



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE

ANA CATARINA ACCIOLY GOMES

ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PRECEPTORES E
RESIDENTES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO *MINI CLINICAL*
***EVALUATION EXERCISE (MINI-CEX)* NO PROCESSO**
AVALIATIVO DE UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA.

Recife – PE

2020

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE

ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DE PRECEPTORES E
RESIDENTES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO *MINI CLINICAL*
***EVALUATION EXERCISE (MINI-CEX)* NO PROCESSO**
AVALIATIVO DE UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA.

Dissertação apresentada ao programa do Mestrado Profissional como parte do requisito para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde com orientação do Dr. Edvaldo Souza.

Mestranda: Ana Catarina Accioly Gomes

Orientador: Prof. Dr. Edvaldo Souza

Co - Orientador: Profa. Dra. Tereza Rebecca de Melo e Lima

Linha de pesquisa: Avaliação do processo de aprendizagem e metodologia de ensino/aprendizagem.

Recife – PE

2020

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

G633a Gomes, Ana Catarina Accioly

Análise das percepções de preceptores e residentes sobre a implementação do mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-cex) no processo avaliativo de uma residência de pediatria. / Ana Catarina Accioly Gomes; Edvaldo Souza; co-orientadora: Tereza Rebeca de Melo e Lima – Recife: Do Autor, 2020.

124 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2020.

1. Avaliação de Desempenho Profissional. 2. Residência. 3. Feedback I. Gomes, Ana Catarina Accioly, orientadora. II. Título.

CDU 001.8

EQUIPE DA PESQUISA

Mestranda: Ana Catarina Accioly Gomes

Médica Pediatra com área de atuação em infectologia pediátrica. Médica Pediatra preceptora e supervisora da residência médica de pediatria do Hospital Maria Lucinda.

Local de Trabalho: Hospital da Restauração e Hospital Infantil Maria Lucinda.

E- mail: acbagomes@gmail.com

Telefone para contato: (081) 992037406

Orientador: Prof. Dr. Edvaldo Souza

Doutor em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Coordenador do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Local de Trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

E- mail: Edvaldo.s@fps.edu.br

Co-orientadora: Profa. Dra Tereza Rebeca de Melo e Lima

Doutora em Saúde Materno Infantil (IMIP). Coordenadora de tutor do curso de Medicina da FPS. Coordenadora do Internato Médico em Pediatria do IMIP. Membro do Comitê De desenvolvimento Docente da FPS. Mestre em Educação para Profissões de Saúde pela Universidade de Maastricht

Local de Trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

E- mail: terezarebecca@fps.edu.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar força e sabedoria para conduzir o meu mestrado.

Ao meu marido Daniel e aos meus filhos Beatriz, Laura e Felipe por entenderem a minha ausência em tantos momentos e me encherem de amor e carinho para seguir nesse desafio.

A minha mãe Antônia e ao meu Pai Paulo por serem a minha base.

Ao meu orientador Dr. Edvaldo e co-orientadora Dra. Tereza pelos seus apoios e disponibilidade nessa jornada.

Aos preceptores e residentes do Maria Lucinda por contribuir comigo nesse desafio.

Aos meus pacientes por me fazer amar a Pediatria.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu agradecimento.

RESUMO

Introdução: A educação médica tem modificado nos últimos anos sendo desenvolvidos currículos baseados em competências e modelos de avaliação direcionados ao quarto nível da pirâmide de competências de Miller: o “fazer”. O *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* é considerado um importante instrumento de avaliação na residência médica, pois permite que o preceptor observe o residente desempenhando atividades de sua prática clínica diária, identifique as falhas praticadas e, através do feedback, ofereça medidas construtivas proporcionando melhorias nos processos de ensino e aprendizagem. **Objetivo:** Analisar o uso do *Mini-CEX* como ferramenta de avaliação numa residência de pediatria na perspectiva de preceptores e residentes. **Método:** Realizado um estudo de pesquisa-ação educacional qualitativo de fevereiro de 2019 a novembro de 2020. Inicialmente, foi realizada uma oficina teórico-prática sobre o *Mini-CEX* para os preceptores da residência médica de pediatria do Hospital Maria Lucinda (HML), Recife -PE. Posteriormente, os preceptores treinados aplicaram o *Mini-CEX* aos residentes de pediatria nos cenários reais de prática em enfermaria e ambulatório. Após a implementação, a coleta de dados foi realizada utilizando entrevistas semiestruturadas com residentes e preceptores acerca da experiência vivenciada. Realizada a análise de dados de acordo com a técnica proposta por Bardin. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CAAE 04460818.0.0000.5569. **Resultados:** Participaram quatro preceptoras pediatras, sendo dois do ambulatório e dois da enfermaria e dez médicos residentes de pediatria, sendo quatro no primeiro ano, três no segundo ano e três no terceiro ano. Foram realizadas 26 avaliações, sendo 12 na enfermaria e 14 no ambulatório. A partir da análise das narrativas

apresentadas nas entrevistas com os preceptores e com os residentes, emergiram cinco categorias: 1) A estrutura do *Mini-CEX* como instrumento objetivo, prático e de observação direta realizado durante a rotina do residente; 2) o *Mini-CEX* como instrumento para avaliação formativa dando a importância do feedback na aprendizagem; 3) aplicação do *Mini-CEX* dando atenção à influência do cenário, das interferências externas e da duração na aplicação do *Mini-CEX*; 4) Preparação do avaliador e do residente para aplicação do *Mini-CEX* enfatizando a importância do treinamento anterior antes da aplicação do instrumento e 5) relação preceptor-residente na aplicação do *Mini-CEX* considerando a relação de proximidade e confiança entre eles que interferiram positiva e negativamente na aplicação da ferramenta. **Conclusão:** O *Mini-CEX* foi bem aceito pelos preceptores e residentes por ser um ótimo método de avaliação formativo prático e confiável, fácil de ser aplicado em vários cenários clínicos durante a rotina diária do residente sem precisar mudar a estrutura para a sua realização. Por fim, essa dissertação teve como resultados um artigo científico e um produto técnico que foi a elaboração de um manual para aplicação de uma oficina com orientações de implementação do *Mini-CEX* em programas de residência médica.

Palavras-Chave: avaliação de desempenho profissional; residência; feedback; competência; educação médica

ABSTRACT

Introduction: Medical education has changed in recent years, competency-based curricula and assessment models have been developed aimed at the fourth level of Miller's skills pyramid: "doing". The *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* is considered an important assessment tool in the medical residency, as it allows the preceptor to observe the resident performing activities of his daily clinical practice, identify the flaws and, through feedback, offer corrective measures providing improvements in the teaching and learning processes. **Objective:** To analyze the use of *Mini-CEX* as an assessment tool in a pediatric residency from the perspective of preceptors and residents. **Method:** A qualitative educational action research study was carried out from February 2019 to November 2020. Initially, a theoretical-practical workshop on the *Mini-CEX* was held for the preceptors of the pediatric medical residency at Hospital Maria Lucinda (HML), Recife PE. Subsequently, the trained preceptors applied the *Mini-CEX* to pediatric residents in real practice settings in the ward and outpatient setting. After implementation, data collection was performed using semi-structured interviews with residents and tutors about the experience. Data analysis was performed according to the technique proposed by Bardin. All participants signed the Free and Informed Consent Form and the project was approved by the research ethics committee of Faculdade Pernambucana de Saúde CAAE 04460818.0.0000.5569. **Results:** Four pediatric preceptors participated, two from the outpatient clinic and two from the infirmary and ten pediatric resident doctors, four in the first year, three in the second year and three in the third year. 26 evaluations were carried out, 12 in the ward and 14 in the outpatient clinic. From the analysis of the narratives presented in the interviews with the preceptors and with the residents, five categories emerged: 1) Structure of the *Mini-CEX* as an objective, practical and direct

observation instrument performed during the resident's routine; 2) the *Mini-CEX* as an instrument for formative assessment, emphasizing the importance of feedback in learning; 3) application of *Mini-CEX* paying attention to the influence of the scenario, external interferences and duration in the application of *Mini-CEX*; 4) Preparing the evaluator and the resident to apply the *Mini-CEX* emphasizing the importance of previous training before the application of the instrument and 5) the preceptor-resident relationship in the application of the *Mini-CEX* considering the relationship of proximity and trust between them that interfered positively and negatively in the application of the tool.

