

Avaliação na Residência Médica

Guia Téorico-Prático

2025

ISBN 978-65-01-49308-4

Avaliação na Residência Médica: Guia Teórico-Prático

Tiragem: 1ª edição - 2025 - versão eletrônica

Distribuição:

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)
Avenida Marechal Câmara, 160 - Sala 321
CEP: 20020-080 | Rio de Janeiro – RJ
Site: www.sbmfc.org.br

Editores: Leonardo de Andrade Rodrigues Brito e Ugo Caramori

Autores: Leonardo de Andrade Rodrigues Brito, Ugo Caramori e Andrea Taborda Ribas da Cunha

Projeto Gráfico e Diagramação: Ugo Caramori

Revisão: Andrea Taborda Ribas da Cunha e Ugo Caramori

Como citar esta obra: Brito L de AR, Caramori U e Cunha ATR. Avaliação na Residência Médica: Guia Teórico-Prático. Rio de Janeiro, RJ; 2025. ISBN 978-65-01-49308-4

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brito, Leonardo de Andrade Rodrigues
Avaliação na residência médica [livro
eletrônico] : guia teórico-prático / Leonardo de
Andrade Rodrigues Brito, Ugo Caramori, Andrea Taborda
Ribas da Cunha. -- Rio de Janeiro : Ed. dos Autores,
2025.

PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-01-49308-4

1. Educação médica 2. Medicina - Estudo e ensino
3. Residentes (Medicina) - Treinamento - Avaliação
I. Caramori, Ugo. II. Cunha, Andrea Taborda Ribas da.
III. Título.

25-274952

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação médica 610.7

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415



A obra “Avaliação na Residência Médica: Guia Teórico-Prático” (2025) pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) está licenciada sob a Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Essa licença permite que o material seja compartilhado, desde que seja dado o devido crédito aos autores e à SBMFC, seja fornecido um link para a licença e seja indicado se houve alguma modificação, sem, no entanto, sugerir qualquer tipo de endosso pelo licenciador. O uso para fins comerciais não é permitido, assim como qualquer modificação, remixagem ou transformação do conteúdo original, sendo vedada a distribuição de versões alteradas. Além disso, nenhuma restrição legal ou tecnológica pode ser imposta para limitar os direitos garantidos por essa licença, assegurando a disseminação do conhecimento ao mesmo tempo em que protege a integridade da obra e os direitos dos autores e da SBMFC.

PREFÁCIO

Avaliar não é somente medir. **É escutar com atenção.** É abrir espaço para que cada trajetória formativa seja vista por inteiro. A avaliação é uma potente ferramenta de cuidado com o aprendizado. Não qualquer avaliação, mas aquela que lança luz sobre os caminhos, que convida à escuta e à reflexão.

A avaliação caminha ao lado do aprendiz, apoiando seu trajeto próprio, rumo a um destino comum: a formação profissional com sentido, qualidade e compromisso. No percurso desta escrita, tomamos como princípio a ideia de que nenhuma ferramenta, sozinha, dá conta do todo. Por isso, reunir múltiplas formas de olhar para a prática clínica, sabendo que é no cruzamento dessas lentes que se revela a trajetória do profissional em formação rumo à prática com autonomia. **Avaliar bem exige um compromisso coletivo.**

Exige que cada agente da formação reconheça que ensinar e aprender são atos entrelaçados, contínuos e profundamente humanos. Esperamos que este material seja mais que um repositório de instrumentos. Que ele seja um convite à construção de processos significativos, sensíveis e que orientem a aprendizagem.

Que cada leitora e leitor possa se reconhecer e encontrar algo que inspire sua prática, contribuindo para que a **avaliação seja um ato de confiança e esperança no futuro.**

Leonardo Brito e Ugo Caramori

Editores - Avaliação na Residência Médica: Guia Teórico-Prático

SUMÁRIO

Introdução	6
Conceitos de uma boa avaliação	6
Sistemas de Avaliação	7
Modelo PROFILE.....	8
Feedback	9
Definição e elementos do feedback efetivo.....	9
Erros e vieses comuns no feedback.....	10
Modelos de feedback.....	10
Modelo ADAPT.....	10
Modelo R2C2.....	11
Avaliação e EPAs	12
Avaliação no local de trabalho	13
Apoiando a tomada de decisões: quatro principais fontes de informação.....	13
Observação Direta.....	13
Conversas Clínicas Estruturadas.....	13
Observação Longitudinal.....	14
Avaliação de Desfechos do Cuidado.....	14
Erros e vieses comuns na avaliação no local de trabalho.....	14
Estratégias para mitigar de vieses e melhorar a qualidade das avaliações	16
Construção e Organização de Comitês de Avaliação	18
Composição e perfil dos membros.....	18
Estrutura e funcionamento dos Comitês de Avaliação.....	19
Recomendações para Implementação de Comitês de Avaliação.....	20

Métodos de Avaliação	21
Avaliação Teórica	22
Very-Short-Answer Questions (VSAQs).....	22
Multiple Choice Questions (MCQs).....	23
Modified Essay Questions (MEQs).....	24
<i>Guia para Redação de Questões - NBME</i>	25
Avaliação Prática	26
Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX).....	26
Long Case.....	28
Direct Observation of Procedural Skills (DOPS).....	30
Discussão Baseada em Casos (DBC).....	32
Avaliação Atitudinal	33
Professionalism in Medical Education Examination (PMEX).....	33
Portfólio.....	35
Logbook.....	36
Conceito Global.....	37
Multisource Feedback (360).....	38
Referências do Guia	39

Introdução

A educação médica tem passado por transformações significativas, buscando abordagens que preparem os futuros médicos de forma mais alinhada às demandas da prática profissional real. Nesse contexto, o ensino baseado em competências ganhou destaque, e as **Entrustable Professional Activities (EPAs)** emergiram como um componente fundamental para estruturar tanto o currículo quanto a avaliação¹.

As **EPAs** são definidas como unidades de prática profissional que representam atividades essenciais, observáveis e que permitem a atribuição de confiança da atuação do médico especialista. Elas organizam a formação por meio de uma progressão supervisionada rumo à autonomia, tornando mais tangível a avaliação por competências. A elaboração e a execução de ações concisas no âmbito de um currículo baseado em competências — incluindo práticas de ensino-aprendizagem, oferta de ambientes educacionais e sistema de avaliação — são indispensáveis para a implementação efetiva das **EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade**².

Este guia apresenta uma abordagem conceitual e prática para a construção de um sistema de avaliação, orientando a seleção de métodos avaliativos diversos e coerentes com as exigências da prática em serviço em programas de residência médica.

Conceitos de uma boa avaliação

Avaliação não é apenas medir desempenho: é um processo com finalidades diagnósticas, educacionais e decisórias. Sob a perspectiva das EPAs, a avaliação permite subsidiar decisões de atribuição de confiança, ou seja, definir o nível de supervisão adequado para cada residente na execução de atividades profissionais³. Segundo os **critérios de Ottawa**, consensuados entre especialistas, uma boa avaliação é aquela que apresenta^{3,4}:

Validade ou Coerência: os resultados são apropriados para um propósito específico, sendo demonstrados evidências coerentes

Confiabilidade ou Consistência: os resultados da avaliação seriam os mesmos se repetidos sob circunstâncias semelhantes.

Viabilidade: a realização é prática, realista e sensata, dadas as circunstâncias, recursos, tempo e o contexto.

Efeito Educacional: motiva aqueles que a realizam a terem benefícios educacionais.

Efeito Catalítico: induz o desenvolvimento da qualidade educacional.

Aceitabilidade: é valorizada por educadores e aprendizes

Sistemas de Avaliação

Competências são um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizados para o desempenho em contextos específicos. Diante dessa complexidade, sua avaliação não pode se basear em instrumentos isolados, pois métodos únicos geralmente são incapazes de captar todas essas dimensões, tornando necessária a utilização de múltiplas medidas. Aderir a diferentes instrumentos é um passo importante; no entanto, essas medidas são frequentemente aplicadas de forma fragmentada e desarticulada. Nessas circunstâncias, é comum que sejam simplesmente combinadas para fundamentar decisões somativas, com pesos atribuídos de maneira arbitrária.

Um **sistema de avaliação**, por sua vez, propõe integrar diferentes métodos, momentos e fontes de informação de modo coordenado e intencional, com propósitos claramente definidos, como monitorar o progresso, fornecer feedback e orientar decisões⁵. Essa integração busca atender a distintas finalidades, sejam elas formativas e/ou somativas, relacionadas à determinação da progressão dos estudantes. Essencialmente, um sistema de avaliação se caracteriza ao ser:

- **Coerente**, alinhando os propósitos e instrumentos de avaliação utilizados;
- **Contínuo**, com coleta ao longo do tempo;
- **Abrangente**, cobrindo domínios cognitivos, afetivos e psicomotores;
- **Feito sob medida** ao contexto local, necessidades do programa e dos residentes;
- **Aceito** pelos atores envolvidos;
- **Transparente** e que busque minimizar vieses.

