profissional da saúde que os residentes solicitem que os preceptores os avaliem (realizem os registros no RAP). Residentes de apenas duas categorias profissionais afirmaram que os processos avaliativos acontecem a contento, sendo o *momento da avaliação* algo natural, que não traz surpresa, pois ao longo de todo o rodízio os preceptores fazem *feedbacks* frequentes e oportunos. Todos no grupo dos residentes concordaram que esta é a forma ideal de se realizar um processo avaliativo. Na perspectiva dos residentes não basta atribuir notas. Para eles, é imprescindível dialogar sobre a nota atribuída. Por isso, tender mais aos aspectos quantitativos do que aos qualitativos foi apontado pelos residentes como ponto negativo do RAP vigente.

Vale destacar que a autoavaliação foi também tema de debate. Percebe-se pela fala dos participantes de ambos os grupos a necessidade de discussões mais aprofundadas para que esta seja realizada de forma consciente e fundamentada. Quem sabe, talvez no futuro, sendo realizada sob a forma de diário de campo?

Algo que se perdeu ao longo dos anos, mas que é vital para que os processos avaliativos da prática sejam efetivos, evitando injustiças e desligamentos de residentes já quase no final do programa, é o compartilhamento dos registros entre os preceptores. Esse compartilhamento de informações pode favorecer a realização de avaliações feitas de modo coletivo pelos preceptores dos campos de prática que, conforme sinalizado pelos participantes do grupo de discussão, é o modo ideal de conduzir os processos avaliativos e registros nos RAP. Mais do

que isso, num mundo ideal haveria um profissional dedicado a verificar a adequação do preenchimento dos RAP orientando, caso necessário, os ajustes a serem feitos, antes mesmo que o residente prosseguisse para o campo de prática seguinte. Este se constitui em um dos nós dos processos avaliativos na residência: não há profissionais capacitados disponíveis para esta ação.

Considero que uma alternativa seria a implementação de grupos de discussão sobre processos avaliativos abrangendo todos os preceptores, e não apenas representantes das categorias profissionais, como vem sendo feito. Esse seria um processo lento, mas acredito, mais efetivo, pois tem o potencial de proporcionar a mencionada, e desejada, apropriação do processo de avaliar. Contudo, há barreiras a serem transpostas. Há uma grande dificuldade em reunir profissionais da assistência, especialmente para discussões de cunho pedagógico. Mas esta é uma ação que transcende a governança da Coens.

O receio de reprovar foi mais um ponto discutido pelos preceptores. Segundo eles, alguns profissionais assumem a conduta de não reprovar residentes no campo de prática em que atuam por não se sentirem à vontade para responsabilizar-se por uma possível interrupção de percurso. Isto reforça a constatação da necessidade de investimento em discussões pedagógicas com o corpo docente-assistencial da instituição. Para superar esse receio é preciso que os preceptores se apropriem de outra ideia do que seja avaliar, contrária à ideia da avaliação somativa, que se mostra meritocrática e classificatória. É preciso perceber a avaliação como uma estratégia auxiliar na formação.

Apesar de algumas inconsistências verificadas nos processos avaliativos, os preceptores consideram que eles contribuem tanto para a excelência técnica dos egressos quanto para o cuidado integral à saúde dos usuários. Mas alertam que a fragmentação dos rodízios é um complicador. Nesse sentido, apontam que a reorganização dos campos de prática é necessária para melhor aproveitamento pelos residentes. Os preceptores consideram que campos muito curtos acabam por não agregar aprendizado e não contribuem para um processo avaliativo justo.

Para os residentes, os processos avaliativos realizados nos eixos específicos, na forma como são conduzidos, não contribuem para uma formação voltada à integralidade do cuidado. Por outro lado, expressam profunda valorização do trabalho interprofissional proporcionado pelas experiências no eixo transversal. Além disso, manifestam o anseio de que os programas de residência em área profissional da saúde possam, em algum momento no futuro, organizar-se integralmente em equipes multiprofissionais, inclusive buscando maior integração com os programas de residência médica.

A necessidade de *feedback* sobre sua atuação nos campos de prática foi uma sugestão dos preceptores no sentido de aprimorar os processos avaliativos. Na verdade, isto já está previsto pela equipe administrativo-pedagógica dos programas. Conforme já mencionado, há formulários com avaliações dos campos de prática e de preceptores que são respondidos anualmente pelos residentes. Porém, quando são recebidos na coordenação dos programas não há um responsável por emitir um relatório e encaminhar às coordenações das categorias, para que estas façam a devolutiva aos preceptores. Mais uma vez, fica evidenciada a falta de profissionais com a devida qualificação na área de ensino da Instituição.

Os preceptores debateram sobre a opção de exercer ou não atividades de ensino. Há um pensamento que se cristalizou entre os servidores de que haveria obrigatoriedade no exercício de atividades de assistência, ensino e pesquisa. Contudo, verifiquei junto à própria Instituição, na legislação e no edital do concurso da carreira de Ciência e Tecnologia que não há qualquer menção a isto. É como se houvesse uma pactuação informal de que todos devem exercer essas atividades, que estão previstas na missão institucional. Entendendo que nem todos têm o desejo de exercer atividades de ensino e/ou pesquisa, embora a própria atuação na assistência possa contribuir indiretamente para uma e para a outra, acredito na possibilidade de pactuação com as chefias no sentido de redistribuir os atendimentos na assistência, permitindo que aqueles que se dediquem à preceptoria tenham mais tempo para se dedicar às ações pertinentes ao ensino.

A possibilidade de extensão de tempo nos programas de residência foi abordada de modo breve, a partir da constatação de que, muitas vezes, é necessário aumentar o tempo de rodízio em determinados campos de prática para que o aprendizado não fique comprometido. Cada sujeito aprende em seu tempo, em meio a vivências, desafios do cotidiano no serviço e na vida pessoal. Algumas competências demandam do residente maturidade que nem sempre se completa ao final do tempo regular. No INCA tem sido utilizada para esse fim parte da carga horária de algumas atividades eletivas, em especial a que seria destinada ao estágio externo.

Vale mencionar que uma possível necessidade de extensão poderia ocorrer por motivos diversos, e envolveria aspectos técnicos, pedagógicos, éticos e, principalmente financeiros, por envolver pagamento de bolsa, etc. Se prevista nas normativas institucionais, a prorrogação do tempo formativo deverá visar a qualidade da formação com o rigor necessário à atuação em contextos de alta complexidade, como é o caso da oncologia. Mas é preciso cuidado para que essa extensão não se transforme em um recurso automático ou em uma forma de postergar decisões espinhosas. O objetivo não pode ser apenas dar mais tempo, mas criar condições reais para o desenvolvimento das competências necessárias, previstas no projeto pedagógico do programa.

Essas foram as pistas encontradas sobre os reflexos das discussões levantadas nesta pesquisa sobre avaliação da aprendizagem e de como as relações se articulam nos processos avaliativos nos campos de prática. Entretanto, alguns pontos importantes emergiram nos grupos de discussão sem que soluções fossem sugeridas: a reorganização da oferta de conteúdos teóricos de modo que o residente não esteja em campo de prática sem aporte teórico, e a reorganização da oferta de campos de prática. Manifesto minha concordância com a ideia de reorganização, tanto da oferta de conteúdos quanto dos campos de prática. E gostaria de ir além, propondo que esses pontos sejam colocados em pauta de discussão pelas coordenações dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA.