Conclusion: *Mini-CEX* was well accepted by preceptors and residents as it is a great method of practical and reliable formative assessment, easy to be applied in various clinical settings during the resident's daily routine without having to change the structure for its realization. Finally, this dissertation resulted in a scientific article and a technical product, which was the elaboration of a manual for the application of a workshop with guidelines for implementing *Mini-CEX* in medical residency programs

Key words: professional performance assessment; residence; feedback; competence; medical education

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS

Mini-CEX: Mini-Clinical Evaluation Exercise

HML: Hospital Maria Lucinda

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

ABNT: Associação Brasileira de Normas técnicas

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FPS: Faculdade Pernambucana de Saúde

IMIP: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

CNS: Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo Geral	10
2.2. Objetivos Específicos	10
III. MÉTODOS	11
3.1. Desenho do estudo	11
3.2. Local do estudo	11
3.3. Período do estudo	12
3.4. População do estudo	12
3.5. Critérios de elegibilidade	13
3.5.1. Critério de inclusão	13
3.5.2. Critério de exclusão	13
3.6. Etapas do trabalho	13
3.6.1. Treinamento	13
3.6.2. Aplicação do <i>Mini-CEX</i>	14
3.6.3. Coleta de dados	15
3.6.4. Análise dos dados	16
3.7. Aspectos Éticos	16
3.8. Conflito de interesse	17
IV. RESULTADOS	18
4.1. Artigo Científico	19
4.2. Produto Técnico	49

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
VI. RECOMENDAÇÕES	67
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
VIII. APÊNDICES.....	76
APÊNDICE A: Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada - Preceptor	76
Dados de contextualização:	76
APÊNDICE B: Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada – Residente	78
Dados de contextualização:	78
APÊNDICE C: Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido para Preceptores.....	80
APÊNDICE D: Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido: para Residentes.....	83
APÊNDICE E: Termo de Confidencialidade.....	86
IX. ANEXOS	87
ANEXO A: <i>Mini-Clinical Evaluation Exercise (CEX)</i>.....	87
ANEXO B: Avaliação de Competências Clínicas do Residente	88
ANEXO C: Orientações da Revista	90
ANEXO D : Parecer do CEP	110

I. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, tem havido mudanças na educação médica, deixando o modelo de ensino tradicional Flexneriano, baseado em estruturas e processos para um currículo baseado em competências e avaliação dos resultados. A educação baseada em competência tem como objetivo formar médicos capazes de garantir padrões de atendimento de qualidade e segurança ao paciente, portanto procura investir em métodos de avaliação formativos que possibilitem esses objetivos profissionais.¹⁻⁴

Competência profissional na área de saúde deve ser entendida como a capacidade do ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e atitudes para prevenir e resolver problemas de saúde em situações específicas do exercício profissional.⁵ Segundo Depresbiteris⁶, define-se competência como a capacidade de mobilização de diversos saberes: saber-fazer, saber-ser e saber-agir.

Para discutir sobre competência, George Miller⁷, em 1990, desenvolveu um modelo de competência profissional representado por uma pirâmide composta de vários níveis. O primeiro nível, a base, envolve o conhecimento (“saber”); um segundo nível engloba a habilidade de aplicar o conhecimento em determinado contexto (“saber como”); o próximo nível reflete a habilidade de agir corretamente numa situação simulada (“mostrar como”); o quarto nível refere-se à prática em situações clínicas reais (“fazer”).⁷

Em 2016, foi proposto um novo patamar à pirâmide de Miller, o “ser”, para refletir sobre as atitudes, valores e comportamentos esperados para o profissional médico. Pois tanto pela sociedade como pela sua profissão existem certos atributos essenciais que um “bom médico” precisa ter como competência no seu exercício profissional, um olhar com

cuidado e compaixão para o seu paciente, além de sempre preservar a honestidade e a integridade diante das situações clínicas.⁸

Rethans⁹ e colaboradores refinaram o terceiro e o quarto patamares da pirâmide de Miller, definindo competência como o nível “mostrar como” e desempenho o “fazer”, e considerando a competência como pré-requisito para o desempenho. Portanto, durante a observação da atuação do desempenho consegue identificar como o médico pratica suas diferentes competências utilizando inúmeras habilidades técnicas e humanísticas para melhorar sua prática diária em benefício dos pacientes.^{10,11}

Vários fatores podem influenciar o desempenho do médico durante a sua prática clínica, como disponibilidade de tempo, cansaço, humor do médico e do paciente, relacionamento do médico com o paciente, colegas e outros profissionais da saúde. Sendo assim, pode-se dizer que competência engloba um conjunto de elementos cognitivos, interpessoais, afetivos, emocionais e morais, passíveis de desenvolvimento e aprimoramento a partir da prática e reflexão.^{8,12}

Os estudantes da área médica precisam adquirir as competências nos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. Em relação ao domínio cognitivo, refere-se às habilidades de natureza puramente intelectual, como aquisição de conhecimento, compreensão, análise e capacidade de síntese, entre outras. As habilidades psicomotoras demandam os órgãos do sentido e o sistema neuromuscular para o desempenho de tarefas específicas. E o domínio afetivo compreende atitudes, crenças, valores e juízos acerca das situações, funcionando como importantes determinantes da emissão de comportamentos específicos, favoráveis, desfavoráveis ou neutros em relação à atuação profissional.¹³

A maneira de averiguar e direcionar a aquisição de competência é por meio da avaliação. A avaliação da competência (o que o estudante ou médico é capaz de fazer) deve fornecer impressões sobre o desempenho real (o que ele faz habitualmente quando

não observado), bem como a capacidade de se adaptar à mudança, encontrar e gerar novos conhecimentos e melhorar o desempenho geral. ¹⁴

Algumas faculdades de medicina e alguns programas de pós-graduação empenharam-se para fornecer avaliações precisas, confiáveis e oportunas para verificar as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) dos estagiários e dos médicos em exercício. Tendo como objetivo certificar se as competências foram adquiridas nos futuros praticantes, discriminar entre os candidatos preparados para avançar em treinamentos com exigências maiores, motivar e direcionar o estudante para a aprendizagem, através de instrumentos de avaliações que promovam confiança no aluno, aumentem a capacidade de se automonitorar e de se autoavaliar, além de julgar se o treinamento está sendo adequado para aquele programa educacional. ^{15,16}

A avaliação pode ser: formativa, quando o objetivo é orientar o aprendizado futuro, fornecer segurança, promover reflexão e moldar valores; e/ou somativa, geralmente realizada ao final de um determinado período de formação, e determina se os objetivos desejados foram alcançados com sucesso, o que em geral é expresso por meio de notas ou conceitos. Além do mais, o conteúdo, o formato e a frequência da avaliação devem seguir a partir dos objetivos específicos do programa de Educação, e os vários domínios de competência devem ser avaliados de forma integrada, coerente e longitudinal, usando múltiplas ferramentas de avaliação e fornecendo feedback construtivo. ¹²