O uso combinado dos conceitos e métodos apresentados neste guia permite desenvolver práticas de avaliação capazes de captar múltiplas dimensões do desempenho profissional e fundamentar, com maior segurança, por meio da triangulação de dados, as decisões formativas e somativas. A articulação dos métodos sob a lógica de um sistema de avaliação possibilita avaliar, de forma mais eficiente, uma gama variada de conhecimentos, habilidades e atitudes, ao mesmo tempo em que favorece a aprendizagem e assegura a qualidade das decisões. É essencial compreender esses conceitos antes da escolha dos métodos, assegurando seu uso integrado e o alinhamento aos propósitos educacionais e ao desenvolvimento das competências.

Modelo PROFILE

Um sistema de avaliação efetivo exige monitoramento contínuo. Nesse sentido, o modelo **PROFILE**⁶ tem sido proposto como estrutura para análise da qualidade do próprio sistema avaliativo. Supervisores, preceptores e residentes podem se valer deste modelo para examinar aspectos fundamentais como foco programático, autenticidade, impacto e engajamento



PROFILE

P é Programme-focused: capacidade do sistema de produzir decisões baseadas na agregação e análise longitudinal de múltiplas evidências

R é Real world: avaliações válidas e autênticas, centradas na capacidade do estudante atuar como profissional de saúde em contextos reais

O é Outcome or competency-based: demanda mapeamento explícito das avaliações em relação ao currículo e as competências esperadas.

F é Feedback and formative: feedback estruturado e direcionado ao estudante, promovendo a “avaliação para a aprendizagem”.

I é Impact: considera os efeitos da avaliação sobre o comportamento dos estudantes e as decisões curriculares.

L é Learner engagement: avalia o envolvimento dos estudantes como parceiros ativos na construção e execução dos processos avaliativos.

E é Evaluation of the assessment: enfatiza a necessidade de mecanismos internos de controle de qualidade do próprio sistema de avaliação.

Feedback

O feedback é uma ferramenta central no desenvolvimento profissional. Para que seja efetivo, deve ser oportuno, específico, focado em comportamentos observáveis e baseado em uma relação de confiança entre educadores e residentes^{7,8}. Antes de oferecer feedback, recomenda-se:

- **Observar** diretamente consultas ou possuir dados objetivos da prática do residente (como registros de prontuário ou avaliações prévias);
- **Escolher** um ambiente privado e o máximo possível livre de interrupções;
- **Convidar** para o feedback e estabelecer uma relação de escuta e respeito mútuo;
- **Incentivar** a autoavaliação como ponto de partida para a conversa.

Definição e elementos do feedback efetivo

Para ser eficaz, o feedback deve estimular a reflexão e o aprimoramento do desempenho. Para tanto, é fundamental que seja específico, claro e centrado em comportamentos observáveis, além de se basear em evidências da prática do residente. Adicionalmente, o feedback deve sempre culminar em um plano de ação colaborativo entre educador e residente, com a definição de um prazo para a revisão desse plano ou para uma reavaliação dos pontos de melhoria discutidos.

Elementos do FEEDBACK EFETIVO

RESPEITOSO	Os participantes estão abertos às contribuições uns dos outros e se comunicam respeitosamente.
OPORTUNO	É realizado o mais próximo possível ao evento de avaliação
ESPECÍFICO	Indica claramente o que foi feito bem e o que precisa ser melhorado
FUNDAMENTADO	Baseado em observação diretas de consultas ou registros consistentes de avaliações prévias
EQUILIBRADO	Aponta tanto as forças quanto os pontos de melhoria
DIALOGADO	Estimula a participação ativa do residente, convidando-o a explorar o sentido prático do feedback.
PLANO CONCRETO	Constrói um plano e ação realista e exequível

Brito (2025)

Erros e vieses comuns no feedback

Para evitar erros e vieses no feedback, pratique escuta ativa, ancore a discussão em comportamentos observados, valide percepções com o residente e conclua com um plano de ação claro com tempo de reavaliação estabelecido. Alguns obstáculos ao feedback efetivo incluem^{7,8}:

- Não oferecer feedback por receio de causar desconforto ao residente;
- Ser vago, com comentários genéricos como "precisa melhorar", ao invés de focar em comportamentos específicos;
- Focar em características pessoais em vez de comportamentos;
- Ignorar a perspectiva do residente;
- Deixar de construir um plano ou não realizar seguimento do plano estabelecido.

Modelos de feedback

Modelo ADAPT

O modelo **ADAPT (Ask-Discuss-Ask-Plan Together)** é voltado para interações breves, centradas no diálogo e baseadas na relação entre preceptor e residente. Estimula o engajamento e a autonomia do residente, promovendo autorreflexão e a construção conjunta de metas de aprendizagem.^{7,9}:

Ask (Pergunte): iniciar perguntando ao residente como ele avalia sua própria atuação.
Como você avalia sua consulta com o paciente hoje?

Discuss (Discuta): discutir o que foi observado, destacando pontos fortes e aspectos a melhorar.
Percebi que você identificou muito bem a queixa do paciente, mas houve pouca exploração do 'SIFE' no início da consulta, o que comprometeu o uso do Método Clínico Centrado na Pessoa?

Ask again (Pergunte novamente): perguntar ao residente o que ele acredita que pode fazer para melhorar.
Como você acredita que poderia incorporar isso em atendimentos futuros?

Plan Together (Planejem juntos): finalizar elaborando um plano de ação conjunto e factível.
Vamos combinar de observar esse aspecto novamente na próxima semana e refletir juntos sobre o progresso.

Modelo R2C2

O modelo R2C2 (**R**apport-**R**eaction-**C**ontent-**C**oaching) também é muito útil e prático de ser utilizado. O R2C2 valoriza o componente emocional do feedback e fortalece a confiança entre preceptor e residente. É dividido em quatro etapas¹⁰:

Rapport Ask (Pergunte): criar uma relação de confiança, estabelecendo abertura e segurança psicológica
Quero conversar com você sobre seu progresso. Esse é um espaço para refletirmos juntos, tudo bem?

Reaction (Reações): explorar as reações iniciais do residente aos dados.
Como você entende sua performance nas suas últimas avaliações em campo de prática?

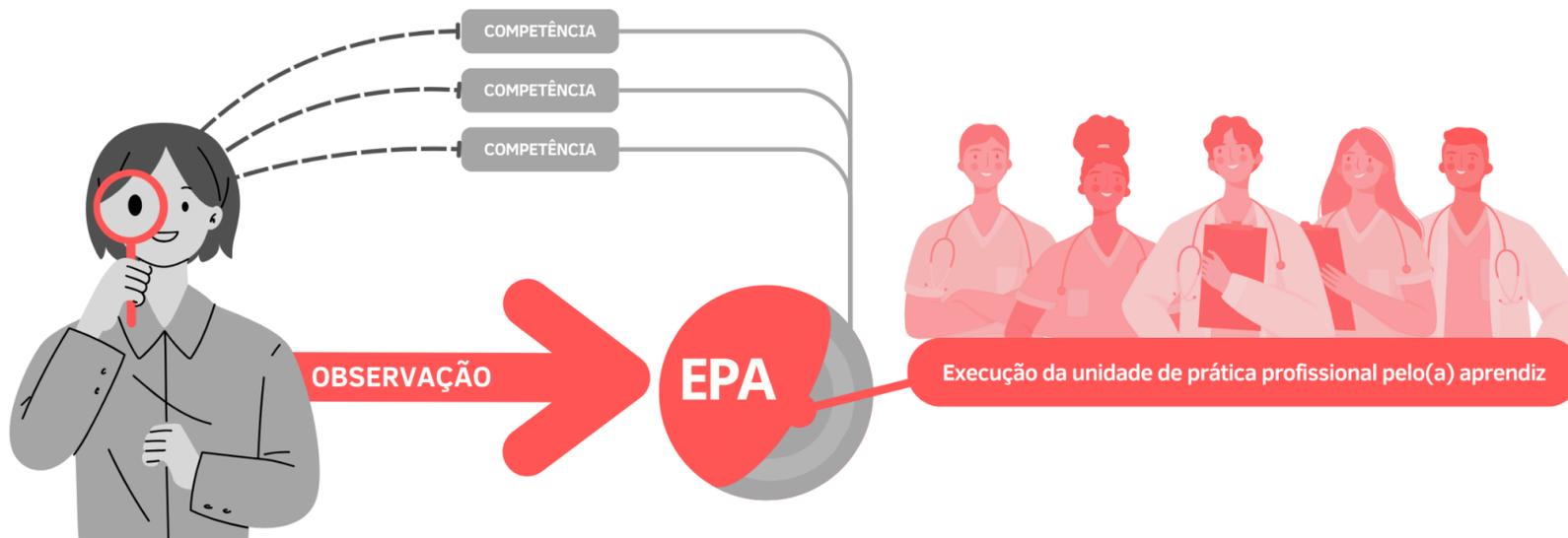
Content (Conteúdo): discutir o conteúdo da avaliação, buscando entender padrões de desempenho
Observei que vários colegas destacaram sua boa comunicação com a equipe, mas apontaram dificuldades na organização do raciocínio clínico.