Cabe mencionar que, após a conclusão da pesquisa e escrita da tese, recebi a informação de que o instrumento de avaliação está passando por transformações. Está em curso, desde junho de 2025, a implementação do RAP por meio de formulário do *Google Forms*, que é uma ferramenta do *Google*[41] para a criação de formulários online. O conteúdo do RAP atual descrito nesta tese se mantém. A mudança está apenas no meio utilizado para disponibilizar o instrumento. Dentre as oito categorias profissionais que compõem os programas de residência em área profissional da saúde do INCA, apenas duas já estão utilizando esta ferramenta. Conforme já mencionado, os instrumentos de avaliação da aprendizagem prática nesses programas já tiveram várias versões, o que faz parte do processo de busca por aprimoramento. Por isso, em educação, assim como na vida, nada é imutável.

O que se discutiu nesta tese, como dito anteriormente, é como se articulam as relações nos processos avaliativos nos campos de prática e não sobre os instrumentos para registro. Os processos são os mesmos, independentemente do meio (físico, digital ou on line). É preciso, portanto, cuidar para que a agilidade obtida em decorrência da utilização da ferramenta do *Google* não se transforme em armadilha, reduzindo a avaliação a uma mera formalização, sem troca, sem diálogo, sem *feedback*.

A título de conclusão, as residências são o ensino em serviço. Mas, não se pode perder de vista que esse aspecto não deve envolver a percepção de que o residente seja um elemento adicional para repartir atividades laborais. O papel primordial das residências é de natureza pedagógica, sendo o serviço o ambiente no qual o processo de ensino-aprendizagem ocorre.

---

[41] Empresa multinacional americana que disponibiliza serviços de busca na internet; sistema operacional para dispositivos móveis; navegador de internet; serviço de e-mail; plataforma de vídeos; serviço de mapas e navegação; serviço de armazenamento de fotos; ferramenta para tradução de idiomas, etc.

Para o sucesso da formação profissional oferecida pelo Instituto Nacional de Câncer é fundamental o suporte institucional para as ações de ensino, reconhecendo e valorizando o trabalho dos profissionais que exercem função docente, de tutoria e preceptoria. É essencial que o INCA defina o lugar que o ensino, com o alcance que tem, ocupa entre as suas prioridades, promovendo discussões de cunho pedagógico que possam vir a propor caminhos para fazer dos programas de residência em área profissional da saúde um mergulho na experiência, conforme Kastrup (2013), a ponto de estimular o desejo e o desafio de inventar e reinventar as práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Rafael Augusto Teixeira de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. 2003. 17 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/ECJS-76RHW7. Acesso em: 6 jun. 2023.

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, [*s. l.*], v. 1, p. 1–15, 2002. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2002/28140/28140-391.pdf. Acesso em: 6 jun. 2023.

ALEXANDRE, Tatyane Manso de Oliveira et al. Métodos de avaliação em cenários de prática para preceptores de enfermagem: o que dizem os sujeitos? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [*s. l.*], v. 23, n. 3, p. e11619, 16 mar. 2023. Disponível em: https://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/765. Acesso em: 20 mar. 2025.

ALMEIDA, Márcio José de. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 42–52, maio 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/bcqjkwYD3dWRdNGXrVpypxC/. Acesso em: 6 jun. 2023.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Educação Médica no Brasil**: Mitos, modas, raízes e recalques. São Paulo: [*s. n.*], 2020. Disponível em: http://www.iea.usp.br/pesquisa/professores-visitantes/publicacoes-naomar/historia-da-educacao-medica-no-brasil. Acesso em: 6 jun. 2023.

ALVARENGA, Gabriela Amorim Barreto; GALVÃO, Edna Ferreira Coelho; TAKANASHI, Silvânia Lins Yukiko. Percepção dos residentes sobre o processo avaliativo e seus instrumentos na Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia. **Revista Exitus**, Santarém, v. 9, n. 1, p. 455–479, jan. 2019. Epub 15 jul. 2019. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-94602019000100455&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 mar. 2025.

ALVES, Francione Charapa; SARAIVA, Rochely Silva de Lima. Ralph Winfred Tyler e os Princípios Básicos da Avaliação do Currículo. *In*: ENCONTRO CEARENSE DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 12., 2013, [local do evento]. **Anais...** Fortaleza (CE), 2013. p. 1809-1821. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/39704. Acesso em: 19 ago. 2023.

ALVES, Leonardo Polese; SALAZAR, André Vicente; OLIVEIRA, Eduardo Augusto Moscon. Bases da ciência moderna (século XVII). *In*: SGARBI, Antonio Donizetti *et al*. (orgs.). **História e filosofia da ciência**: apontamentos para auxiliar na contextualização de conteúdos a serem trabalhados em sala de aula. Vitória: EDIFES, 2018. p. 185–214. Disponível em: https://repositorio.ifes.edu.br/bitstream/handle/123456789/956/LIVRO_Hist%C3%B3ria_Filosofia_Ci%C3%AAncia_Apontamentos.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 ago. 2023.

AMADO, Luiz Antônio Saléh. A Organização Curricular e a Avaliação da Aprendizagem como Dispositivos Pedagógicos: Uma Experiência em EJA. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 542–557, dez. 2016. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9523.2016V22N3P542/11676. Acesso em: 1 fev. 2023.

AMADO, Luiz Antônio Saléh. Práticas pedagógicas e avaliação da aprendizagem: estranhamentos e descaminhos na formação de professores. *In*: OLIVEIRA, Eloiza; OLIVEIRA, Floriano G.; AMADO, Luiz Antônio Saléh (orgs.). **Políticas públicas e formação humana**: contribuições para o futuro. Rio de Janeiro: Consequência, 2019. p. 329–349.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Duzentos anos de ensino médico no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/4592. Acesso em: 6 jun. 2023.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Leonir P. (orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: Univille, 2003.

ANDRADE, Rebecca Soares *et al*. Processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família e a Educação Permanente. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 505–521, maio 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/xx5cW9Cmkc4LXr4MqzyHygH/?lang=pt. Acesso em: 21 mar. 2025.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra Lúcia. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 20–31, jun. 2007. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n0.a1421. Acesso em: 6 jun. 2023.

ARCOVERDE, Tarcísio Lins. **Formação médica**: (des)construção do sentido da profissão – a trajetória da representação social. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2004. Disponível em: https://bu.furb.br/docs/TE/2004/276587_1_1.pdf. Acesso em: 6 jun. 2023.

AVALIAÇÃO. *In*: DICIO, Dicionário On-line de Português. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: https://www.dicio.com.br/avaliacao/. Acesso em: 6 mar. 2024.

BAREMBLITT, Gregorio. **Introdução à esquizoanálise**. 2. ed. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2002.

BARRETO, Eliana Maria Teixeira. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 267–275, 2005. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1954. Acesso em: 9 jun. 2023.

BARRIGA, Ángel Díaz. Uma polêmica em relação ao exame. *In*: ESTEBAN, Maria Teresa (org.). **Avaliação**: uma prática em busca de novos sentidos. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

BARRIGA, Ángel Díaz. **Pensar la didáctica**. Buenos Aires: Amorrortu, 2012.

BENDASSOLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pinto. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. *In*: BENDASSOLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pinto (orgs.). **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BLOZEN, Barbara. Evitando o esgotamento do preceptor. **American Nurse Today**, [*s. l.*], v. 5, n. 11, p. 41–42, 2010. Disponível em: https://www.myamericannurse.com/avoiding-preceptor-burnout/. Acesso em: 23 jun. 2022.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela Terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES, Marcos César *et al*. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324–331, 2014. Disponível em: https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/86685. Acesso em: 24 mar. 2025.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://arca7.fiocruz.br/items/f4795308-d689-4b1e-9609-8f120565dd54/full. Acesso em: 6 jun. 2023.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Preceptor: o profissional de saúde-educador do século XXI. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, e030, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/dkXMY4qgHs3tttb9HBM5cvy/. Acesso em: 6 mar. 2025.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363–373, jul. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKFv9VMkyBdtqGfLYMv/. Acesso em: 6 jun. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 set. 1977.

BRASIL. Lei nº 8.691, de 28 de julho de 1993. Dispõe sobre o Plano de Carreiras para a área de Ciência e Tecnologia da Administração Federal Direta, das Autarquias e das Fundações Federais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jul. 1993. Retificado em: 11 ago. 1993.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens — ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude — CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1–2, 1 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos médicos residentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009, Seção 1, p. 7.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014a. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010, e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 2014, Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Portaria nº 688, de 29 de agosto de 2023. Altera a Portaria de Consolidação SAES/MS nº 1, de 22 de fevereiro de 2022, para dispor sobre a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 ago. 2023, Seção 1, p. 90–102.

CAMARGO, Maria Cristina Von Zuben de Arruda. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Bioética**, [*s. l.*], v. 4, n. 1, p. 47–51, 1996. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/395/358. Acesso em: 6 jun. 2023.

CARVALHO, Sérgio Resende et al. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251–1269, out. 2015. Disponível

em: https://www.scielo.br/j/physis/a/mW8FpY6CwpWrPGVLPbCxBQq/abstract/?lang=pt. Acesso em: 6 jun. 2023.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975–986, out. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/cbxpHx6Lv8qgqvwtBsghwjD/abstract/?lang=pt. Acesso em: 21 mar. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Manso. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 8 ago. 2023.

CLOT, Yves. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

CLOT, Yves. Clínica da atividade. **Horizontes**, Belo Horizonte, v. 35, n. 3, p. 18–22, 2017. Disponível em: https://revistahorizontes.usf.edu.br/horizontes/article/view/526. Acesso em: 13 maio 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Cirhrt-CNS**. [*S. l.: s. n.*], 2022. Disponível em: http://www.susconecta.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Cirhrt-CNS.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

CORREIA, Ricardo Lopes et al. Processos de ensinagem em desenvolvimento local participativo. **Interações (Campo Grande)**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 23–29, jul. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/inter/a/fJPQkbzDsS7dTXPxQ7BgnXw/abstract/?lang=pt. Acesso em: 5 mar. 2025.

COSTA, Everardo Duarte. **Dicionário de política educacional**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

COSTA, Lindacy S. *et al*. As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação da área da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 535–542, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Yqt0zMdNtzNQm8CFaCMt48q/abstract/?lang=pt. Acesso em: 13 jun. 2023.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 21-33.

DE-OLIVEIRA, Fabiana Aparecida Mayrink *et al*. Objective structured clinical examination, OSCEs: an advance in the teaching and learning process in the student's perception. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 48, p. e20190027, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rounesp/a/RSgyccpsfc57J7HZfpH6jfB/?lang=en Acesso em: 15 mar. 2025.

DEPRESBITERIS, Léa. Instrumentos de Avaliação. Reflexões sobre seu significado. *In*: MELO, Marcos Muniz (org.). **Avaliação na Educação**. Pinhais: Editora Melo, 2007.

DISPOSITIVO. *In*: DICIO, Dicionário On-line de Português. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: https://www.dicio.com.br/dispositivo/. Acesso em: 6 mar. 2024.

ESTEBAN, Maria Teresa. A avaliação no cotidiano escolar. *In*: ESTEBAN, Maria Teresa. **Avaliação**: uma prática em busca de novos sentidos. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

ESTEBAN, Maria Teresa. A avaliação no processo ensino/aprendizagem: os desafios postos pelas múltiplas faces do cotidiano. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 129–137, jan. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/LzrRLxY6MqFdv5cs8JqRK8z/. Acesso em: 9 ago. 2023.

ESTEBAN, Maria Teresa. Avaliação e fracasso escolar: questões para debate sobre a democratização da escola. **Revista Lusófona de Educação**, [*s. l.*], v. 13, p. 123-134, 2009. Disponível em: https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/561. Acesso em: 9 ago. 2023.

ESTEBAN, Maria Teresa; PINA, Bruna de Souza Fabricante. Silenciamento e diálogo na avaliação escolar. **Revista Teias**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 67, p. 420-433, out./nov. 2021. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/52977. Acesso em: 9 ago. 2023.

FALEIROS, Vicente de Paula *et al*. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

FARIAS, Tainá Duarte Meinicke. **O curso de qualificação didático-pedagógica para preceptores do INCA**: um estudo sobre a relação trabalho e educação na Residência Multiprofissional. 2020. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46131. Acesso em: 11 abr. 2025.

FERLA, Alcindo Antonio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal**: Revista de Psicologia, [*s. l.*], v. 23, n. 3, p. 487–500, set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fractal/a/ryn3yLbMJwhVcnJTsTKNK8C/abstract/?lang=pt. Acesso em: 8 jun. 2023.

FONSECA, Walter Luiz Moraes Sampaio da. **O ensino transversal das bases humanísticas no Curso de Medicina da Unifoa**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, 2009. Disponível em: https://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecsma/arquivos/05.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

FOUCAULT, Michel. Verdade e Poder. *In*: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

GARCIA, Regina Leite. A avaliação e suas implicações no fracasso/sucesso. *In*: ESTEBAN, Maria Teresa. **Avaliação**: uma prática em busca de novos sentidos. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. p. 29-49.

GOMES, Diógenes Farias et al. Avaliação formativa em saúde: uma análise das evidências latino-americanas. **Revista Saúde (Sta. Maria)**, Santa Maria, v. 47, 2021. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/65079. Acesso em: 21 mar. 2025.

GONZÁLEZ, Alberto Durán.; ALMEIDA, Marcio José de. Ativação de mudanças na formação superior em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 238-246, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/SFkW3r3YFjk34QR7svBpWFJ/?lang=pt. Acesso em: 21 mar. 2025.

GUATTARI, Félix. As creches e a iniciação. *In*: GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Subjetividade e História. *In*: GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986. p. 25-45.

HOFFMANN, Jussara Maria Lerch. Avaliação: um estado de alerta permanente sobre o significado da ação educativa. **Educação e Seleção**, [*s. l.*], n. 20, p. 57-61, 1989. Disponível em: https://publicacoes.fcc.org.br/edusel/article/view/2645/2593. Acesso em: 25 jun. 2022.

HOFFMANN, Jussara Maria Lerch. **Avaliar para promover**: as setas do caminho. 14. ed. Porto Alegre: Mediação, 2011.

IBRAHIM, Halah. Pacote de Síntese Crítica: Ferramenta de Avaliação da Comunicação (CAT). **MedEdPORTAL**, [*s. l.*], v. 10, p. 9806, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9806. Acesso em: 15 abr. 2025.