Vários instrumentos de avaliação foram desenvolvidos para qualificar o processo de ensino aprendizagem. Alguns desses métodos se concentram no domínio cognitivo da aprendizagem e exigem que os alunos apresentem seu conhecimento em exames escritos ou orais, enquanto outros enfatizam a avaliação das habilidades clínicas dos alunos, seja em uma configuração simulada, como o *Objective Structured Clinical Examination*

(OSCE), e a simulação realística ou em um ambiente de trabalho com pacientes reais, que tem como padrão ouro o *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)*.^{17,18}

A escolha do instrumento de avaliação deve levar em conta cinco critérios que irão determinar a utilidade de um método particular de avaliação: confiabilidade, se o teste pode ser reproduzido em outro ambiente; validade, se mensura o que se pretende avaliar; impacto na aprendizagem, avalia se os alunos estão atingindo os objetivos educacionais propostos; aceitabilidade, se é aceito por professores e alunos e o custo.¹⁹

Procurando avaliar o quarto nível da pirâmide de Miller, o "fazer", em um contexto real, o *Mini-CEX* é um método de avaliação que utiliza a observação direta da prática profissional entre o aluno e o paciente, concentra nas habilidades que os estudantes demonstram no encontro com o paciente e usa um formulário previamente estabelecido e um feedback subsequente. Uma importante característica desse instrumento de avaliação formativa é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do médico assistente em seu local de trabalho. É exatamente a maneira de lidar com situações delicadas que o profissional de saúde vai demonstrar sua competência. O estudante deve aprender a tomar decisões em momentos de incertezas e aprender a lidar com a complexidade, singularidade e os conflitos de valores que quase sempre escapam à racionalidade técnica.

20,21

O *Mini-CEX* teve origem nos Estados Unidos na década de 90 e foi inicialmente desenvolvido pelo *American Board of Internal Medicine*. Durante a realização do *Mini-CEX*, o avaliador observa o estudante realizando uma tarefa clínica específica durante uma consulta com um paciente. Usa uma escala de classificação de 1 a 9 pontos, organizada em três níveis de insatisfatório (1-3), satisfatório (4-6) e superior (7-9), e o item não observado, caso aquela competência específica não fosse passível de ser avaliada naquele encontro. E posteriormente, o professor avalia e fornece feedback informando

os pontos positivos e os pontos a melhorar sobre o desempenho do estudante. O tempo médio sugerido para avaliação de residentes é de 15 a 20 minutos de encontro clínico seguido de 5 a 15 minutos de feedback, totalizando em média 30 minutos.^{20,21}

Essa ferramenta avalia uma variedade de habilidades clínicas, como acolhimento (demonstrar respeito, empatia e compaixão pelo paciente), comunicação (comunicar-se efetivamente, usando linguagem clara e compreensível), anamnese (realizar uma entrevista numa sequência lógica e eficiente), exame físico (realizar técnicas semiológicas para realizar exame físico), habilidade para procedimento (realizar procedimentos com segurança), organização e eficiência (atender o paciente e sintetizar as informações em um tempo adequado) e planejamento de intervenções (formular hipótese e construir um plano terapêutico).²²

Uma das vantagens do *Mini-CEX* é o impacto na aprendizagem. O fornecimento de um feedback contextual e imediato contribui para o estudante refletir sobre seu julgamento clínico, sua tomada de decisão e habilidades profissionais. Como visto numa meta-análise que o feedback do desempenho é o fator mais importante para influenciar na atuação com um tamanho de efeito de 0,79.^{23,24}

Outra vantagem é de utilizar modelos de avaliação padronizados, os que possibilitam a repetição em diversos ambientes clínicos, podem ser usados em pacientes com níveis de complexidades diferentes, como também, permitem a avaliação de diferentes atributos profissionais.^{23,24} Tem como desvantagem a necessidade de seis a dez encontros para gerar uma confiabilidade maior que 0,8 e, portanto, diminuindo a subjetividade entre os avaliadores, tem especificidade limitada e precisa de conteúdo e tempo necessário para concluí-lo.^{25,26} Além de que para melhorar a validade do instrumento é necessário o treinamento do avaliador antes de aplicar a ferramenta.^{2,19}

No Brasil, a Residência Médica, como modalidade de especialização *lato sensu* de pós-graduação, é considerada o padrão-ouro para a formação dos profissionais médicos. Funciona em instituições de saúde e, para sua atuação na prática clínica, é necessário ter a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.²⁷ Portanto durante a residência, os preceptores precisam instruir, orientar e observar os residentes durante a sua prática clínica com objetivo de atingirem as competências necessárias para atender a população com segurança e qualidade.

Residências em Pediatria tem sido a estratégia de treinamento mais eficaz e abrangente para treinamento de pediatras. É um sistema que permite uma combinação de atividade educacional e de cuidado com base no crescimento e responsabilidades supervisionadas, o que é ideal na transferência de competências profissionais. E em 2016 Comissão Nacional de Residência Médica publicou as competências necessárias que cada residente deverá adquirir por ano de residência. Então, como qualquer programa de treinamento deve existir um sistema de avaliação que permite avaliar e credenciar a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes.^{27,28}

Em 1998, o Conselho de Credenciamento de Educação Médica de Pós-Graduação (ACGME) preocupado com a formação dos residentes deu início a projetos com foco em desenvolvimento de ferramentas de avaliação direcionadas a várias competências, tais como, conhecimento médico, atendimento ao paciente, relacionamento interpessoal e habilidades de comunicação, prática baseada em sistemas, profissionalismo e aprendizagem e melhoria baseadas na prática.²⁹ Entre as ferramentas de observação direta no local de trabalho, o *Mini-CEX* desempenha um papel importante como método de avaliação nos programas de residência médica.^{30,31}

Este instrumento tem sido utilizado na residência médica tanto para avaliação formativa como somativa.^{32,33} Estudo avaliando o desenvolvimento e a implementação desse instrumento, observou que os avaliadores tenderam a aderir mais facilmente aos princípios do *Mini-CEX* como avaliação formativa, e proveram feedback mais frequentemente.³⁴ Outro estudo de Loon e colaboradores, informa que o *Mini-CEX*, quando usado como avaliação somativa, deve ser utilizado junto com outras ferramentas de avaliação.³⁵

O feedback é um componente importante da avaliação formativa do *Mini-CEX*. Um dos fatores que influencia é como os avaliadores fornecem o feedback. No trabalho de Loward, observou-se que em torno de 27% dos estudantes não recebiam o feedback sobre o seu desempenho ou muitas vezes não era específico e honesto com o residente, pois a natureza do feedback de se colocar face a face com o estudante muitas vezes deixava o avaliador incomodado de pontuar negativamente. No entanto, um feedback, bem aplicado ao residente, fornece um aprendizado, pois dá oportunidade de rever as suas falhas e corrigi-las nas próximas avaliações.³⁶

Outro fator que influencia o impacto educacional do feedback é como os estudantes recebem e interpretam o feedback dado pelos avaliadores. Como visto no estudo realizado na University of British Columbia, Canadá, um bom feedback vai depender de como os estudantes estão preparados para receber as críticas construtivas dos supervisores.³⁷

Durante a implementação do *Mini-CEX* na residência de cardiologia em Buenos Aires, foi observado que os residentes apoiam o *Mini-CEX* como ferramenta de avaliação e de aprendizagem. Os residentes conseguem aprender com a ferramenta, pois usam estratégias de autorregulação para selecionar, relacionar e fazer avaliações críticas de seu

aprendizado. Demonstram consistentemente uma relação entre a experiência vivida na sua rotina prática diária e as competências esperadas para aquela avaliação.³⁸

Outro estudo Argentino de implementação do *Mini-CEX* pontua a importância de, antes de sua aplicação em uma residência, definir as competências esperadas para o desempenho profissional de cada ano de treinamento. Portanto a utilização de modelos de avaliação padronizados e a utilização dos descritores específicos para cada ano de residência facilitaram a avaliação e a tornaram mais específica para cada tipo de programa.²⁸