Coaching (Planejamento): propor estratégias práticas de mudança e elaborar metas concretas
Que tal usarmos o guia Calgary-Cambridge na observação das próximas consultas e avaliarmos juntos sua evolução?



Avaliação e EPAs

As EPAs situam a avaliação na prática, sendo uma unidade concreta de observação e julgamento. **Avaliar um residente através das lentes de uma EPA implica em analisar se ele será atribuído com confiança para realizar a EPA em questão com menor ou nenhuma supervisão, integrando os domínios de competência nela envolvidos^{1,2}.**



Adaptado de ten Cate (2020) por Caramori (2025)

As EPAs, portanto, não substituem os instrumentos de avaliação, mas orientam seu uso: o **"o quê" avaliar vem das EPAs**; o **"como" avaliar** depende da **seleção adequada dos métodos¹**. O uso dos métodos exemplificados neste guia permite documentar observações no campo, com referência direta às EPAs. Isso potencializa o efeito educacional, aumenta a validade e favorece a tomada de decisão compartilhada entre preceptores e **Comitês de Avaliação**.

Ao longo deste guia, serão apresentados **os principais métodos de avaliação compatíveis com a proposta das EPAs**, com orientação sobre sua aplicação, critérios de qualidade e exemplos práticos, apoiando os programas de residência na construção de sistemas de avaliação mais robustos, justos e coerentes com a prática

Avaliação no local de trabalho

Apoiando a tomada de decisões: quatro principais fontes de informação

A avaliação baseada no local de trabalho é um pilar essencial para sustentar decisões de atribuição de confiança na formação médica. Um sistema confiável de tomada de decisão baseado por EPAs deve se fundamentar na integração de múltiplas fontes de avaliação, com atenção à qualidade da coleta de dados e à agregação longitudinal de informações sobre o desempenho¹¹.

Observação Direta

A observação direta continua sendo o pilar da avaliação no local de trabalho. Trata-se da avaliação estruturada do desempenho clínico do residente em atividades reais de cuidado, realizada por preceptores experientes. Essa observação deve ir além do julgamento geral, buscando identificar comportamentos observáveis e competências específicas. A observação direta é especialmente útil para capturar aspectos técnicos, comunicacionais e de tomada de decisão em tempo real. Quanto mais frequente, maior a validade e a confiabilidade do sistema de avaliação.

Conversas Clínicas Estruturadas

Discussões estruturadas são conversas guiadas entre preceptor e residente que permitem explorar a tomada de decisão clínica e os fundamentos que sustentam as condutas adotadas. Destacamos a **Entrustment-Based Discussion (EBD)**, similar à Discussão Baseada em Casos, descritas neste material, são centradas na reflexão sobre o desempenho em tarefas específicas, com ênfase na prontidão para atuar com menor supervisão. A **EBD** é dividida em quatro passos práticos, sendo eles:

1. Solicite para o residente explicar a atividade a ser realizada, considerando passo a passo e contando de experiências prévias
2. Discutir as indicações e o racional associado à atividade realizada
3. Pedir para o residente discutir as consequências e riscos associados à atividade
4. Discutir como o residente faria em contextos diferentes (diferentes pacientes, cenários e achados clínicos)

Observação Longitudinal

Trata-se da percepção acumulada sobre o residente ao longo do tempo, integrando múltiplas interações no campo de prática. Preceptores que acompanham os residentes longitudinalmente desenvolvem uma compreensão mais holística sobre sua progressão, postura profissional, consistência e capacidade de resposta a feedbacks. Esse tipo de avaliação tem **valor singular em programas de Medicina de Família e Comunidade**, nos quais o vínculo longitudinal entre residente, equipe e população favorece o julgamento progressivo da autonomia do residente.

Avaliação de Desfechos do Cuidado

Além das avaliações baseadas no comportamento, os desfechos do cuidado prestado também constituem uma importante fonte de informação. Esses dados, quando bem contextualizados, podem refletir a qualidade do cuidado prestado e fornecer subsídios adicionais para avaliar a efetividade da atuação do residente na prática real. Esses desfechos podem ser avaliados de forma indireta, por meio de: qualidade das anotações em prontuário, relatos de experiência do paciente (satisfação, escuta) e dados de coordenação do cuidado.

Erros e vieses comuns na avaliação no local de trabalho

A avaliação realizada no contexto do local de trabalho está sujeita a diferentes tipos de vieses e erros sistemáticos que podem comprometer sua validade e confiabilidade. **Um dos principais problemas identificados na literatura é o uso de padrões variáveis de avaliação.** Avaliadores frequentemente constroem seus critérios de julgamento de forma intuitiva e baseada na experiência pessoal, o que resulta em considerável variabilidade entre observadores.

Alguns educadores adotam um **padrão normativo**, comparando o desempenho do residente ao de outros colegas no mesmo estágio de formação. No entanto, é comum que haja incerteza sobre qual proficiência é esperada em cada fase do treinamento, o que dificulta a consistência da avaliação. Ainda mais frequente é o uso do **autorreferenciamento como critério**, em que o avaliador compara o desempenho do residente com o que ele próprio faria ou esperaria de si mesmo em situação semelhante.

Outro erro recorrente consiste em avaliações globais e genéricas, nas quais o residente é avaliado de forma abrangente, sem distinção entre diferentes dimensões do desempenho clínico. Isso dificulta a identificação de áreas específicas de desenvolvimento e compromete a oferta de feedback construtivo e direcionado.

O reconhecimento explícito dessas limitações é um passo fundamental para o fortalecimento dos sistemas de avaliação, especialmente no contexto das decisões de atribuição de confiança e progressão da autonomia profissional^{12,13}. Alguns fatores contextuais também influenciam negativamente a confiabilidade, sendo exemplos deles:

- **Falta de treinamento dos avaliadores:** A ausência de formação específica sobre o uso de instrumentos avaliativos leva a variações importantes nas interpretações dos critérios de avaliação.
- **Contexto da avaliação:** O ambiente em que a avaliação ocorre, como pressões de tempo ou carga assistencial elevada, pode afetar o julgamento dos preceptores.
- **Falta de alinhamento nos critérios:** Quando os critérios de avaliação não são claramente definidos ou compreendidos pelos avaliadores, aumentam as chances de julgamentos inconsistentes.

Com base na literatura disponível, destacam-se os seguintes alguns vieses para os quais os avaliadores devem estar atentos:

- **Efeito de contraste:** A avaliação de um determinado residente pode ser alterada de acordo com uma avaliação recente de outro residente. Como exemplo, com residente com avaliação mediana pode ser pior avaliado por um preceptor que acabou de avaliar um residente com excelente desempenho na mesma tarefa.
- **Efeito de recência:** A avaliação é influenciada desproporcionalmente por eventos recentes, ignorando o desempenho ao longo do tempo.
- **Efeito Gestalt:** O avaliador permite que uma impressão geral (positiva ou negativa) sobre o residente influencie todas as dimensões da avaliação, distorcendo a percepção do desempenho real.
- **Avaliador leniente ou severo:** A tendência de alguns avaliadores em atribuir sistematicamente notas mais altas (leniência) ou mais baixas (severidade), independentemente do desempenho real do residente.
- **Centralização:** Preferência por atribuir notas medianas, evitando extremos, mesmo quando o desempenho justifica uma nota mais alta ou mais baixa.
- **Viés de similaridade:** O avaliador favorece residentes com estilos, comportamentos ou valores semelhantes aos seus próprios. Tem que se ter especial atenção neste viés quando avalia-se populações com representação minoritária nos programas de residência.

Estratégias para mitigar de vieses e melhorar a qualidade das avaliações

Apesar de inevitáveis em algum grau, os erros e vieses nas avaliações práticas podem ser significativamente mitigados por meio de estratégias deliberadas e baseadas em evidências. A seguir, são descritas ações que contribuem para aumentar a validade e confiabilidade das avaliações no contexto da prática clínica^{12,13}.

Capacitação contínua dos avaliadores

A ausência de treinamento contribui significativamente para a inconsistência avaliativa, mesmo entre preceptores experientes. Desse modo, a formação sistemática dos avaliadores é uma das medidas mais eficazes para reduzir vieses. Essa formação deve abranger:

- Compreensão dos objetivos da avaliação no modelo de EPAs;
- Reconhecimento dos principais vieses;
- Uso consistente dos critérios avaliativos e escalas de supervisão;
- Desenvolvimento de habilidades de observação e registro objetivo do desempenho.