INGOLD, Tim *et al*. Diálogos Vagueiros: Vida, Movimento e Antropologia. **Ponto Urbe**, [*s. l.*], v. 11, n. 11, jul. 2012. Disponível em: http://journals.openedition.org/pontourbe/334. Acesso em: 17 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Memórias do INCA**: 85 anos de histórias na assistência e no ensino em oncologia (1937-2022). Organizado por Gustavo Francisco de Souza e Mello. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/11378. Acesso em: 5 maio 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Programas de residência multiprofissional em oncologia e residência em física médica**: plano de curso. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2024a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/plano-de-curso-da-residencia-multiprofissional-em-oncologia-e-em-fisica-medica-0. Acesso em: 13 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Relatório de gestão INCA 2024**. Rio de Janeiro: INCA, 2024b. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17437. Acesso em: 13 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Plano estratégico do INCA 2020-2023**: conectados podemos ser melhores! Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/12068/1/plano_estrategico_2020-2023.pdf. Acesso em: 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Projeto político-pedagógico**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//projeto_politico_pedagogico.pdf. Acesso em: 13 maio 2025.

INTERCOLLEGIATE SURGICAL CURRICULUM PROGRAMME (ISCP). **Guidance for using the Mini-PAT (Mini-Peer Assessment Tool)**. [*S. l.: s. n.*], [2024]. Disponível em: https://www.iscp.ac.uk/static/public/minipat_guidance.pdf. Acesso em: 15 abr. 2025.

KASTRUP, Virginia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, set./dez. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/es/a/bG374G5nJQ6jtVgCbb7Vsvb/abstract/?lang=pt. Acesso em: 17 abr. 2025.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

KASTRUP, Virginia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. *In*: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (orgs.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 151-162.

KITZINGER, Jenny. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. *In*: POPE, Catherine; MAYS, Nichoas (orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KOIFMAN, Lillian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 49–69, mar. 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/hcsm/a/wbJxmgpRcpNXYjChnxzVWps/abstract/?lang=pt. Acesso em: 6 jun. 2023.

LAGO, Luana Pinho de Mesquita. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde**: uma pesquisa sócio-clínica. 2019. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2019.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 07–19, jan. 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/SGZ6Bczz97s8Jdcz97GWrXG/?lang=pt. Acesso em: 6 jun. 2023.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Depoimento sobre 20 anos de ABEM: histórico e perspectivas. **Cadernos ABEM**, [*s. l.*], v. 2, p. 89-92, jun. 2006. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol02.pdf. Acesso em: 6 jun. 2023.

LARROSA-BONDÍA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. *In*: SILVA, Tomaz Tadeu. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 35-86.

LARROSA-BONDÍA, Jorge. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20–28, jan. 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 abr. 2022.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIMA, Fernando Lopes Tavares de et al. Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: Cinco anos de experiência. *In*: FERLA, Alcindo Antônio et al. (orgs.). **Residências e a Educação e Ensino da Saúde**: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

LIMA, Fernando Lopes Tavares et al. Entre o tempo e a falta de tempo: reflexões sobre o exercício da preceptoria nos programas de residência em oncologia. *In*: BERNAT, Ana Beatriz Rocha et al. (orgs.). **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_tempos_hospital_oncologico.pdf. Acesso em: 23 jun. 2022.

LOPES, Marcia Cavalcanti Raposo; MOREL, Cristina Massadar. Processos de Aprendizagem de Adultos na Educação Profissional em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. e0018111, 2019. Disponível em: https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/821. Acesso em: 18 abr. 2022.

LOPES, Marcia Raposo et al. Estudantes, educadores e processos avaliativos: um relato de experiências e trocas sobre a formação técnica em saúde. **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 341–352, 2024. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/riae/article/view/72826. Acesso em: 15 abr. 2025.

LUCKESI, Cipriano Carlos. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? **Revista pátio on line**, Belo Horizonte, ano 3, n. 12, fev./abr. 2000. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2511.pdf. Acesso em: 4 jun. 2023.

LUKESI, Cipriano Carlos. Avaliação da aprendizagem na escola e a questão das representações sociais. **EccoS**: Revista Científica, [*s. l.*], v. 4, n. 2, p. 79–88, 2008. Disponível em: https://periodicos.uninove.br/eccos/article/view/310. Acesso em: 4 jun. 2023.

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

MACÊDO, Francisco Pires Negromonte de et al. Avaliação em uma residência de radiologia: elaboração de um novo instrumento e experiência inicial. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. e160, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/X5YvjK7gcBcqYCQ9sbmRFSR/abstract/?lang=pt. Acesso em: 27 mar. 2025.

MACHADO-COELHO, Maria Alice Sigaud; GUIMARÃES, Darcy da Silva. A História do Ensino no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 441-444, 2001. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2299. Acesso em: 9 jun. 2023.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 66–73, out. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/kj4F6KSJnvPfjJjLGhkPKqL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 9 jun. 2023.

MAEDA, Dirce Yurico. **Preceptoria no curso de residência em enfermagem**: competências da enfermeira. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/12898. Acesso em: 23 jun. 2022.

MEGALE, Luiz *et al*. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/VMgDxTQcCmdWqbnwmyM9jPC/. Acesso em: 21 mar. 2025.

MENDES, Eugênio Villaça. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MENDONÇA, Fernanda F. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: percepções de tutores e facilitadores. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em: https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2021/10/FERNANDA-DE-FREITAS-MENDONCA.pdf. Acesso em: 21 mar. 2025.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 27, v. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

MIRANDA, Luciana Lobo. Subjetividade: a (des)construção de um conceito. *In*: SOUZA, Solange Jobim e (org.). **Subjetividade em questão**: a infância como crítica da cultura. Rio de Janeiro: 7Letras, 2000. p. 29-46.

MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar. **Aprendizagem de adultos**: estudo a partir de uma experiência educativa com Agentes Comunitários de Saúde. 2017. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

MUNIZ, Adriana Werneck Russo et al. A escrita como artesanato: a experiência do escrever(-se). **Revista Interinstitucional Artes de Educar**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 894–913, 2020. DOI: 10.12957/riae.2020.54576. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/riae/article/view/54576. Acesso em: 13 jun. 2025.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005. Disponível em: https://gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351. Acesso em: 13 maio 2025.

OLIVEIRA, Luciana Muri; OLIVEIRA, Sandra Regina dos Santos Muri; FONSECA, Maria da Conceição Vinciprova. Da assistência à docência: narrativas de médicos sobre os múltiplos caminhos que os tornaram preceptores. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. e004, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/HrrCQb4GvhgjPQD3ZLZ8vxK/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

PAGANI, Rosani; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 94–106, maio 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/byyKGqxL4tvNXY6PDxbcdQH/. Acesso em: 23 jun. 2022.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, out. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 jun. 2023.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299–316, ago. 1998. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/. Acesso em: 9 jun. 2023.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 18–25, set. 2005. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/psoc/a/YWZKDkyF5zBjQvhjJZkdK7m/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 nov. 2022.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. Trabalhador-pesquisador: análise da implicação como resistência ao distanciamento do objeto. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 26, p. 380-396, abr. 2020. Disponível em: https://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/article/view/22749/17824. Acesso em: 14 set. 2023.

PEREIRA, Ana Cristina Pinho Mendes. História do Controle do Câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 155–156, 2017. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2017v63n3.141. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/141. Acesso em: 9 jun. 2023.