Para ter um resultado desejado do *Mini-CEX*, um estudo de revisão realizado por Sara Mortaz e colaboradores, enfatiza a importância de realizar treinamento anterior para os avaliadores e estagiários antes da aplicação da ferramenta com diretrizes escritas e online, apresentações em slides, workshops interativos, materiais baseados em vídeo, etc.¹⁸ Como visto no estudo de Weston e Smith, a falta de uma capacitação prévia deixava os avaliadores e os residentes sem conhecimento suficiente para aplicar essa ferramenta, o que dificultava o entendimento do objetivo de aprendizado da mesma.³³

Um trabalho realizado na Índia de implementação do *Mini-CEX* numa residência de pediatria, os residentes foram avaliados e receberam feedback em diversos cenários de prática pediátrica, como enfermaria, ambulatório e unidade terapia intensiva pediátrica e neonatal. Tanto para os professores como para os residentes o *Mini-CEX* foi bem aplicado em diversos cenários clínicos e possibilitou que os residentes, através do feedback, tivessem motivação para buscar mais informações de melhoria e aprendizado.³⁹

Num estudo realizado no Brasil por Marinho e colaboradores, a aplicação do *Mini-CEX* foi realizada à beira do leito aos residentes de clínica médica e enfatizou a realização desse instrumento durante a rotina prática do residente e como também a presença do preceptor observando diretamente a sua atuação clínica.⁴⁰ Outro estudo também no

Brasil, foi sobre a aplicação desse instrumento nos residentes de pediatria na sala de parto e observou-se o instrumento sendo adequado à avaliação de desempenho de residentes de pediatria na assistência neonatal.⁴¹

Portanto, o *Mini-CEX* é um instrumento válido e confiável para avaliar as competências clínicas dos residentes de pediatria. A sua implementação num programa de residência médica (PRM) de pediatria oferece uma oportunidade para os residentes serem avaliados, por um método objetivo, estruturado e sistemático que analisa, não apenas o desempenho deles, como também identifica as falhas, e favorece as medidas corretivas proporcionando melhoria nos processos de ensino e aprendizagem.^{42,43}

Por esse motivo, buscando qualificar o processo avaliativo, o presente estudo se propõe a treinar, implementar e analisar o uso do *Mini - CEX* como uma ferramenta de avaliação formativa em um programa de residência de pediatria em um Hospital em Recife.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a percepção dos preceptores e residentes sobre o uso do *Mini-CEX* como ferramenta de avaliação numa Residência de Pediatria em um Hospital no Recife.

2.2. Objetivos Específicos

- Realizar uma oficina teórico-prático sobre *Mini-CEX* para capacitar os preceptores na utilização desse instrumento de avaliação;
- Aplicar o *Mini-CEX* na avaliação de residentes pelos preceptores em dois cenários clínicos do programa de residência: enfermaria e ambulatório;
- Compreender a percepção dos preceptores e residentes em relação a implementação do *Mini-CEX*;

III. MÉTODOS

3.1.Desenho do estudo

Realizado um estudo de pesquisa-ação educacional qualitativo.⁴³

3.2.Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Maria Lucinda (HML), Recife-PE. Possui 40 leitos de enfermaria pediátrica, quatro consultórios de pediatria geral, uma Unidade de Terapia Intensiva Mista com dez leitos sendo três de pediatria e sete de neonatologia e uma emergência pediátrica para atender a população da cidade do Recife -PE.

Oferece programa de residência de pediatria desde 2013 com duração de dois anos e em 2015 ampliou para três anos, oferecendo quatro vagas de residentes por ano durante os três anos e possui quatro preceptores de pediatria no ambulatório e quatro na enfermaria.

O programa de residência médica de pediatria utiliza seis instrumentos de avaliação tradicionais. São os seguintes:

- Avaliação global de desempenho: Consiste na avaliação das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) esperadas do residente ao final de cada rodízio realizada pelo preceptor. Utiliza um instrumento de avaliação ainda não validado.
- Avaliação cognitiva: Consiste em um teste escrito com questões de múltipla escolha e/ou questões abertas obrigatório e trimestral e de caráter somativo.

- Avaliação das atividades teóricas: Consiste na avaliação do desempenho do residente, de caráter formativo, em cada seminário/clube revista realizado pelo preceptor responsável.
- Trabalho de conclusão de curso: Consiste na apresentação de um relato de caso escolhido durante o período da residência, orientado por um preceptor da instituição e usando as regras metodológicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e aprovado pelo comitê de Ética e pesquisa.
- Auto avaliação: Consiste na avaliação do desempenho do residente realizada por ele próprio através do preenchimento de um questionário. Esta avaliação é realizada no final de cada rodízio e tem caráter formativo.
- Avaliação do rodízio: O residente avalia as atividades realizadas, os preceptores e a infraestrutura através de um formulário próprio. Além de fornecer um feedback verbal em reunião com o supervisor do programa.

3.3.Período do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de fevereiro de 2019 a novembro de 2020.

3.4.População do estudo

Foram convidados oito médicos pediatras que realizam atividade de preceptoria da residência médica de pediatria deste Hospital nos cenários de enfermaria e ambulatório. E onze médicos residentes de pediatria do Hospital, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. No entanto, foram elegíveis apenas 4 médicos

pediatras e 10 médicos residentes, sendo quatro do primeiro ano, três do segundo ano e quatro do terceiro ano.

3.5. Critérios de elegibilidade

3.5.1. Critério de inclusão

- Médicos preceptores no exercício da preceptoria nas atividades do ambulatório e da enfermaria com os residentes de pediatria do HML;
- Médicos residentes inscritos no programa de residência médica em pediatria do HML no período do estudo e participando regularmente das atividades do ambulatório e da enfermaria.

3.5.2. Critério de exclusão

- Médicos preceptores em regime de férias ou de licença de qualquer natureza;
- Médicos residentes com matrícula trancada, em regime de férias ou de licença de qualquer natureza;
- Médicos preceptores que apresentem algum conflito de interesse com a pesquisa;
- Médicos preceptores que negaram participar da pesquisa.

3.6. Etapas do trabalho

3.6.1. Treinamento

Inicialmente foi aplicada uma oficina teórico-prática sobre o *Mini-CEX* com duração de 6h, realizada no Hospital do estudo com os oito preceptores que realizam

atividade de preceptoria da residência médica de pediatria desse Hospital. A oficina foi baseada num curso que foi desenvolvido e previamente aplicado no programa de desenvolvimento docente da Faculdade Pernambucana de Saúde sobre avaliação em ambientes clínicos e *Mini-CEX*.⁴⁴

Durante a oficina foram discutidas as bases teórico-práticas do instrumento, para garantir que todos os preceptores tivessem um bom entendimento do *Mini-CEX* e pudessem aplicar de forma uniforme, bem como oferecida uma prática de simulação do instrumento e das várias maneiras de oferecer o feedback.

No momento da oficina foi solicitado a assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os preceptores. E para os residentes, durante uma reunião clínica onde todos estavam presentes e foi explicado o projeto e registrado as assinaturas dos que aceitaram o convite a participação.

3.6.2. Aplicação do *Mini-CEX*

Quatro preceptores treinados aplicaram o *Mini-CEX* usando um formulário, traduzido e adaptado do proposto pelo *American Board of Internal Medicine* (Anexo A)⁴⁵ e utilizado nos cenários de prática dos estudantes da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), como instrumento de avaliação formativa e somativa dos residentes de pediatria nos cenários de enfermaria e do ambulatório (Anexo B).

O dia e a hora da avaliação tanto na enfermaria como no ambulatório foram previamente definidos e conveniente tanto para o preceptor como para o residente. O paciente era definido na hora do exame.