Ampliação da amostragem avaliativa

Essa estratégia reduz o impacto de eventos isolados e favorece uma visão mais estável do desempenho do residente. A confiabilidade de uma avaliação aumenta com a multiplicidade de observações. Isso implica:

- Diversificação de contextos clínicos avaliados;
- Envolvimento de múltiplos avaliadores, no contexto de Comitês de Avaliação;
- Acompanhamento longitudinal do residente por parte dos preceptores.

Uso de instrumentos estruturados e claros: formulários ou guias avaliativos com descritores claros ajuda a reduzir a ambiguidade nos critérios, promovendo julgamentos mais objetivos. Ferramentas bem construídas especificam o que deve ser observado, orientam a coleta de dados sobre o desempenho e servem de apoio para feedback mais construtivo.

Valorização da longitudinalidade: a confiança necessária para decisões de atribuição de níveis de autonomia é melhor construída por meio da exposição contínua dos preceptores aos residentes ao longo do tempo. A recomendação é aumentar o número de observações e envolver avaliadores familiarizados com o contexto do residente.

Promoção de uma cultura avaliativa reflexiva: ambientes que incentivam o feedback contínuo e o diálogo avaliativo favorecem o aprimoramento tanto do residente quanto dos avaliadores. A reflexão crítica sobre o processo avaliativo ajuda a identificar e minimizar distorções cognitivas e emocionais

Decisões coletivas e Comitês de Avaliação: a realização de discussões em Comitês de Avaliação, contribui para diluir vieses individuais, integrar múltiplas fontes de avaliação e promover decisões mais fundamentadas e transparentes. Esses comitês são especialmente relevantes para decisões de autonomia e confiabilidade, pois oferecem robustez e equidade ao processo avaliativo. Os Comitês de Avaliação promovem melhor triangulação das informações e favorecem decisões compartilhadas, baseadas em padrões de desempenho, e não em impressões isoladas. Na seção a seguir descreveremos detalhes da construção e organização de um Comitê de Avaliação.

Construção e Organização de Comitês de Avaliação

Os **Comitês de Avaliação** são instâncias essenciais para decisões somativas no contexto de sistemas avaliativos estruturados por EPAs. Essas decisões são referidas na literatura como **Declarações de Atribuição de Autonomia (STAR - *Statements of Awarded Responsibility*)**, e devem impactar diretamente a prática dos residentes, definindo o nível de supervisão necessário para a realização de atividades profissionais específicas. Por isso, é fundamental que tais decisões sejam respeitadas nos campos de prática e devidamente comunicadas aos residentes, por meio de feedback estruturado e com a elaboração de um plano de desenvolvimento individual¹⁴.

Os Comitês de Avaliação devem ser **compostos por supervisores, preceptores e outros profissionais diretamente envolvidos na formação dos residentes**. Sua principal função é realizar uma análise integrada e longitudinal dos dados de desempenho, a fim de deliberar sobre a progressão de autonomia de cada residente e os níveis adequados de supervisão. A composição diversa desses comitês contribui para maior legitimidade nas decisões, maior confiabilidade e redução de vieses oriundos de avaliações isoladas^{14,15}.

A efetividade do Comitê de Avaliação depende do investimento na capacitação contínua de seus membros, especialmente no que se refere aos critérios que fundamentam as decisões de atribuição de confiança. É essencial que haja um modelo mental compartilhado sobre o que representa a prontidão para a autonomia profissional em cada EPA, considerando dimensões como integridade, responsabilidade, competência clínica e autorreflexão crítica por parte do residente¹⁴.

O funcionamento efetivo do Comitê de Avaliação depende ainda de apoio institucional concreto. Isso inclui a disponibilização de infraestrutura administrativa adequada para o desenvolvimento de suas atividades, a garantia de tempo protegido na carga horária dos membros para participação regular nas reuniões e o reconhecimento formal da atuação no comitê como uma atividade acadêmica relevante. Também é importante que haja definição de mandatos e mecanismos de renovação dos integrantes, de forma a assegurar a continuidade do trabalho, a manutenção da memória institucional e a incorporação de novas perspectivas e experiências^{14,15}.

Composição e perfil dos membros

O Comitê de Avaliação deve ser composto por **5 a 8 membros do corpo educacional do programa de residência médica, todos obrigatoriamente médicas ou médicos de família e comunidade, com expertise comprovada em educação médica**. É essencial que, até sua constituição, o programa tenha oferecido treinamento em educação médica aos membros, assegurando uma atuação alinhada a referenciais atualizados e sustentada por processos contínuos de desenvolvimento profissional.

Deve ser nomeada uma coordenação para organizar o processo de trabalho. Essa função não implica superioridade nas decisões, que devem ser sempre colegiadas, horizontais e participativas. Recomenda-se um mandato rotativo, com duração máxima de dois anos, favorecendo a renovação e o compartilhamento de responsabilidades. A coordenação dos Comitês de Avaliação possui como responsabilidades:

- ▶ Estimular a participação equânime entre os membros, garantindo a escuta de vozes menos experientes e das mais sêniores;
- ▶ Promover a análise crítica dos dados e incentivar a manifestação de diferentes interpretações;
- ▶ Nomear, quando possível, membros responsáveis por identificar vieses e provocar reflexões alternativas;
- ▶ Evitar fenômenos como pensamento grupal ou a diluição da responsabilidade entre os membros.

Estrutura e funcionamento dos Comitês de Avaliação

Para um funcionamento efetivo, o Comitê de Avaliação requer:

- ▶ Treinamento prévio acerca dos procedimentos e critérios para análise e julgamento dos dados de desempenho;
- ▶ Definição da periodicidade das reuniões, garantindo a regularidade do acompanhamento formativo;
- ▶ Organização prévia dos dados de avaliação por membros designados, para posterior análise coletiva;
- ▶ Uso de instrumentos de visualização de dados (*dashboards*) que facilitem a interpretação, reduzindo a sobrecarga cognitiva dos membros;
- ▶ Transparência nos processos decisórios, assegurando documentação escrita acerca das deliberações.

Recomendações para Implementação de Comitês de Avaliação

OBJETIVO	<input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar o programa de residência médica na tomada de decisões sobre o progresso de autonomia dos residentes baseado em EPAs
COMPOSIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 5 a 8 membros - incluir diferentes preceptores com envolvimento direto na supervisão <input checked="" type="checkbox"/> Médicas e médicos de família e comunidade <input checked="" type="checkbox"/> Designar coordenação para organizar sínteses estruturadas das avaliações antes da reunião
PERIODICIDADE	<input checked="" type="checkbox"/> Pelo menos 2 vezes ao ano; idealmente a cada 4 meses para adequação às normativas previstas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) - avaliação quadrimestral
ALINHAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Investir em capacitação da equipe em educação médica ênfase educação baseada por competências, avaliação e EPAs.
DOCUMENTAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar de forma clara as decisões tomadas, dados utilizados e argumentos que fundamentaram a deliberação
RESIDENTES	<input checked="" type="checkbox"/> Compartilhar decisões com os residentes acompanhadas de feedback estruturado e plano de desenvolvimento individual

Adaptado de Englander et al (2024) por Brito (2025)

Métodos de Avaliação

A apresentação dos métodos de avaliação neste guia segue a orientação da **Resolução CNRM nº 4, de 1º de novembro de 2023**, que estabelece três domínios principais para a avaliação dos residentes nos Programas de Residência Médica¹⁶:

- **Cognitiva (Teórica):** Avaliação do conhecimento teórico, correspondente aos temas abordados nas atividades teóricas, práticas e na área de atuação.
- **Psicomotora (Prática):** Avaliação do desempenho clínico e técnico por meio de observação direta e indireta no campo de prática.
- **Afetivo-Profissional (Atitudinal):** Avaliação das atitudes profissionais e comportamentos interpessoais, observados no cotidiano do serviço por preceptores e supervisores.

Essa divisão será utilizada para organizar os instrumentos descritos ao longo do guia. Cada método será classificado conforme o domínio predominante que contempla, reconhecendo que muitos instrumentos podem atravessar mais de uma dimensão de domínio avaliativo.

Os nomes dos instrumentos de avaliação foram mantidos em sua forma original, predominantemente em língua inglesa. Essa decisão se justifica pelo fato de que muitos desses instrumentos não possuem traduções oficialmente validadas e, além disso, são amplamente reconhecidos e utilizados na prática cotidiana por seus nomes originais.