PERILLO, Eduardo Bueno da Fonseca. **Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil**: um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966. 2008. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde-25112008-125024/publico/TESE_EDUARDO_BUENO_DA_FONSECA_PERILLO.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-35. Disponível em: https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Ensinar-Sa%C3%BAde-integralidade-e-o-SUS-nos-cursos-de-gradua%C3%A7%C3%A3o-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 8 ago. 2023.

PINHEIRO, Carlos Eduardo et al. Teste de Progresso: ausência de alunos de Medicina é sugestiva de mau desempenho acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. e142, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/cHKX6YGRfhSCp4jz4YYY78J/?lang=pt. Acesso em: 20 mar. 2025.

PONTES, Lidianny Michelle da Silva.; FREITAS, Marise Reis de. Avaliação formativa no internato de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. e137, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/fwnLhJZtQHKcZ7pZBLsH8vh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 16 jul. 2024.

RANCIÈRE, Jacques. **O mestre ignorante**: Cinco lições sobre a emancipação intelectual. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

RIBEIRO, Nélia Beatriz Caiafa. **Dimensões do cuidado**: um estudo sobre a formação de técnicos em higiene dental. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo

Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8904. Acesso em: 10 mar. 2011.

RISTOW, Aline Maria. **A formação humanística do médico na sociedade do século XXI**: uma análise curricular. 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/13312/Disserta%c3%a7%c3%a3o2.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 6 jun. 2023.

ROCHA MAGALHÃES, Z. et al. Profissão e Trabalho: Reflexões sobre o Setor Saúde. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, n. 6, maio 2005. Disponível em: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/526/1511. Acesso em: 10 nov. 2023.

ROCHA, Marisa Lopes da. Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, 2006. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431. Acesso em: 29 jul. 2023.

RODRIGUES, Alana Pereira; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela; LAZARINI, Welington Serra. Integração ensino-serviço: a experiência como estratégia formativa em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, p. e230381, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/yk9H5zyzw8dqGq99dR9RQwd/. Acesso em: 22 abr. 2025.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 44–52, jan. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/psoc/a/NqxkBHNRmdShkZcgZJ4zg5M/abstract/?lang=pt. Acesso em: 4 abr. 2022.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; PAULON, Simone Mainieri. Escritas Implicadas, Pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica. *In*: DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jader (orgs.). **Psicologia em Pesquisa**: cenários de práticas e criações. Natal: EDUFRN, 2014.

ROMÃO, Gustavo Salata et al. Avaliação de Residentes em Ambientes da Prática Clínica (Work-Based Assessment – WBA). **FEMINA**, [*s. l.*], v. 48, n. 1, p. 31-37, 2020. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FEMINAZ1Z-ZAtualizada.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

ROTA JÚNIOR, César. **Recepção e circulação de testes de inteligência na Escola de Aperfeiçoamento de Professores de Belo Horizonte (1929-1946)**. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/BUBD-ACAFZQ. Acesso em: 16 jul. 2024.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. **Análise Crítica dos Projetos Político Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Ciências na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/CRUZ_7a8216feb361a85ae9d308e716791ff9. Acesso em: 27 mar. 2025.

SANTOS, Gracyellen Pancheniak Alfaia dos. **Desafios para consolidar a inserção de egressos do curso de pedagogia**: demandas do mercado de trabalho de escolas particulares do DF. 2015. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/811/1/Gracyellen%20Pancheniak%20Alfaia%20dos%20Santos.pdf. Acesso em: 6 jun. 2023.

SANTOS, Marta. Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. **Laboreal**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, 2006. Disponível em: http://journals.openedition.org/laboreal/13678. Acesso em: 24 jun. 2022.

SANTOS, Sávio Silva; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Avaliação Cognitiva no Internato Médico - Experiência da Disciplina de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Teresópolis, Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Feso). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 223-228, set./dez. 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/NXSnXtTWnNrqPHPtBhzxrQr/. Acesso em: 20 mar. 2025.

SANTOS, Alex Caetano dos et al. Competências da Preceptoria na Residência. **Cadernos ABEM**, [*s. l.*], v. 9, 2013. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/2almeida, 20160931/3/Artigo%20-%20Alex%20Caetano%20dos%20Santos%20-%202013.pdf. Acesso em: 12 set. 2023.

SAUL, Ana Maria. Referenciais freireanos para a prática da avaliação. **Revista de Educação PUC-Campinas**, Campinas, n. 25, p. 17-24, nov. 2008. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reveducacao/article/view/90. Acesso em: 2023.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, jan. 2007.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SEEGMÜLLER, Edimara Fait et al. Formação médica: uma proposta diante das demandas da sociedade. Experiência da Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. **Ciência e Cultura**, [*s. l.*], v. 39, p. 9-22, 2008. Disponível em: https://www.yumpu.com/pt/document/read/31329918/formaaao-macdica-universidade-tuiuti-do-parana. Acesso em: 15 jun. 2023.

SERRA, Sandra Torres et al. Necessidade de mudanças na educação médica e a percepção de professores antes da pandemia da Covid-19. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 25, p. e200868, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/JY4NfPYXxTRg6FKpHK7Qgzd/. Acesso em: 6 jun. 2023.

SILVA, Kleber Aparecido da; BARTHOLOMEU, Maria Amélia Nader; CLAUS, Maristela M. Kondo. Auto-avaliação: uma alternativa contemporânea do processo avaliativo. **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbla/a/7trGtMHc6mNFdF4QqFDG4YD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 18 abr. 2022.

SILVA, Luciana da Conceição e. O processo ensino-aprendizagem na residência multiprofissional em saúde: preceptores. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 3.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 10., 2015, Vitória. **Anais** [...]. Vitória: UFES, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/10038. Acesso em: 27 mar. 2025.

SILVA, Natália Luiza; MENDES, Olenir Maria. Avaliação formativa no ensino superior: avanços e contradições. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 22, n. 1, p. 271-297, mar. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aval/a/RSD39DpzXPZNFJ3PnrkPmkN/abstract/?lang=pt. Acesso em: 16 jul. 2024.

SOARES, Leonardo B.; MIRANDA, Luciana L. Produzir subjetividades: o que significa? **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 408-424, 2009. Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v9n2/artigos/pdf/v9n2a10.pdf. Acesso em: 15 jun. 2022.

SORDI, Mara Regina Lemes de. Problematizando o papel da avaliação da aprendizagem nas metodologias inovadoras na área da saúde. **Revista de Educação PUC-Campinas**, n. 9, 2000. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reveducacao/article/view/407. Acesso em: 24 mar. 2025.

SORDI, Mara Regina Lemes de. A docência universitária e o dilema da formação pedagógica para a produção de uma avaliação da aprendizagem conseqüente. **Revista de Educação PUC-Campinas**, n. 25, 2008. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reveducacao/article/view/93. Acesso em: 24 mar. 2025.

SORDI, Mara Regina Lemes de et al. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 731–742, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/TTN5wrBw48cBXmLbv9cCcsm/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 mar. 2025.

SOUSA, Evandro Guimarães. A Residência Médica no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 112-114, maio/ago. 1985. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/LfJnkn434YqhGZWTVpkcwgD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 17 mar. 2023.

SOUZA, Francisca Lopes de. **As estruturas essenciais de avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no Ceará**: uma proposta de autoavaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina de Sobral, Sobral, 2012. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/26392. Acesso em: 27 mar. 2025.