Durante a observação do estudante desempenhando uma tarefa específica, o avaliador preencheu o formulário dando um score para as competências que foram

desempenhadas; acolhimento, comunicação, anamnese, exame físico, habilidades para procedimentos, julgamento clínico e capacidade de síntese e planejamento das intervenções. Em cada competência se dava um valor de 1-3 para desempenho insatisfatório, 4-6 para um bom desempenho, e 7-9 para excelente desempenho e checava o item não observado quando não era objetivo de avaliar aquela competência.

No final do encontro, o preceptor forneceu feedback ao residente sobre o seu desempenho em cada competência, estimulando a reflexão sobre os pontos fortes e os pontos a melhorar observados naquele encontro. E no final, colocava o tempo gasto na realização do *Mini-CEX* e do feedback.

3.6.3. Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os quatro preceptores e os dez residentes elegíveis para o estudo.^{46,47}

Como a coleta aconteceu durante o período de pandemia da covid-19, as entrevistas foram realizadas a distância, pela plataforma de acesso livre Zoom que garantia o conforto e a proteção do entrevistado como também permitia a gravação. Essas foram realizadas pelo pesquisador e tiveram duração média de 10-15 minutos. O momento para a realização das entrevistas foi agendado conforme disponibilidade e tempo dos participantes.

Inicialmente as entrevistas começaram com termos para caracterização sociodemográficas e acadêmicas dos entrevistados, como nome, idade, sexo, tempo de preceptoria (para os preceptores) seguida por uma pergunta disparadora (- O que você achou do instrumento *Mini-CEX*?). Posteriormente, o entrevistador seguiu um roteiro com tópicos para direcionar perguntas com objetivo de explorar a opinião dos entrevistados em relação a determinados temas importantes para a discussão, de acordo

com a revisão de literatura. Foram explorados os seguintes tópicos: identificar as competências, feedback, ambiente de prática, fatores facilitadores e de barreira para a avaliação, interações entre examinador e examinado, percepção em relação às características do examinador, duração, influência que a avaliação de um residente pode exercer sobre os demais e o grau de satisfação. (Apêndice A).

3.6.4. Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas pela plataforma de acesso livre Zoom e arquivadas em MP3. Os dados coletados foram transcritos na íntegra. Após a transcrição, as gravações foram arquivadas em WORD na versão 2009, respeitando os critérios de confidencialidade.

Para analisar as entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin^{48,49} que prevê três fases fundamentais: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Na pré-análise, foi realizado uma leitura abrangente e minuciosa das transcrições das frases procurando organizar, operacionalizar e sistematizar as ideias para o desenvolvimento da análise seguida da exploração do material, grifando os núcleos de sentido, relacionando as palavras semelhantes e elaborando possíveis categorias. A partir das quais iniciou a tecer uma relação com as referências bibliográficas e com as interpretações das falas dos entrevistados.

3.7. Aspectos Éticos

Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C e D).

A proteção dos participantes da pesquisa constitui a razão fundamental das Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, número do parecer 3.200.102 e CAAE número 04460818.0.0000.5569.

No estudo, o pesquisador e os preceptores de pediatria disponibilizaram de seu tempo para realizar uma oficina sobre o *Mini-CEX* de duração de 6h, posteriormente um tempo para aplicar essa ferramenta de avaliação num ambulatório e posteriormente, incluindo também a disponibilidade de tempo dos residentes, tempo para participar da entrevista individual. Por outro lado, esse estudo trouxe experiências em um novo modelo de avaliação que é o padrão ouro na avaliação do desempenho em cenário real.

3.8. Conflito de interesse

Os pesquisadores declaram não haver conflitos de interesse na realização da presente pesquisa.

IV. RESULTADOS

Essa dissertação terá como resultado dois produtos:

1. Artigo para ser submetido a **Revista Ciência & Saúde Coletiva**
2. Um manual com orientações para implementação do *Mini-CEX* em programas de residência médica.

4.1. Artigo Científico

Ana Catarina Accioly Gomes

Médica Pediatra com área de atuação em infectologia pediátrica.

Médica Pediatra preceptora da residência médica de pediatria do Hospital Maria Lucinda.

Local de Trabalho: Hospital da Restauração e Hospital Infantil Maria Lucinda.

E- mail: acbagoes@gmail.com

Telefone para contato: (081) 992037406

Prof. Dr. Edvaldo Souza

Doutor em Saúde Materno Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Coordenador do curso de Medicina da Pernambucana de Saúde (FPS).

Local de Trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

E- mail: edvaldo.s@fps.edu.br

Telefone para contato: (081) 9977-3443

Profa. Dra Tereza Rebeca de Melo e Lima

Doutora em Saúde Materno Infantil (IMIP)

Coordenadora de tutor do curso de Medicina da FPS.

Coordenadora do Internato Médico em Pediatria do IMIP.

Membro do Comitê De desenvolvimento Docente da FPS. Mestre em Educação para Profissões de Saúde pela Universidade de Maastricht

Local de Trabalho: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

E- mail: terezarebecca@fps.edu.br

Telefone para contato: (081) 9262-8299

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO *MINI CLINICAL EVALUATION EXERCISE* (*MINI-CEX*) NO PROCESSO AVALIATIVO DE UMA RESIDÊNCIA DE PEDIATRIA NA PERSPECTIVA DE PRECEPTORES E RESIDENTES.

RESUMO

Introdução: O *Mini-CEX* é um instrumento válido e confiável para avaliar as competências clínicas dos residentes durante a sua prática clínica. A sua implementação num programa de residência médica (PRM) de pediatria oferece uma oportunidade para os residentes serem avaliados, por um método objetivo, estruturado e sistemático que analisa o desempenho deles, identifica as falhas e favorece medidas corretivas proporcionando melhorias nos processos de aprendizagem. **Objetivo:** Analisar o uso do *Mini-CEX* como ferramenta de avaliação numa residência de pediatria na perspectiva de preceptores e residentes. **Método:** Realizado um estudo de pesquisa-ação educacional qualitativo. Inicialmente foi realizada uma oficina teórico-prática sobre o *Mini-CEX* para os preceptores da residência médica de pediatria em um Hospital Filantrópico na cidade do Recife -PE. Posteriormente os preceptores treinados aplicaram o *Mini-CEX* aos residentes nos cenários reais de prática em enfermaria e ambulatório. Após a implementação, a coleta de dados foi feita utilizando entrevistas semiestruturadas com os participantes. A análise de dados foi feita de acordo com a técnica proposta por Bardin. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CAAE 04460818.0.0000.5569. **Resultados:** Participaram quatro preceptoras e dez residentes de pediatria. Foram realizadas 26 avaliações. A partir da análise das narrativas apresentadas nas entrevistas, emergiram cinco categorias: 1) Estrutura do *Mini-CEX*: objetivo, prático e de observação direta; 2) o *Mini-CEX* como instrumento para avaliação formativa: a importância do feedback na aprendizagem; 3) Aplicação do *Mini-CEX*: a influência do cenário, das

interferências e da duração; 4) Preparação do avaliador e do residente para aplicação do *Mini-CEX*: importância do treinamento anterior; 5) relação preceptor-residente na aplicação do *Mini-CEX*: relação de proximidade interferiram positivo e negativamente na aplicação da ferramenta.

Conclusão: O *Mini-CEX* foi bem aceito pelos preceptores e residentes pois além de ser um método de avaliação prático e confiável, é uma ótima ferramenta de avaliação formativa para ser aplicada nos cenários de prática durante a residência médica de pediatria.