Avaliação Teórica

Very-Short-Answer Questions (VSAQs)

Descrição: Instrumento de avaliação cognitiva podendo ser realizada de forma física ou digital com questões dirigidas para o estudante forneça uma resposta curta e escrita (geralmente de 1 a 5 palavras), sem opções de mais de uma resposta. Visa avaliar conhecimento ativo e raciocínio clínico.

Avaliam diretamente o conhecimento, sem pistas, promovem raciocínio clínico autêntico e respostas geradas pelo próprio estudante. Mais alinhadas à prática clínica real do que MCQs. Estudos mostram maior índice de discriminação e confiabilidade, e redução do viés do "chute". Este tipo de questão exige treinamento dos avaliadores para a escrita, havendo guias específicos, como o "Guia para Redação de Questões", de 2022, publicado pelo National Board of Medical Examiners (NBME). As VSAQs requerem correção manual, mas com uso de software ou rubricas bem definidas, torna-se eficiente. Promovem aprendizagem significativa, maior retenção e raciocínio clínico mais profundo por exigir geração ativa da resposta. Estudantes e docentes reconhecem o valor formativo, apesar do tempo maior de correção. Ganham aceitação com familiaridade crescente.

Exemplo de questão :

Vinheta: Jorge, homem cis, pardo, de 62 anos, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde com queixa de dor torácica aos esforços há 3 meses, com piora piorando nos últimos 5 dias. Ele é hipertenso, dislipidêmico e ex-tabagista. Ao exame, está hemodinamicamente estável. Pergunta: Qual é a principal hipótese diagnóstica para o quadro clínico apresentado?

Resposta esperada/rubrica: Angina instável (*Aceita-se como variação "doença arterial coronariana instável"*).

Referências:

- 17) Bala L, Thangaswamy CR, Surendran V, Shanmugam J, Devadoss S. Twelve tips for introducing very short answer questions (VSAQs) into your medical curriculum. Med Teach. 2023
- 18) Puthiarampil T, Rahman R. Impact of very short answer questions on student performance in medical biochemistry. BMC Med Educ. 2020
- 19) National Board of Medical Examiners (NBME). Guia para Redação de Questões. 6ª ed. Filadélfia: NBME; 2022.
- 20) Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011.

Multiple Choice Questions (MCQs)

Descrição: Questões de múltipla escolha com uma opção correta ou melhor resposta entre várias alternativas. São amplamente utilizadas para avaliar conhecimentos factuais e aplicação do conhecimento em larga escala. Estimulam memorização e reconhecimento e podem promover aprendizado superficial se mal utilizadas. As questões de múltipla escolha (Multiple Choice Questions – MCQs) devem ser construídas com clareza, foco e precisão. O enunciado precisa ser direto, evitando termos vagos ou imprecisos, e deve permitir que o estudante seja capaz de antecipar a resposta correta antes mesmo de ler as alternativas. Todas as opções devem ser homogêneas, ou seja, pertencentes à mesma categoria de resposta, facilitando uma análise coerente. As alternativas incorretas podem ser total ou parcialmente erradas, desde que consistentes com o nível de raciocínio esperado. Permitem ampla amostragem de conteúdo, mas podem gerar vieses por reconhecimento e *testwiseness* (estratégias do estudante para escolher a questão correta por pistas da questão, erros na redação ou estratégias de eliminação). São mais confiáveis em exames com grande número de questões bem construídas, sendo favorecida pela padronização. Por conta disso, também exige treinamento dos avaliadores para a construção de questões. Sua correção pode ser automatizada, tendo custo baixo e sendo de fácil implementação em larga escala.

Exemplo de questão:

Vinheta: Carlos, homem cis, preto, de 62 anos procura atendimento na Unidade Básica de Saúde com queixa de dor torácica aos esforços há 3 meses, com piora piorando nos últimos 5 dias. Ele é hipertenso, dislipidêmico e ex-tabagista. Ao exame, está hemodinamicamente estável. O eletrocardiograma realizado na UBS está normal. Pergunta: Qual a melhor conduta no contexto da UBS neste momento?

- a) Iniciar AAS, betabloqueador e encaminhar para avaliação eletiva com cardiologista
- b) Encaminhar imediatamente para Unidade de Pronto-Atendimento via SAMU
- c) Manter paciente em observação na UBS e realizar novo eletrocardiograma em 2 horas
- d) Solicitar teste ergométrico em caráter eletivo e matriciar o caso com cardiologista

Resposta esperada/rubrica: Alternativa “B”

Referências

- 18) Puthiarampil T, Rahman R. Impact of very short answer questions on student performance in medical biochemistry. BMC Med Educ.
- 19) National Board of Medical Examiners (NBME). Guia para Redação de Questões. 6ª ed. Filadélfia: NBME; 2022.
- 20) Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2011.

Modified Essay Questions (MEQs)

Descrição: Neste método apresenta-se cenários clínicos curtos seguidos por uma série de perguntas com formato estruturado, ligadas ao cenário apresentado. Seu uso permite acessar o raciocínio clínico do estudante avaliado. São comumente utilizadas para avaliar habilidades de resolução de problemas, interpretação de dados clínicos e tomada de decisão. MEQs bem construídas podem avaliar níveis mais altos da taxonomia de Bloom (compreensão, aplicação e raciocínio clínico). Favorecem a construção de conhecimento com base em situações clínicas e também reduzem a possibilidade de “chute” e promovem reflexão sobre o processo de resolução. No entanto, quando mal elaboradas, acabam testando apenas a lembrança de fatos (nível 1), reduzindo sua validade. Sua validade aumenta com a construção baseada em cenários clínicos realistas e com etapas que demandam análise e julgamento. A confiabilidade depende da padronização na correção, número de itens avaliados e treinamento dos corretores. A confiabilidade torna-se satisfatória com uso de rubricas claras e avaliadores treinados. Requerem mais tempo de correção em comparação a VSAQs ou MCQs. A elaboração exige domínio da técnica e capacitação para boa aplicação. A aceitabilidade desta modalidade de questão pelos estudantes aumenta com a familiarização e feedback estruturado.

Exemplo de questão:

Vinheta: Ana, mulher cis, branca, de 58 anos, procura atendimento referindo dor retroesternal em queimação e tosse recorrente há cerca de 3 meses. A dor piora após refeições melhora parcialmente com uso de leite e a tosse piora ao deitar. Refere uso frequente de diclofenaco por conta própria para tratar dores articulares. É hipertensa, em uso regular de hidroclorotiazida.

Perguntas: 1. Quais hipóteses diagnósticas devem ser consideradas neste caso e por quê? 2. Cite três perguntas adicionais que você faria na anamnese para orientar melhor a investigação diagnóstica. 3. Com base na hipótese diagnóstica mais provável, qual seria a conduta inicial mais adequada na atenção primária? 4. Quais sinais e sintomas de alarme devem ser investigados e que indicariam necessidade de encaminhamento para atenção especializada?

Referências:

19) National Board of Medical Examiners (NBME). Guia para Redação de Questões. 6ª ed. Filadélfia: NBME; 2022.

21) Palmer EJ, Devitt PG. Assessment of higher order cognitive skills in undergraduate education: modified essay or multiple choice questions? BMC Med Educ. 2007.

22) Elsamanoudy A, Almalki S, Ahmed SA, Alghamdi N, Alnashri S, Alasmari W, et al. Evaluation of modified essay questions (MEQs) as an assessment tool in third-year medical students' modular summative assessment. BMC Med Educ. 2024.

RECOMENDAÇÃO DOS AUTORES



Recomendamos o **Guia para Redação de Questões**, elaborado pelo **National Board of Medical Examiners (NBME)**, como referência fundamental para o aprimoramento na construção de questões de múltipla escolha (Multiple Choice Questions – MCQs).

O material oferece uma abordagem abrangente para a compreensão do desenvolvimento de questões, incluindo orientações práticas sobre a elaboração de itens, construção de vinhetas, identificação de falhas técnicas e aspectos essenciais da psicometria e da análise de desempenho. Também contempla atualizações relevantes para a construção de questões alinhadas às demandas contemporâneas da educação em saúde, como a incorporação de características do paciente e o uso de formatos alternativos de questões.

O **NBME** concede permissão para copiar e distribuir este documento, desde que: (1) todos os avisos de direitos autorais e de permissão sejam mantidos em todas as reproduções; (2) o uso do documento seja exclusivamente para fins não comerciais, educacionais e científicos; e (3) o documento não seja modificado de nenhuma forma. Quaisquer direitos não expressamente concedidos permanecem reservados pelo NBME.

Acesse a versão em língua portuguesa do [Guia para Redação de Questões \(NBME\)](#)

Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)

Descrição: É uma avaliação com observação direta da consulta de um estudante em cenário real, com possibilidade de avaliação de 6 domínios de habilidade clínica. Essas observações devem ser relativamente curtas, com aproximadamente 15 min, com feedback imediatamente após a avaliação. Não é necessário avaliar todos os domínios em cada avaliação, e usualmente escolhem-se um ou poucos domínios e faz-se um feedback focado. É recomendável utilizar o instrumento com avaliações repetidas e preferencialmente com diferentes avaliadores.