SUBJETIVO. In: DICIO, Dicionário On-line de Português. Porto: 7Graus, 2024. Disponível em: https://www.dicio.com.br/subjetivo/. Acesso em: 6 mar. 2024.

TAVARES, Claudia Mara Melo; CARMO, Rosa Maria Conde Vieira do; MOURÃO, Lucia Cardoso. A dinâmica de interação ensino-serviço no setor de infectologia de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 7, p. 2214–2219, 2014. DOI: 10.5205/1981-8963-v8i7a9907p2214-2219-2014. Acesso em: 13 maio 2025.

TEIXEIRA, Ricardo Antonio Gonçalves. Educação do Anormal a Partir dos Testes de Inteligência. **História da Educação**, [*s. l.*], v. 23, p. e90024, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/heduc/a/Rb7jQcGgk7hhNxGHgMcjwKN/. Acesso em: 30 set. 2023.

TRAJMAN, Anete et al. Preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24–32, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/7CmmFq59rbTB7NK68jKgF9c/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 set. 2023.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. **Avaliação**: concepção dialética libertadora do processo de avaliação escolar. 17. ed. São Paulo: Libertad, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro para o grupo de discussão com preceptores

1. O que você pensa sobre a proposta de desenvolvimento dos processos avaliativos da prática profissional preconizados pelo programa de residência? De que modo eles se alinham às concepções de avaliação da aprendizagem praticadas pelos preceptores dos programas?

2. Em que medida você diria que esses processos avaliativos possam contribuir para o aprendizado dos residentes e para uma formação profissional que produza, além da excelência técnica, a integralidade do cuidado?

3. Como está sendo sua experiência na utilização do atual instrumento de avaliação das práticas? Você sente dificuldade no preenchimento? Destaque os pontos fortes e fracos.

4. Que sugestões você faria para o aprimoramento dos processos avaliativos no programa de residência?

APÊNDICE B - Roteiro para o grupo de discussão com residentes

1. Como você considera que deva acontecer o processo de avaliação da aprendizagem prática nos programas de residência?

2. Você conhece a proposta de avaliação da aprendizagem dos programas de residência multiprofissional em oncologia e em física médica? Como você a percebe?

3. Em que medida você diria que esses processos avaliativos possam contribuir para o seu aprendizado e para uma formação profissional que produza, além da excelência técnica, a integralidade do cuidado?

4. Como se dá sua inserção nos processos avaliativos da residência?

5. Como está sendo sua experiência com o atual instrumento de avaliação das práticas? Destaque os pontos fortes e fracos.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para os preceptores

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque exerce atividade de preceptoria nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar. Sua participação não é obrigatória. Se você decidir participar, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como objetivo discutir o papel da avaliação da aprendizagem das práticas profissionais na formação em saúde e conhecer a percepção de preceptores e residentes acerca dos processos avaliativos da prática profissional nos programas de residência em área profissional da saúde do INCA.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Serão realizados grupos de discussão compostos por preceptores e por residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA. O fio condutor das discussões nesses grupos será a problematização dos processos avaliativos das práticas profissionais.

Na realização desses encontros será estimulado o debate sobre as práticas avaliativas nos programas de residência em área profissional da saúde. Os encontros serão realizados em local reservado, nas dependências do INCA, com previsão de duração de duas horas. No caso

de ser identificada a necessidade de maiores discussões, os participantes serão consultados para definir se será feito novo encontro.

O registro das discussões se dará por meio de gravador de áudio e de anotações efetuadas pela equipe de pesquisa.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá oferecer benefícios diretos a você e a futuros preceptores.

Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se às contribuições advindas das discussões acerca da avaliação das práticas profissionais relacionadas à excelência técnica e à produção do cuidado integral na saúde dos usuários do SUS. Você poderá se beneficiar, também, com o aprimoramento de sua prática profissional de preceptoria, ao contribuir para a ampliação de estudos e discussões sobre avaliação da aprendizagem prática nas residências em saúde.

É necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

RISCOS

Trata-se de uma pesquisa com risco mínimo do tipo psico-intelectual relacionado à possibilidade de o participante se sentir tensionado ou constrangido. Assim, todos os participantes serão orientados que não estarão se submetendo a nenhum tipo de avaliação técnica e que as respostas não o afetarão moralmente ou profissionalmente, apenas fazem parte de uma pesquisa, não havendo nenhum tipo de penalidade.

CUSTOS

Sua participação não será remunerada e você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o(a) **Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro** no telefone **(21) 99286-0316** de 8às 17hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes.

Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 h, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações obtidas nos grupos de discussão. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____	/ /
Nome e Assinatura do participante	Data
_____	/ /
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____	/ /
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	Data

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para os residentes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Avaliação da aprendizagem das práticas profissionais em saúde: problematizando processos avaliativos em programas de residência em área profissional da saúde

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque é residente dos programas de residência em área profissional da saúde nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar. Sua participação não é obrigatória. Se você decidir participar, a qualquer momento você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Essa pesquisa tem como objetivo discutir o papel da avaliação da aprendizagem das práticas profissionais na formação em saúde e conhecer a percepção de preceptores e residentes acerca dos processos avaliativos da prática profissional nos programas de residência em área profissional da saúde do INCA.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Serão realizados grupos de discussão compostos por preceptores e por residentes dos programas de residência em área profissional da saúde do INCA. O fio condutor das discussões nesses grupos será a problematização dos processos avaliativos das práticas profissionais.

Na realização desses encontros será estimulado o debate sobre as práticas avaliativas nos programas de residência em área profissional da saúde. Os encontros serão realizados em local reservado, nas dependências do INCA, com previsão de duração de duas horas. No caso de ser identificada a necessidade de maiores discussões, os participantes serão consultados para definir se será feito novo encontro.

O registro das discussões se dará por meio de gravador de áudio e de anotações efetuadas pela equipe de pesquisa.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá oferecer benefícios diretos a você e a futuros preceptores.

Os benefícios relacionados com a sua participação referem-se às contribuições advindas das discussões acerca da avaliação das práticas profissionais relacionadas à excelência técnica e à produção do cuidado integral na saúde dos usuários do SUS. Você poderá se beneficiar, também, com o aprimoramento de seu aprendizado das práticas profissionais, ao contribuir para a ampliação de estudos e discussões sobre avaliação da aprendizagem prática nas residências em saúde.

É necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

RISCOS

Trata-se de uma pesquisa com risco mínimo do tipo psico-intelectual relacionado à possibilidade de o participante se sentir tensionado ou constrangido. Assim, todos os participantes serão orientados que não estarão se submetendo a nenhum tipo de avaliação técnica e que as respostas não o afetarão moralmente ou profissionalmente, apenas fazem parte de uma pesquisa, não havendo nenhum tipo de penalidade.

CUSTOS

Sua participação não será remunerada e você não terá quaisquer custos ou despesas (gastos) pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o(a) **Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro** no telefone **(21) 99286-0316** de 8às 17hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos as pessoas que se voluntariam a participar destes.

Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações obtidas nos grupos de discussão. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____	____/____/____
Nome e Assinatura do participante	Data
_____	____/____/____
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____	____/____/____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	Data

ANEXO A – Organização curricular dos programas de residência multiprofissional e residência em física médica

Quadro 1 – Distribuição da carga horária

	Atividade prática e atividade teórico-prática	Atividade teórica	CH total
Eixo transversal	690 h	530 h	1.220 h
Eixo específico	3.478 h	622 h	4.100 h
Atividades curriculares eletivas*	440 h	–	440 h
TOTAL	4.608 h (80%)	1.152 h (20%)	5.760 h

Fonte: elaboração INCA.
Nota: *a CH destinada às atividades curriculares eletivas é opcional e será revertida para a CH de prática dos eixos específicos, caso não haja interesse do residente em participar.