Palavras-Chave: avaliação de desempenho profissional, residência, feedback, competência, educação médica

ABSTRACT

Introduction: The *Mini-CEX* is a valid and reliable instrument to assess the clinical skills of residents during their clinical practice. Its implementation in a pediatric medical residency program (PRM) offers an opportunity for residents to be evaluated, by an objective, structured and systematic method that analyzes their performance, identifies the flaws and favors corrective measures providing improvements in the learning processes. Objective: To analyze the use of *Mini-CEX* as an assessment tool in a pediatric residency from the perspective of preceptors and residents. Method: A qualitative educational action research study was conducted. Initially, a theoretical-practical workshop on the *Mini-CEX* was held for the preceptors of the pediatric medical residency at a Philanthropic Hospital in the city of Recife - PE. Subsequently, the trained preceptors applied the *Mini-CEX* to residents in the real practice scenarios in the ward and outpatient settings. After implementation, data collection was done using semi-structured interviews with the participants. Data analysis was performed according to the technique proposed by Bardin. The project was approved by the research ethics

committee of Faculdade Pernambucana de Saúde CAAE 04460818.0.0000.5569. Results: 4 preceptors and 10 pediatric residents participated. 26 evaluations were carried out. From the analysis of the narratives presented in the interviews, 5 categories emerged: 1) *Mini-CEX* structure: objective, practical and direct observation; 2) *Mini-CEX* as an instrument for formative evaluation: the importance of feedback in learning; 3) Application of *Mini-CEX*: the influence of the scenario, the interferences and the duration; 4) Preparing the evaluator and the resident to apply the *Mini-CEX*: importance of previous training; 5) preceptor-resident relationship in the application of the *Mini-CEX*: proximity relationship interfered positively and negatively in the application of the tool. Conclusion: *Mini-CEX* was well accepted by preceptors and residents because besides being a practical and reliable evaluation method, it is a great formative evaluation tool to be applied in practice scenarios during pediatric medical residency.

Keywords: professional performance evaluation, residency, feedback, competence, medical education

INTRODUÇÃO

Treinar médicos para melhorar a qualidade de cuidados de saúde e atender às expectativas da sociedade são os objetivos principais da educação médica atual. Os educadores devem planejar um programa de treinamento baseado nos princípios da educação baseada em competências.¹

Em 1998, o Conselho de Credenciamento de Educação Médica de Pós-Graduação (ACGME) deu início a projetos para formação de residentes com foco em desenvolvimento e avaliação das seis competências, incluindo conhecimento médico, atendimento ao paciente,

relacionamento interpessoal e habilidades de comunicação, prática baseada em sistemas, profissionalismo e aprendizagem e melhoria baseadas na prática ². Entre as ferramentas de avaliação direcionadas a várias competências evoluindo ao longo dos anos, a observação direta no local de trabalho desempenhou um papel importante no processo dessas reformas educacionais.^{3,4}

O *Mini-CEX* é um método de avaliação que utiliza a observação direta da prática profissional entre o aluno e o paciente, concentra nas habilidades que os estudantes demonstram no encontro com o paciente e usa um formulário previamente estabelecido e um feedback subsequente. A principal característica desse instrumento de avaliação formativa de competência clínica é reproduzir da maneira mais fiel possível a rotina do médico assistente em seu local de trabalho. É justamente na maneira de lidar com situações delicadas que o residente vai mostrar sua competência, porque, na vida profissional, ele não estará examinando atores ou manequins. O estudante deve aprender a tomar decisões sob condições de incerteza e lidar com a ambiguidade, a complexidade, a singularidade e os conflitos de valores que quase sempre escapam à racionalidade técnica.⁵

O *Mini-CEX* teve origem nos Estados Unidos na década de 1990 e foi inicialmente desenvolvido pelo *American Board of Internal Medicine*. Avalia uma variedade de habilidades clínicas, como acolhimento (demonstrar respeito, empatia e compaixão pelo paciente), comunicação (comunicar-se efetivamente, usando linguagem clara e compreensível), anamnese (realizar uma entrevista numa sequência lógica e eficiente), exame físico (realizar técnicas semiológicas para realizar exame físico), habilidade para procedimento (realizar procedimentos com segurança), organização e eficiência (atender o paciente e sintetizar as informações em um tempo adequado) e planejamento de intervenções (formular hipótese e construir um plano terapêutico).⁵ O estudante é observado diretamente por um avaliador ao realizar uma tarefa clínica específica durante um encontro com um paciente. O professor avalia e fornece feedback

estruturado sobre o desempenho do estudante. Usa uma escala de classificação de 1 a 9 pontos, organizada em três níveis de insatisfatório (1-3), satisfatório (4-6) e superior (7-9). O tempo médio sugerido para avaliação de residentes é de 15 a 20 minutos de encontro clínico seguido de 5 a 15 minutos de feedback, totalizando 30 minutos.^{6,7}

A implementação do *Mini-CEX* num programa de residência de pediatria oferece uma oportunidade para os residentes serem avaliados, por um método mais objetivo, estruturado e sistemático que analisa, não apenas o desempenho deles, como também identifica as falhas, e favorece as medidas corretivas proporcionando melhoria nos processos de ensino e aprendizagem.^{8,9}

O programa de residência médica de pediatria do Hospital Filantrópico localizado na cidade do Recife, avalia seus residentes de maneira formativa e somativa, através de diferentes instrumentos de avaliação por diferentes preceptores, a fim de contemplar as competências exigidas. Entretanto não utiliza instrumentos de avaliação que possa avaliar o residente atendendo um paciente durante sua rotina de prática e posteriormente receber um feedback do preceptor imediato e contextual sobre seu desempenho. Por esse motivo, buscando qualificar o processo avaliativo, propõe-se analisar o uso do *Mini-CEX* como uma ferramenta de avaliação formativa na residência de pediatria sob perspectiva dos preceptores e residentes neste Hospital localizado na cidade do Recife -PE.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de pesquisa-ação educacional qualitativo¹⁰ no Hospital Filantrópico situado na cidade de Recife, Pernambuco, no período de fevereiro de 2019 a novembro de 2020. Este Hospital oferece programa de residência de pediatria desde 2013 com

duração de dois anos e em 2015 ampliou para três anos, oferecendo cerca de quatro vagas de residentes por ano durante os três anos.

Foram convidados para participar da pesquisa os oito médicos pediatras que realizam atividade de preceptoria da residência médica de pediatria deste Hospital. E os onze médicos residentes de pediatria do Hospital, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica. No entanto, foram elegíveis 4 médicos pediatras, pois um estava de férias, outro era supervisor da residência, e poderia interferir nos resultados, e os outros dois não quiseram participar. E os dez médicos residentes, um não pode participar por motivos pessoais, participando quatro do primeiro ano, três do segundo ano e quatro do terceiro ano.

Inicialmente foi aplicada uma oficina teórico-prática sobre o *Mini-CEX* com duração de 6h, realizado aos oito preceptores da residência médica de pediatria desse Hospital.

Durante a oficina foram apresentadas as bases teórico-práticas do *Mini-CEX*, para garantir que todos os avaliadores tivessem um bom entendimento do *Mini-CEX* e pudessem aplicar de forma uniforme. No final, foi conduzida uma prática de simulação de feedback entre dois participantes da oficina, onde cada um oferecia um feedback para o outro.

O dia e a hora da avaliação tanto na enfermaria como no ambulatório foram previamente definidos e de acordo com a disponibilidade dos preceptores e residentes. O paciente era escolhido na hora do exame. A maioria foram consultas de primeira vez, mas também houve consultas de retorno. Durante o período da coleta foram realizadas vinte e seis avaliações utilizando o *Mini-CEX*.

Os preceptores treinados aplicaram o *Mini-CEX* usando um formulário, traduzido e adaptado do proposto pelo *American Board of Internal Medicine*¹¹.