A observação deve ser realizada sem interrupção e pode ser de apenas de um domínio específico da consulta. Pode ser implementado como uma prática em que o residente solicita a avaliação, dependendo das habilidades que deseja trabalhar, ou que preceptor propõe a depender de necessidades percebidas de aprimoramento na consulta. Deve ser esclarecida aos estudantes e ao paciente.

Apresenta maior confiabilidade e melhor efeito educacional quando realizadas múltiplas observações por diferentes avaliadores. Além disso, o feedback imediato de domínios específicos, por diferentes avaliadores, fortalece o aprendizado.

Referências:

23) Carbinatto-Paz ACM, Rezende AM, Rosa MA, Nogueira VSN. "Uso do Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) na residência médica: uma revisão de escopo". Rev. bras. educ. med. 2024.

24) Martinsen, S.S.S., Espeland, T., Berg, E.A.R. et al. "Examining the educational impact of the mini-CEX: a randomised controlled study." BMC Med Educ 2021

25) Mendes AO, Viveiros LB. "O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde". Rev Bras Med Fam Comunidade, 2018

Exemplo de componentes gerais do Mini-CEX:

RESIDENTE: _____ DATA: ___/___/___ ANO LETIVO: R1 R2 PESSOA AVALIADORA: _____

CENÁRIO DE OBSERVAÇÃO: Consultório Domicílio Urgência Outro | COMPLEXIDADE DO ENCONTRO CLÍNICO: Baixa Moderada Alta

FOCO CENTRAL DA OBSERVAÇÃO: Coleta de dados Diagnóstico Terapêutica Orientações

ESCORES PARA O DESEMPENHO DO RESIDENTE	1-3: INSATISFATÓRIO	4-6: SATISFATÓRIO	7-9: ACIMA DAS EXPECTATIVAS
HABILIDADES DA ENTREVISTA CLÍNICA	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
HABILIDADES DO EXAME FÍSICO	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
PROFISSIONALISMO / QUALIDADES HUMANÍSTICAS	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
JULGAMENTO CLÍNICO / DECISÃO CLÍNICA	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
HABILIDADES DE ORIENTAÇÃO / ACONSELHAMENTO	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
ORGANIZAÇÃO E EFICIÊNCIA DA CONSULTA	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO
DESEMPENHO CLÍNICO GERAL	ESCORE:		<input type="checkbox"/> NÃO OBSERVADO

TEMPO UTILIZADO PARA OBSERVAÇÃO: _____ TEMPO UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DO FEEDBACK: _____

REGISTRO DO FEEDBACK E COMENTÁRIOS:

Adaptado de American Board of Internal Medicine (2005) por Brito (2025)

Long Case

Descrição: Realizado a partir da observação da tomada da história, exame físico, diagnóstico e planejamento de tratamento, de um único paciente, seguido por questões sobre o caso e o atendimento realizado pelo estudante.

Difere do Mini-CEX pois não necessariamente segue uma estrutura padronizada e também porque foca na consulta como um todo e todos os seus domínios, tendo como um produto um feedback mais longo.

Um instrumento de apoio que pode ser utilizado para guiar esta avaliação é o guia Calgary-Cambridge, com foco nas habilidades de comunicação durante a consulta. Reflete bem o contexto real e integra diversas competências clínicas. Promove integração e pensamento clínico reflexivo, porém demanda tempo e tem feedback mais extenso e menos focado.

Referências:

- 26) Wass, V. and Van Der Vleuten, C. "The long case." Medical Education 2024
- 27) Norman G. The long case versus objective structured clinical examinations. BMJ. 2002
- 28) Amaral, E. Glossário de métodos de avaliação dos estudantes. FAIMER Brasil, 2016

Exemplo de instrumento de avaliação Long Case, Guia Calgary-Cambridge:

Pontuação	Não (0)	Sim, mas.. (1)	Sim (2)
Abertura da consulta			
1. Cumprimenta o doente.			
2. Apresenta-se.			
3. Demonstra respeito.			
4. Negociar a agenda.			
Colheita de informação - Exploração de problemas			
5. Incita o doente a contar a sua história.			
6. Move-se adequadamente das perguntas abertas para as fechadas.			
7. Escuta ativa.			
8. Incita verbal e não verbalmente o doente a responder às questões.			
9. Usa comentários e questões de fácil compreensão.			
10. Clarifica as sentenças do doente.			
11. Precisa datas.			
Avaliação do quadro de representações do doente			
12. Avalia as ideias do doente quanto à causa.			
13. Avalia as preocupações do doente face ao problema.			
14. Incita o doente a expressar as suas emoções.			
15. Responde às “deixas” verbais e não-verbais do doente.			
Estruturação da consulta			
16. Faz resumos no final de cada uma das linhas de inquirição.			
17. Estrutura segundo uma sequência lógica.			
18. Gere o tempo.			
Construção da relação			
19. Demonstra comportamento não-verbal adequado.			
20. A leitura ou escrita não interfere com a comunicação.			
21. Não faz juízos de valor.			
22. Empatiza com e apoia o doente.			
23. Mostra confiança.			
Encerramento da consulta			
24. Encoraja o doente a discutir mais algum ponto adicional.			
25. Encerra a consulta com um sumário breve.			
26. Acorda com o doente os passos seguintes.			

(0), Insatisfatório; (1) Satisfatório, mas...; (2) Bom.

Direct Observation of Procedural Skills (DOPS)

Descrição: Avaliação estruturada da realização de um procedimento técnico pelo residente, com critérios objetivos e feedback imediato. É uma variação e derivado do Mini-CEX. O uso do DOPS permite correção de erros técnicos e reflexão sobre prática no contexto de procedimentos.

Exemplo prático:

Durante a realização de um procedimento ambulatorial, o preceptor observa e avalia o residente com base em critérios objetivos como técnica, assepsia, comunicação, registro. Dá feedback imediato e registra em ficha padronizada do DOPS.

Referências:

29) Moorthy, K. et al. Objective assessment of technical skills in surgery. BMJ (Clinical Research Ed.) 2003.

30) McLeod RA et al. "The use of the Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) assessment tool in the clinical setting - the perceptions of students". International journal of clinical skills, 2011

Exemplo de componentes gerais do DOPS:

RESIDENTE: _____ DATA: ___/___/___ ANO LETIVO: R1 R2 PESSOA AVALIADORA: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO: _____

SCORES PARA O DESEMPENHO DO RESIDENTE

1-3: INSATISFATÓRIO

4-6: SATISFATÓRIO

7-9: ACIMA DAS EXPECTATIVAS

Compreendeu as indicações do procedimento	SCORE:	REGISTRO DO FEEDBACK E COMENTÁRIOS:
Obteve consentimento informado	SCORE:	
Realizou preparação adequada	SCORE:	
Técnica de assepsia	SCORE:	
Habilidades técnicas específicas do procedimento	SCORE:	
Possui conhecimento e mostra-se atento às complicações	SCORE:	
Orientações e seguimento pós procedimento	SCORE:	
Habilidades de comunicação	SCORE:	
Profissionalismo	SCORE:	
Avaliação global das habilidades prática	SCORE:	
Desempenho clínico geral	SCORE:	

TEMPO UTILIZADO PARA OBSERVAÇÃO: _____ TEMPO UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DO FEEDBACK: _____

Adaptado de McLeod et al (2001) por Brito (2025)

Discussão Baseada em Casos (DBC)

Descrição: A Discussão Baseada em Casos é uma discussão estruturada entre preceptor e residente centrada em um caso clínico real recentemente conduzido pelo aprendiz ou um caso a ser atendido. Não substitui a observação de consulta, mas apoia na avaliação de competências, prontidão para realização de tarefas e na estimativa de riscos feita pelo residente. São análises com foco retrospectivo de casos e permitem que o preceptor avalie o raciocínio clínico do estudante, sua tomada de decisões e aplicação de conhecimentos em situações reais.

Promove integração entre desempenho real e julgamento clínico do preceptor. Requer tempo para condução reflexiva da conversa, mas não depende da observação direta do caso. Estimula raciocínio clínico, reconhecimento de limites, tomada de decisão e prepara o residente para situações futuras.

Exemplo prático:

Após conduzir uma visita domiciliar complexa, o residente discute com o preceptor quatro perguntas-chave: (1) o que foi feito neste encontro clínico; (2) qual o raciocínio e entendimento do caso; (3) quais riscos estavam envolvidos e quais outros possíveis riscos; (4) como agiria se a situação fosse diferente (ex: outro paciente, turno noturno, contexto cultural).