Quadro 2 – Distribuição da carga horária dos módulos do eixo transversal

Módulos	Ano	CH teórica (CH T)	CH prática (CH P) e CH teórico-prática (CH TP)	CH total
1. Fundamentos de oncologia	R1	85 h	30 h	115 h
2. Segurança do paciente	R1	25 h	45 h	70 h
3. Bioética	R1	45 h	–	45 h
4. Políticas públicas de saúde e oncologia	R1	75 h	60 h	135 h
5. Abordagem multiprofissional em práticas integradas em oncologia	R1/R2	60 h	350 h	410 h
6. Gestão em saúde	R1	60 h	25 h	85 h
7. Fundamentos de metodologia científica	R1/R2	100 h	10 h	110 h
8. Seminários integrados de acompanhamento de trabalho de conclusão de residência	R2	40 h	–	40 h
9. Educação em saúde	R2	40 h	40 h	80 h
10. Práticas interdisciplinares na rede de atenção oncológica	R2	–	130 h	130 h
TOTAL		530h	690 h	1.220 h

Fonte: elaboração INCA.
Legenda: R1 – módulo realizado no primeiro ano; R2 – módulo realizado no segundo ano.

Quadro 3 – Distribuição da carga horária dos eixos específicos

Eixos específicos	CH T	CH P e CH TP	CH total
1. Enfermagem	622 h*	3.478 h	4.100 h
2. Farmácia	622 h*	3.478 h	4.100 h
3. Física médica	622 h*	3.478 h	4.100 h
4. Fisioterapia	622 h*	3.478 h	4.100 h
5. Nutrição	622 h*	3.478 h	4.100 h
6. Odontologia	622 h*	3.478 h	4.100 h
7. Psicologia	622 h*	3.478 h	4.100 h
8. Serviço social	622 h*	3.478 h	4.100 h

Fonte: elaboração INCA.
Nota: *182 h dedicadas ao TCR.

Quadro 4 – Distribuição da carga horária das atividades curriculares eletivas

Atividades curriculares eletivas	Ano	Atividade prática e atividade teórico-prática
Participação em eventos	R1/R2	Até 80 h
Grupo de Reflexão	R1/R2	Até 120 h
Estágio opcional externo	R2	Até 240 h
Estágio opcional interno*	R2	Até 440 h
TOTAL		Até 440 h

Fonte: elaboração INCA.
Nota: *a ser realizado em substituição ou em complementação à CH destinada às demais atividades curriculares eletivas.

ANEXO B – Instrumento para registro de atividades práticas (RAP) 2019

REGISTRO DE ATIVIDADES PRÁTICAS CATEGORIA PROFISSIONAL	
RESIDENTE:	**MÓDULO:**
PRECEPTOR(ES):	**CAMPO DE PRÁTICA:**
TURMA:	**PERÍODO:**

ATIVIDADES	PROCEDIMENTOS	PONTOS A SEREM CONSIDERADOS NA AVALIAÇÃO
1-	1-	
	2-	
	3-	
2-	1-	
	2-	
	3-	
3-	1-	
	2-	
	3-	
4-	1-	
	2-	
	3-	
...	1-	
	2-	
	3-	

ATITUDES ESPERADAS

RESPONSABILIDADE	Capacidade de assumir as atribuições e as consequências dos atos que pratica.
TRABALHO EM EQUIPE	Capacidade de atuar em cooperação, coordenando esforços na equipe para alcançar os melhores resultados.
CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL	Capacidade de interagir de maneira ética e compreensível com os demais membros da equipe e usuários, por meio escrito e oral.
RELAÇÕES INTERPESSOAIS	Capacidade de manter cordialidade e respeito no relacionamento com seus pares, superiores e usuários no decorrer do processo.

REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA APRENDIZAGEM

ATIVIDADE	**PROCEDIMENTOS**
1-	1-
	2-
	3-
ALCANCE DOS OBJETIVOS (CONSIDERAR AS ATITUDES ESPERADAS)	
DATA	SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE ( ) NÃO SE APLICA ( ) CONSIDERAÇÕES E ASSINATURA DO PRECEPTOR: CONSIDERAÇÕES DO RESIDENTE: ( ) DE ACORDO ( ) NÃO CONCORDO. JUSTIFIQUE. ASSINATURA DO RESIDENTE:
DATA	SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE ( ) NÃO SE APLICA ( ) CONSIDERAÇÕES DO PRECEPTOR E ASSINATURA DO PRECEPTOR: CONSIDERAÇÕES DO RESIDENTE: ( ) DE ACORDO ( ) NÃO CONCORDO. JUSTIFIQUE. ASSINATURA DO RESIDENTE:

REGISTRO DE ATIVIDADES PRÁTICAS CATEGORIA PROFISSIONAL	
RESIDENTE:	**MÓDULO:**
PRECEPTOR(ES):	**CAMPO DE PRÁTICA:**
TURMA:	**PERÍODO:**

SÍNTESE DA SITUAÇÃO DE APRENDIZAGEM DO RESIDENTE

AUTOAVALIAÇÃO DO RESIDENTE: (considerar facilidades e dificuldades encontradas para a evolução de seu aprendizado; limites e possibilidades para a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos)

APTO PARA PROGRESSÃO?

SIM ( ) NÃO ( )

ASSINATURA(S) /CARIMBO DO(S) PRECEPTOR(ES):

ASSINATURA DO RESIDENTE:

ANEXO C – Instrumento para registro de atividades práticas (RAP) 2025

AVALIAÇÃO DISCENTE

REGISTRO DE ATIVIDADES PRÁTICAS CATEGORIA PROFISSIONAL XXXXXXX	
RESIDENTE:	**MÓDULO:**
TURMA:	**CAMPO DE PRÁTICA:**
PRECEPTOR(ES):	Período *1: ___/___/_____ a ___/___/_____ Período *2: ___/___/_____ a ___/___/_____ Período *3: ___/___/_____ a ___/___/_____

ESCALA DE ATITUDES	AVALIAÇÃO*1	AVALIAÇÃO*2	AVALIAÇÃO*3
RELAÇÕES INTERPESSOAIS com a **equipe multiprofissional**: capacidade de manter cordialidade e respeito, atuar em cooperação com a equipe (seus pares e demais profissionais), coordenando esforços para alcançar os melhores resultados, com respeito, ações cooperativas, ética e comunicação eficiente.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
RELAÇÕES INTERPESSOAIS com os **pacientes e cuidadores**: **-** Capacidade de manter cordialidade, ética e respeito no relacionamento com os usuários e/ ou acompanhantes, assim como prezar pelo cuidado e por uma comunicação eficiente.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
RELAÇÕES INTERPESSOAIS com **equipe docente e preceptora:** Capacidade de manter cordialidade e respeito com docentes, preceptores e tutores. Aceitação de críticas e sugestões.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
COMPROMETIMENTO/RESPONSABILIDADE Capacidade de assumir as atribuições e as consequências dos atos que pratica.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
ASSIDUIDADE Comprometimento com as escalas do serviço.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
PONTUALIDADE Comprometimento com os fluxos horários do serviço.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
AUTODESENVOLVIMENTO - Interesse em aprimorar sua formação e habilidade técnica. Sugestões e contribuições para a melhoria dos processos de trabalho. Desenvolvimento de habilidades em comunicação verbal e não-verbal.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
AUTONOMIA - Iniciativa e proatividade. Capacidade de tomar decisões e atuar de forma pertinente ao fluxo dos serviços e em consonância com as orientações recebidas.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4