Durante a observação do estudante desempenhando uma tarefa específica, o avaliador preencheu o formulário dando um score para as competências que foram desempenhadas; acolhimento, comunicação, anamnese, exame físico, habilidades para procedimentos,

juízo clínico e capacidade de síntese e planejamento das intervenções. Em cada competência se dava um valor de 1-3 para desempenho insatisfatório, 4-6 para um bom desempenho, e 7-9 para excelente desempenho e checava o item não observado quando não era objetivo de avaliar aquela competência.

No final do encontro, o preceptor realizou o feedback, explicando ao residente sobre o seu desempenho em cada competência, estimulando a reflexão sobre os pontos fortes e fracos observados naquele encontro. E no final, colocava a duração do *Mini-CEX* e do feedback.

Posteriormente foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os residentes e preceptores.^{12,13}

Como a coleta aconteceu durante o período de pandemia da covid-19, as entrevistas foram realizadas pela plataforma de acesso livre Zoom que garantia o conforto e a proteção do entrevistado como também permitia a gravação. Essas foram realizadas pelo pesquisador e tiveram duração média de 10-15 minutos. O momento para a realização das entrevistas foi agendado conforme disponibilidade e tempo dos participantes.

Inicialmente as entrevistas começaram com solicitação das características sociodemográficas e acadêmicas dos entrevistados, como nome, idade, sexo, tempo de preceptoria (para os preceptores) seguida por uma pergunta disparadora (- O que você achou do instrumento *Mini-CEX*?). Posteriormente, o entrevistador seguiu um roteiro com tópicos para direcionar perguntas com objetivo de explorar a opinião dos entrevistados em relação a determinados temas importantes para a discussão. Utilizou os seguintes tópicos, identificar as competências, feedback, ambiente de prática, fatores facilitadores e de barreira para a avaliação, interações entre examinador e examinado, percepção em relação às características do examinador, duração, influência que a avaliação de um residente pode exercer sobre os demais e o grau de satisfação.

Todos os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram gravadas pela plataforma Zoom e arquivadas em MP3. Após a transcrição das gravações, as mesmas foram arquivadas em Word, respeitando os critérios de confiabilidade. Os dados coletados foram transcritos na íntegra.

Para analisar as entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin¹⁴ que prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação. Na pré-análise, foi realizada uma leitura abrangente e totalitária das transcrições das frases procurando organizar, operacionalizar e sistematizar as ideias para o desenvolvimento da análise seguida da exploração do material, grifando os núcleos de sentido, relacionando as palavras semelhantes e elaborando possíveis categorias. A partir das quais iniciou a tecer uma relação com as referências bibliográficas e com as interpretações das falas dos entrevistados.

A identificação dos entrevistados para garantir o anonimato constitui a razão fundamental das Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as resoluções de 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS, número do projeto CAAE 04460818.0.0000.5569.

RESULTADOS

Foram realizadas vinte e seis avaliações nos cenários de prática, sendo doze na enfermaria e catorze no ambulatório.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com quatro preceptores de pediatria sendo dois de ambulatório e dois de enfermaria. Adicionalmente foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez residentes de pediatria, sendo quatro do primeiro ano, três do segundo ano e três do terceiro ano. As entrevistas com os preceptores e com os residentes duraram em torno de 10 a 15 min.

Os dois preceptores do ambulatório tinham 39 e 43 anos e com os seguintes tempos de experiência em preceptoria 6 anos e 9 anos, respectivamente. Ambas do sexo feminino. Os dois da enfermaria tinham 27 e 32 anos e apresentavam um ano de experiência em preceptoria. Ambas do sexo feminino.

A residência médica em pediatria do Hospital Filantrópico na cidade do Recife tem duração de três anos. No primeiro ano participaram quatro residentes, sendo um do sexo masculino com 27 anos e os outros são do sexo feminino, sendo uma com 28 anos e duas com 30 anos. No segundo ano, participaram três residentes do sexo feminino com 28, 32 e 34 anos. E do terceiro ano participaram três sendo dois do sexo masculino com 29 e 30 anos e uma residente do sexo feminino com 34 anos.

A partir da análise das narrativas apresentadas nas entrevistas com os docentes e com os residentes emergiram cinco categorias: 1) Estrutura do *Mini-CEX*; 2) *Mini-CEX* como instrumento para avaliação formativa; 3) A aplicação do *Mini-CEX*; 4) Preparação do avaliador e do residente para aplicação do *Mini-CEX* e 5) Relação preceptor-residente na aplicação do *Mini-CEX*.

Categoria 1: A estrutura do *Mini-CEX*

Tanto para os preceptores como para os residentes, o fato do *Mini-CEX* ser estruturado, organizado e sequenciado facilitou de ser aplicado.

“...o fato do *Mini-CEX* ser bem estruturado, é uma análise ponto por ponto, ele tem uma sequenciadinha de raciocínio, ser bem organizadinho, e sequenciado que facilita que ele seja aplicado. ” (Preceptor A)

“Você tem de seguir o passo a passo, aquela lista de pontos. Achei interessante... uma forma fácil, que basicamente foi só fazer o que a gente já faz no dia-a-dia.” (Residente H)

Como também pontuaram a presença do preceptor observando diretamente o residente desempenhando as competências necessárias para aquela prática clínica diária.

“...é uma avaliação bem completa... a gente não está acostumando de tá sendo supervisionado em tudo que a gente faz...” (Residente G)

“... você está fazendo o atendimento e ao mesmo tempo você vai observando as atitudes e as posturas dos residentes. ” (Preceptor B)

Categoria 2: O *Mini-CEX* como um instrumento para avaliação formativa

O feedback foi considerado como a melhor parte do instrumento *Mini-CEX*. De acordo com os preceptores, o instrumento permite observar as atitudes e posturas dos residentes e permite fazer correções em momento posterior.

“... você tá fazendo o atendimento e ao mesmo tempo você vai observando as atitudes e as posturas do residente, pode fazer algumas correções depois, achei bem prático mesmo, de aplicar, fácil..” (Preceptor C)

“Pra mim é o ponto mais importante, né, da avaliação. É onde a gente vai realmente tentar identificar e mostrar pra ele onde ele pode melhorar, né.” (Preceptor A)

Na perspectiva dos residentes, o fato de poder perceber em que pontos houve a falha, isso permite o crescimento e a progressão enquanto profissional.

“você fazer uma auto avaliação? Você se percebe como você tá, e percebe pontos que você falhou, que pode corrigir, pode melhorar, e isso aí ajuda a pessoa ir progredindo, né, melhorando.” (Residente B)

“Falando de forma mais objetiva quais são os pontos, a competência, que ainda tá faltando, que ainda precisa melhorar um pouco mais, e os feedbacks foram muito importantes nesse sentido.” (Residente J)

Apesar dos preceptores terem formas diferentes de aplicar o feedback, forneciam de forma construtiva e positiva, colaborando para que os residentes refletissem criticamente e elaborassem um plano de melhoria.

“Cada observador pode dar um feedback de uma forma diferente e aí faz com que a gente construa uma proposta pra gente mesmo.” (Residente H)

O instrumento *Mini-CEX* avalia as competências dos residentes exigidas naquela consulta, portanto pode deixar passar alguma informação necessária para o crescimento profissional, segundo as falas dos preceptores e residentes. E destacam a importância de que, durante a residência, essa avaliação fosse programada para ser realizada em vários momentos durante o ano da residência a fim de observar a progressão dos desempenhos.

“... assim, uma avaliação pontual do que tá acontecendo naquele momento, e não assim, uma avaliação de progressão daquele residente. essas avaliações fossem feitas várias vezes para observar a progressão do residente.”