Referências:

31) Ten Cate O, Hoff RG. From case-based to entrustment-based discussions. Clin Teach. 2017

32) Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Med Teach. 2015

Professionalism in Medical Education Examination (PMEX)

Descrição: Variação do Mini-CEX, com foco específico em profissionalismo, incluindo atitudes e comportamentos observados no ambiente clínico. Aplicado no contexto de observação de consulta. Incorpora quatro critérios que são: Relação médico/paciente, Relacionamento interprofissional, Habilidades reflexivas e Manejo do tempo. O preceptor pode escolher um ou mais critérios que deseja avaliar em uma consulta, não necessitando avaliar todos os critérios em uma única observação. Não é necessário observar toda a consulta, podendo ser observada apenas uma etapa desta. Deve ser seguido de feedback logo após a aplicação.

Exige treinamento dos avaliadores para melhorar a consistência. Assim como o Mini-CEX, quando o instrumento é utilizado por mais de um avaliador e em mais de um encontro clínico, há melhora da confiabilidade e do efeito educacional.

Exemplo prático:

O preceptor observa o residente realizar uma consulta ou apenas uma parte de com um paciente. Após a observação, dá feedback estruturado com base em formulário, com foco nos itens que optou por avaliar no P-MEX e desenvolve plano de ação para pontos de melhoria.

Referências:

- 33) Holdefer et al. "Manual de orientações para o preenchimento da versão em português do instrumento de avaliação de profissionalismo em residentes médicos: P-MEX". UFG, 2021
- 34) Holdefer et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do profissionalismo P-MEX para uso em médicos residentes. Revista Brasileira de Educação Médica. 2021
- 35) Cruess R, McIlroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. Academic Medicine. 2006

Exemplo de componentes gerais do P-MEX:

RESIDENTE: _____ DATA: ___/___/___ ANO LETIVO: R1 R2 PESSOA AVALIADORA: _____

CENÁRIO DE OBSERVAÇÃO: Consultório Domicílio Urgência Outro | COMPLEXIDADE DO ENCONTRO CLÍNICO: Baixa Moderada Alta

ESCORES	1 - INACEITÁVEL Apresenta lapsos de comportamento profissional intencionais, que provavelmente causarão danos ao paciente. Sem atenuantes.	2 - ABAIXO DAS EXPECTATIVAS Apresenta lapsos de comportamento não intencionais, que resultam em mínimo ou nenhum dano. Pode haver atenuantes.	3 - DENTRO DAS EXPECTATIVAS Apresenta desempenho esperado para o nível de formação avaliado	4 - EXCEDE EXPECTATIVAS Apresenta desempenho excepcional, demonstrando comportamentos esperados de um ótimo profissional
---------	--	---	---	--

A. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	C. HABILIDADES REFLEXIVAS
Escutou ativamente o paciente Escore:	Manteve aparência adequada Escore:
Demonstrou interesse no paciente como pessoa Escore:	Abordou suas próprias lacunas de conhecimentos e habilidades Escore:
Reconheceu e atendeu as necessidades do paciente Escore:	Demonstrou respeito pelos colegas Escore:
Esforçou-se para atender às necessidades do paciente Escore:	Evitou linguagem depreciativa Escore:
Garantiu a continuidade do cuidado ao paciente Escore:	Manteve confidencialidade do paciente Escore:
Defendeu a garantia dos direitos do paciente Escore:	Usou recursos de saúde apropriadamente Escore:
Manteve limites apropriados Escore:	D. MANEJO DO TEMPO
B. RELACIONAMENTO INTERPROFISSIONAL	Foi pontual Escore:
Demonstrou consciência de suas limitações Escore:	Completo as tarefas de maneira confiável Escore:
Reconheceu erros e/ou omissões Escore:	Estava disponível para os colegas Escore:
Solicitou feedback Escore:	REGISTRO DO FEEDBACK E COMENTÁRIOS:
Aceitou feedback Escore:	
Respeitou limites éticos nas relações profissionais Escore:	
Manteve a compostura em uma situação difícil Escore:	

TEMPO UTILIZADO PARA OBSERVAÇÃO: _____ TEMPO UTILIZADO PARA REALIZAÇÃO DO FEEDBACK: _____

Adaptado de Holdefer et al. (2021) por Brito (2025)

Portfólio

Descrição: É uma coleção de registros de atividades, feito por um profissional, e reflete eventos e processos-chave no contexto de aprendizagem, seguidos de registro de reflexão sobre a prática. É uma ferramenta para fomentar a capacidade dos alunos de aprender de forma independente e incentivá-los a refletir sobre o seu próprio desempenho.

Permite triangulação de dados e acompanhamento longitudinal do desenvolvimento profissional. Depende da clareza dos critérios de avaliação e da constância da inserção de informações. Promove autorreflexão, metacognição e aprendizagem significativa, porém exige tempo do residente e do preceptor para leitura e análise reflexiva.

Exemplo prático:

Ao longo do ano, o residente reúne reflexões sobre casos clínicos desafiadores, feedbacks recebidos, EPAs com nível de supervisão alcançado e planos de melhoria. O preceptor analisa e discute em reuniões periódicas.

Referências:

28) Amaral, E. Glossário de métodos de avaliação dos estudantes. FAIMER Brasil, 2016

36) Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. Med Teach. 2009

37) Rocha SR, Romão GS, Silva Filho AG, Sá MF. O uso do Logbook e do Portfólio nos Programas de Residência. Femina. 2020

Logbook

Descrição: Registro sistemático de procedimentos, atendimentos ou atividades realizadas pelo residente nos campos de prática. Depende da precisão, constância e honestidade no preenchimento; não avalia desempenho direto, mas acessa a exposição (quantidade) de atendimentos ou procedimentos realizados.

É fácil de implementar e podem ser usados inclusive recursos em formato digital. Favorece autorreflexão e documentação de experiências, sendo de fácil utilização e de baixo custo em programas de residência.

Exemplo prático:

Residente realiza o registro em planilha digital ou caderno, cada procedimento ambulatorial ou visita domiciliar realizada, incluindo possíveis especificidades encontradas na consulta. Ex: “Consulta domiciliar com abordagem de cuidados paliativos e reunião familiar - 02/05/2025 - UBS Centro”.

Referências:

4) Eric S. Holmboe, William F. Lobst. "Assessment Guidebook". ACGME, 2020.

28) Amaral, E. Glossário de métodos de avaliação dos estudantes. FAIMER Brasil, 2016

37) Rocha SR, Romão GS, Silva Filho AG, Sá MF. O uso do Logbook e do Portfólio nos Programas de Residência. Femina. 2020

Conceito Global

Descrição: De maneira retrospectiva avaliam-se categorias gerais, ao invés de comportamentos específicos. Deve-se construir o conceito global a partir da combinação de atributos, entre eles conhecimentos, atitudes, valores e habilidades, necessários ao bom desempenho profissional.

Deve contemplar itens como qualidade da história, exame clínico, conhecimento médico, julgamento clínico, solução de problemas, hábitos e organização do trabalho, comunicação e relacionamento com pacientes e familiares, respeito, capacidade de autorreflexão, percepção do contexto, interação com colegas, com docentes e com demais profissionais.

O estudante deve ser avaliado por diversos avaliadores, pois reflete julgamento global de múltiplas competências observadas em contexto real. É simples de aplicar, sem necessidade de formulários extensos ou estrutura formal. Deve ser acompanhada de feedback específico. Para um bom efeito deve-se valorizar a observação integrada e realizar feedback após a avaliação trazendo eventos que exemplificam a nota atribuída.

Exemplo prático:

Ao final de um mês de estágio em UBS, diversos preceptores preenchem um formulário com escala likert de 1 a 5 sobre o desempenho geral do residente em aspectos como “comunicação com pacientes”, “raciocínio clínico”, “organização”, “profissionalismo” etc., baseado em observações acumuladas ao longo do mês, que são sintetizadas pelo docente responsável e fornecido feedback ao residente

Referências:

4) Eric S. Holmboe, William F. Iobst. "Assessment Guidebook". ACGME, 2020.

38) Cohen, R. et al. Validity and generalizability of global ratings in an objective structured clinical examination. Academic Medicine, 1991.

39) Domingues RC, Amaral E, Zeferino AM. Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? Med Educ. 2009

Multisource Feedback (360)

Descrição: Avaliação do residente por múltiplas fontes (pares, equipe de saúde, pacientes, preceptores e autoavaliação), com foco em aspectos interpessoais, comunicação, profissionalismo e trabalho em equipe. Exige coordenação para coleta e consolidação das respostas de todos os avaliadores e para a implementação, o instrumento deve ser apresentado aos residentes e à equipe que irá contribuir com as avaliações, e os preceptores devem ser treinados previamente

Captura dimensões que não são facilmente observadas por um único avaliador. Há melhor confiabilidade e efeito educacional quando há representatividade adequada de respondentes. Favorece a autorreflexão e amplia a perspectiva do residente sobre sua atuação e deve sempre ser seguido, após apresentação dos resultados consolidados, de feedback e planejamento estruturado.