COMPETÊNCIAS GERAIS	AVALIAÇÃO*1	AVALIAÇÃO*2	AVALIAÇÃO*3
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4

ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO RODÍZIO	AVALIAÇÃO*1	AVALIAÇÃO*2	AVALIAÇÃO*3
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4

ATIVIDADES CIENTÍFICAS	AVALIAÇÃO*1	AVALIAÇÃO*2	AVALIAÇÃO*3
Apresentação e discussão de artigos científicos - Capacidade de síntese e clareza na comunicação acerca do conteúdo, com pertinência das observações sobre o tema.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
Apresentação de casos clínicos ou aulas temáticas - Clareza e síntese na apresentação de casos clínicos.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4
Participação em rounds de discussão clínica ou clínica ampliada. - Clareza e síntese na discussão casos clínicos com a equipe sobre dúvidas pertinentes.	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4	N/A 0 1 2 3 4

Observações:

REGISTRO DE ATIVIDADES PRÁTICAS CATEGORIA PROFISSIONAL XXXXX	
RESIDENTE:	**MÓDULO:**
TURMA:	**CAMPO DE PRÁTICA:**
PRECEPTOR(ES):	**DATA:**

Síntese da situação de aprendizagem do residente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Considerações para o próximo rodízio:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Autoavaliação do residente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Situação final: ( ) apto para prosseguimento ( ) prosseguimento mediante reorientação de aprendizagem ( ) não apto para prosseguimento

Assinaturas: Preceptor(es): _____ Residente: _____

VALOR	RUBRICAS
N/A	Não avaliado no período/ Não se aplica
0	Residente não realiza atividades propostas mesmo sob orientação OU não apresenta as atitudes esperadas quanto à prática profissional.
1	Residente demonstra dificuldade para realizar as atividades propostas, necessitando de orientação constante OU não apresentou as atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo somente após realização de atividades de reorientação, com comprovada evolução na aprendizagem.
2	Residente cumpriu as atividades propostas de acordo com os protocolos estabelecidos, necessitando de ajustes, e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo.
3	Residente cumpriu as atividades de acordo com os protocolos estabelecidos e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo.
4	Residente cumpriu as atividades propostas com excelência e apresentou atitudes esperadas quanto à prática profissional, estando apto a seguir para o próximo rodízio/campo.

MÍNIMO NÍVEL 2 EM CADA ITEM AVALIADO PARA PROGRESSÃO DE RODÍZIO.

ANEXO D – Módulos e campos de prática Enfermagem, Odontologia e Serviço Social

Quadro 1 - Enfermagem

Módulos práticos	CH T	CH TP	CH P
Módulo I – Processos assistenciais de enfermagem no tratamento clínico ao adulto e ao idoso **Objetivo**: aplicar os conhecimentos teóricos inerentes ao enfermeiro na assistência na área de cancerologia clínica **Campos de prática**: ambulatório de cateter, hemoterapia, oncologia clínica e hematologia (TCTH), quimioterapia, radioterapia, radioiodoterapia e braquiterapia	–	–	1.050 h
Módulo II – Processos assistenciais de enfermagem no tratamento cirúrgico ao adulto e ao idoso **Objetivo**: aplicar os conhecimentos teóricos inerentes ao enfermeiro na assistência na área de cancerologia cirúrgica **Campos de prática**: ginecologia, urologia, mastologia, TOC, neurocirurgia, cabeça e pescoço, abdominopélvica e tórax	–	–	1.436 h
Módulo III – Processos assistenciais de enfermagem em cuidados paliativos ao adulto e ao idoso **Objetivo:** aplicar os conhecimentos teóricos inerentes ao enfermeiro na assistência em cuidados paliativos em oncologia **Campos de prática**: ambulatório, posto avançado, assistência domiciliar, internação hospitalar	–	–	342 h
Módulo IV – Processos assistenciais de enfermagem ao paciente crítico adulto e idoso **Objetivo**: aplicar os conhecimentos teóricos inerentes ao enfermeiro na assistência ao paciente em tratamento crítico **Campo de prática**: CTI adulto	–	–	230 h
Módulo V – Processos assistenciais de enfermagem no tratamento ao paciente pediátrico clínico, cirúrgico, paliativo e crítico **Objetivo**: aplicar os conhecimentos teóricos inerentes ao enfermeiro na assistência ao paciente com as principais neoplasias que acometem a criança e o adolescente, em toda a linha do cuidado pediátrico **Campos de prática**: enfermaria de oncologia pediátrica, enfermaria de hematologia pediátrica, ambulatório de onco-hematologia pediátrica, emergência pediátrica e CTI pediátrico	–	–	420 h
Total	**622 h**	**3.478 h**	

Fonte: elaboração INCA.

Quadro 2 - Odontologia

Módulos práticos	CH T	CH TP	CH P
Módulo I – Atendimento odontológico **Objetivo**: prestar atendimento odontológico ao paciente oncológico **Campos de prática**: ambulatório de odontologia, enfermarias do HC I, Cemo, CTI, UPO	–	–	2.510 h
Módulo II – Casos clínicos **Objetivo**: demonstrar autonomia na tomada de decisões, na solução de problemas e no conhecimento referente ao atendimento odontológico **Campo de prática**: ambulatório de odontologia	–	100 h	–
Módulo III – Clube de revista **Objetivo**: realizar avaliação crítica da metodologia científica **Campo de prática**: COPQ	–	100 h	–
Total	**622 h**	**3.478 h**	

Fonte: elaboração INCA.

Quadro 3 - Serviço Social

Módulos práticos	CH T	CH TP	CH P
Módulo I – Processo de trabalho em saúde: a intervenção do serviço social a partir das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa I **Objetivo**: reconhecer o campo teórico-prático do assistente social em oncologia **Campos de prática**: clínicas de cabeça e pescoço, abdômen, pediatria, oncologia, hematologia (HC I), clínicas de TOC e ginecologia (HC II), cuidados paliativos (HC IV)	–	1.661 h	–
Módulo II – Processo de trabalho em saúde: a intervenção do serviço social a partir das dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa II **Objetivo**: desenvolver as dimensões técnico-operativa, teórico--metodológica e ético-política do assistente social **Campos de prática**: fixação na clínica escolhida (cabeça e pescoço, abdômen, pediatria, oncologia, hematologia, TOC, ginecologia e cuidados paliativos)	–	220 h	818 h
Módulo III – Serviço social e oncologia: especificidades da prática profissional **Objetivo**: aplicar os conhecimentos na área da saúde, tendo o campo oncológico como espaço de atuação do assistente social **Campos de prática**: coleta de dados para o TCR, fixação na clínica escolhida (cabeça e pescoço, abdômen, pediatria, oncologia, hematologia, TOC, ginecologia e cuidados paliativos)	–	100 h	679 h
Total	**622 h**	**3.478 h**	

Fonte: elaboração INCA.