Exemplo prático:

Ao final de um trimestre de, o preceptor organiza a avaliação 360° de um residente, incluindo avaliações da equipe de enfermagem, colegas residentes (pares), pacientes, preceptores e uma auto-avaliação do residente. O preceptor discute os resultados em reunião formativa com o residente, fornece feedback e faz considerações sobre pontos de melhoria.

Referências:

4) Eric S. Holmboe, William F. Iobst. "Assessment Guidebook". ACGME, 2020.

40) Lockyer, J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2003.

41) Donnon, T., A. Al Ansari, S. Al Alawi, and C. Violato. 2014. "The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment: A Systematic Review." Academic Medicine

Referências do Guia

- 1) Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Med Teach. 2015
- 2) Cunha ATR da, Caramori U, Brito L de AR, Pacheco RA, Pisco CR, Freitas FL, et al. EPAs Nacionais em Medicina de Família e Comunidade: Marco Zero. Rio de Janeiro, RJ; 2025. ISBN 978-65-01-39144-1
- 3) Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, Galbraith R, Hays R, Kent A, Perrott V, Roberts T. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference
- 4) Eric S. Holmboe, William F. Iobst. "Assessment Guidebook". ACGME, 2020. Disponível em: <https://www.acgme.org/milestones/resources>
- 5) Norcini J. What's Next? Developing Systems of Assessment for Educational Settings. Acad Med. 2019
- 6) Ronald M. Harden & Pat Lilley (2025) A traditional or an innovative approach to assessment: The Assessment PROFILE, Medical Teacher, 47:1, 50-57, DOI:10.1080/0142159X.2024.2436443
- 7) Ramani S, Könings KD, Mann KV, Pisarski EE, van der Vleuten CPM. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. Med Teach. 2017;39(9):856-861.
- 8) Ajjawi R, Bearman M, McNamara C, O'Reilly P, Tai J. Twelve tips for developing feedback literacy in health professions learners. Med Teach. 2023;45(4):436-443.
- 9) Maia IL et al. "Estratégia Adaptada de Feedback Voltado para Ambulatórios de Graduação". Revista Brasileira de Educação Médica, 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180095>
- 10) Sargeant J, Lockyer J, Mann K, Holmboe E, Silver I, Armson H, et al. Facilitated feedback: The R2C2 model. Acad Med. 2011;86(11):S41-S44.
- 11) ten Cate O, Jonker G, Park YS, Holmboe ES, Burch VC. Workplace-based assessment to support entrustment decision-making: four sources of information. In: ten Cate O, Burch VC, Chen HC, Chou FC, Hennis MP. (Eds). Entrustable Professional Activities and Entrustment Decision-Making in Health Professions Education, Chapter 17, pp. 197-211. [2024] London: Ubiquity Press. DOI: <https://doi.org/10.5334/bdc.q>
- 12) Nel D, Marty AP, Frick S, Hennis MP, Linsenmeyer M. Addressing practical and conceptual challenges in the implementation of workplace-based assessment. In: ten Cate O, Burch VC, Chen HC, Chou FC, Hennis MP. (Eds). Entrustable Professional Activities and Entrustment Decision-Making in Health Professions Education, Chapter 20, pp. 237-247. [2024] London: Ubiquity Press. DOI: <https://doi.org/10.5334/bdc.t>
- 13) Holmboe ES, Durning SJ. Practical guide to the assessment of clinical competence. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2023. p. 359-84. ISBN: 9780443112270

- 14) Englander R, de Graaf J, Hauer KE, Jonker G, Schumacher DJ. Clinical competency committees in an entrustable professional activity framework for curriculum and assessment. In: ten Cate O, Burch VC, Chen HC, Chou FC, Hennis MP. (Eds). *Entrustable Professional Activities and Entrustment Decision-Making in Health Professions Education*, Chapter 21, pp. 249–258. [2024]
- 15) Burch VC, de Graaf J, Jarrett JB, Pinilla S, Schwartz A, ten Cate O. Scales, numbers, and words to support entrustment decisions about trainees. In: ten Cate O, Burch VC, Chen HC, Chou FC, Hennis MP. (Eds). *Entrustable Professional Activities and Entrustment Decision-Making in Health Professions Education*, Chapter 19, pp. 225–235. [2024] London: Ubiquity Press. DOI: <https://doi.org/10.5334/bdc.s>
- 16) Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM 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. 2023 nov 1 [acesso em 2025 mai 24]; Seção 1:23. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/RESOLUON4DE1DENOVBRODE2023RESOLUON4DE1DENOVBRODE2023DOUImprensaNacional.pdf>
- 17) Bala L, Thangaswamy CR, Surendran V, Shanmugam J, Devadoss S. Twelve tips for introducing very short answer questions (VSAQs) into your medical curriculum. *Med Teach*. 2023;45(1):101–7. doi:10.1080/0142159X.2022.2120909.
- 18) Puthiamparmpil T, Rahman R. Impact of very short answer questions on student performance in medical biochemistry. *BMC Med Educ*. 2020;20:395. doi:10.1186/s12909-020-02057-w.
- 19) National Board of Medical Examiners (NBME). Guia para Redação de Questões. 6ª ed. Filadélfia: NBME; 2022. Disponível em: <https://www.nbme.org>
- 20) Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53–55. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- 21) Palmer EJ, Devitt PG. Assessment of higher order cognitive skills in undergraduate education: modified essay or multiple choice questions? *BMC Med Educ*. 2007;7:49. doi:10.1186/1472-6920-7-49.
- 22) Elsamanoudy A, Almalki S, Ahmed SA, Alghamdi N, Alnashri S, Alasmari W, et al. Evaluation of modified essay questions (MEQs) as an assessment tool in third-year medical students' modular summative assessment. *BMC Med Educ*. 2024;24:1445. doi:10.1186/s12909-024-06469-w.
- 23) Carbinatto-Paz ACM, Rezende AM, Rosa MA, Nogueira VSN. "Uso do Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) na residência médica: uma revisão de escopo". *Rev. bras. educ. med*. 2024.
- 24) Martinsen, S.S.S., Espeland, T., Berg, E.A.R. et al. "Examining the educational impact of the mini-CEX: a randomised controlled study." *BMC Med Educ* 2021
- 25) Mendes AO, Viveiros LB. "O uso do Miniex como ferramenta de feedback continuado para residente de medicina de família e comunidade em estágio na atenção primária à saúde". *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2018
- 26) Wass, V. and Van Der Vleuten, C. "The long case." *Medical Education* 2024
- 27) Norman G. The long case versus objective structured clinical examinations. *BMJ*. 2002

- 28) Amaral, E. Glossário de métodos de avaliação dos estudantes. FAIMER Brasil, 2016
- 29) Moorthy, K. et al. Objective assessment of technical skills in surgery. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, v. 327, n. 7422, p. 1032-1037, 2003.
- 30) McLeod RA, Mires GJ, Ker JS. "The use of the Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) assessment tool in the clinical setting - the perceptions of students". *International journal of clinical skills*, 2011
- 31) Ten Cate O, Hoff RG. From case-based to entrustment-based discussions. *Clin Teach*. 2017
- 32) Ten Cate O, Chen HC, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach*. 2015
- 33) MML Holdefer, AV Naghettini, CF Sena ERS Pereira CB Sales. "Manual de orientações para o preenchimento da versão em português do instrumento de avaliação de profissionalismo em residentes médicos: P-MEX". Universidade Federal de Goiás, 2021. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/601818/2/E-book%20P-MEX.pdf>
- 34) Holdefer MM, Sena CF, Naghettini AV, Pereira ER. Tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação do profissionalismo P-MEX para uso em médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021
- 35) Cruess R, McIlroy JH, Cruess S, Ginsburg S, Steinert Y. The professionalism mini-evaluation exercise: a preliminary investigation. *Academic Medicine*. 2006
- 36) Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Med Teach*. 2009
- 37) Rocha SR, Romão GS, Silva Filho AG, Sá MF. O uso do Logbook e do Portfólio nos Programas de Residência. *Femina*. 2020
- 38) Cohen, R. et al. Validity and generalizability of global ratings in an objective structured clinical examination. *Academic Medicine*, 1991.
- 39) Domingues RC, Amaral E, Zeferino AM. Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? *Med Educ*. 2009
- 40) Lockyer, J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, New York, v. 23, n. 1, p. 4-12, 2003.
- 41) Donnon, T., A. Al Ansari, S. Al Alawi, and C. Violato. 2014. "The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment: A Systematic Review." *Academic Medicine*

SBMFC



Sociedade Brasileira
de Medicina de Família
e Comunidade

ISBN 978-65-01-49308-4