(Preceptor C)

“... seria alguma coisa pontual, pelo nervosismo pode deixar passar alguma coisa...” (Residente C)

“... se fosse implementado mais vezes, desde o R1, né? O R1, R2, R3, talvez a gente aproveitasse mais ainda...” (Residente F)

Categoria 3: A aplicação do *Mini-CEX*:

Um cenário de prática familiarizado e inserido na rotina de atendimentos dos residentes proporciona um ambiente acolhedor e propício para a realização do *Mini-CEX*, como relatado nas falas dos residentes e preceptores.

“Veja, o ambiente deles né, é um ambiente que eles tão muito tranquilos...”

(Preceptor A)

“... um instrumento que está avaliando você no seu cenário normal de prática. no ambulatório e na enfermaria, são dois cenários que são bem familiares pra mim...” (Residente E)

“... eu acho que o espaço que a gente é avaliado, se a gente tem mais familiaridade com ele, provavelmente a gente vai se sair melhor..” (Residente H)

Mas por outro lado, a realização da avaliação durante rotina de prática de atendimento ambulatorial sofreu algumas interferências dos próprios setores. Como exemplo, o número grande de pacientes para serem atendidos no ambulatório.

“... é um ambulatório muito cheio... se de repente o ambulatório tivesse sendo tocado separado dessa avaliação, eles se sentissem um pouco mais tranquilo...” (Preceptor A)

Outro problema identificado foram as interrupções externas frequentes durante o atendimento, que acabavam interferindo nas consultas e no raciocínio clínico tanto do residente como do preceptor. Como também a falta de materiais para realizar uma consulta de pediatria como balança, otoscópio, estadiômetro o que prejudicava o atendimento. No entanto, todas essas interferências foram importantes no processo avaliativo, pois o objetivo da ferramenta de avaliação é observar o residente atuando num cenário mais perto possível do real.

“Pelo menos o ambiente do ambulatório sempre tinha alguém entrando paravam um pouquinho o raciocínio pra poder tomar o raciocínio e atrapalhava.” (Preceptor D)

“No ambulatório, sempre acaba que alguém entra, ou porque quer usar a balança que não tem em todo consultório, ou o paciente batendo na porta que quer remarcar, do mesmo jeito na enfermaria chega às enfermeiras, técnicas, com alguma dúvida sobre outro paciente. Sempre tem um estímulo externo.”

(Residente I)

“No exame físico foi um pouquinho atrapalhado. A gente tá sem balança, sem estadiômetro nos consultórios, aí saía pra ir buscar.” (Residente F)

Os preceptores não se preocuparam em limitar o tempo de atendimento dos residentes. Observou-se que o tempo da avaliação no ambulatório foi maior que da enfermaria. No ambulatório durou em média 45 a 50 min e na enfermaria durou de 25 a 30 min. Essa diferença na duração sofreu influência de alguns fatores como o ano da residência, residentes do terceiro ano realizaram uma consulta mais rápida e direcionada em relação aos residentes de anos iniciais como mencionada abaixo.

“...na hora que eles estavam fazendo o *Mini-CEX*, a duração da consulta maior; normalmente a gente consegue fazer em 25-30 minutos, e a gente teve uma média de 45 minutos.” (Preceptor D)

“A duração da avaliação foi deixada bem, pelo menos pra mim, foi deixado bem livre, nenhuma das avaliadoras me cobrou, pediu pra eu acelerar.” (Residente H)

“Acho que por já ser R3, a gente consegue fazer em pouco menos de tempo do que um R1 ou um R2. A gente já consegue direcionar mais as perguntas, o que fazer, o que perguntar, tudo.” (Residente A)

Outra diferença observada em relação ao tempo de atendimento foi sobre a complexidade do paciente. Observou-se, nas falas dos entrevistados, que a consulta com pacientes mais complexos exigia do residente uma consulta mais demorada e mais detalhada, como visto em maior número nos atendimentos dos pacientes do ambulatório.

“... um paciente um pouco mais fácil, complexidade menor, eu acho que você consegue até estruturar melhor algumas condutas...” (Residente B)

Durantes as narrativas perceberam-se que a consulta no ambulatório era mais bem estruturada e detalhada o que fazia que os residentes demorassem mais tempo para concluir a avaliação. Enquanto na enfermaria exigia do residente uma avaliação mais direcionada e rápida para concluir o diagnóstico e plano terapêutico.

“... Acho que no ambulatório que você tem um pouco mais de tranquilidade, mais tempo pra poder fazer com calma, talvez ele flua melhor. No contexto da enfermaria, você tem que fazer um pouquinho mais rápido talvez porque tem outras coisas que tão demandando tanto o residente.” (Preceptor C)

“Coisas bem distintas porque se pedem coisas distintas, no ambulatório você faz condutas diferentes, pensamentos diferentes. A enfermaria, os meninos já tão internados ali, então você pensa outras coisas também.” (Residente B)

E para todos, o tempo de feedback foi considerado adequado. Conforme foi mencionado:

“Eu achei que os tempos dos feedbacks foram bons.” (Preceptor C)

“... feedback durou 10, no máximo 15 minutos, talvez pudesse ter sido até um pouco mais, mas foi eu acho que o problema estrutural mesmo não permitiu isso” (Preceptor D)

Categoria 4: Preparação do avaliador e do residente para aplicação do *Mini-CEX*.

O conhecimento prévio e o treinamento do *Mini-CEX*, antes da aplicação da ferramenta, com oficinas trabalhando os critérios de avaliação e a simulação do feedback, facilitaram os preceptores a se sentirem preparados para aplicar o instrumento.

“Aquele capacitação, né, porque eu não conhecia, e atrás tinha os criteriozinhos bem destrinchados.” (Preceptor B)

Com essa capacitação, os preceptores sentiam-se mais confiantes para explicar aos residentes o funcionamento da ferramenta de avaliação, os pontos que seriam observados e analisados e posteriormente sobre o momento do feedback. Além do treinamento anterior, os preceptores relatavam que à medida que praticavam as avaliações, se sentiam mais preparados de praticar o *Mini-CEX*.

“...eu conversava um pouquinho pra dizer o que era que a gente estava fazendo.” (Preceptor D)

“...acho que foi mais tranquilo até pra mim mesma, a aplicação, do terceiro em diante eu acho que pra mim foi muito mais tranquilo.” (Preceptor do C)

Para os médicos pediatras, o tempo de experiência de preceptoria contribuiu para terem uma postura mais segura na hora da avaliação e no momento da devolutiva para os residentes.

“A falta de experiência deve ter atrapalhado, porque como... no sentido de comparação, né, como eu tenho menos experiência, eu tenho menos com o quê comparar eles.” (Preceptor B)

“...experiência como preceptor facilitou porque organizou o jeito de eu avaliar, como se eu tivesse um roteiro na minha cabeça.” (Preceptor D)

A maioria dos residentes relatavam que ficavam tensos e ansiosos no momento da avaliação pois não tinham conhecimentos anteriores sobre o instrumento e, naquele momento, estavam sendo avaliados pelos seus preceptores. A partir do momento que os supervisores detalhavam sobre a ferramenta de avaliação e feedback, e na segunda avaliação em diante os residentes sentiam que ficavam mais preparados e tranquilos na consulta.

“... fiquei mais tranquila, fiquei mais tranquila por já saber como seria, o que seria avaliado...” (Residente G)

“a partir do momento que, após a primeira, eu já tinha noção de como era, o tempo que levava, como seria o feedback, quais os pontos que me seriam cobrados realmente.” (Residente H)

Categoria 5: Relação preceptor-residente na aplicação do *Mini-CEX*.

Existia uma relação de confiança e proximidade entre os preceptores e residentes. Para os residentes, essa relação, em um dado momento, era vista como benéfica, pois permitia, mesmo sendo um momento de avaliação, ficarem calmos e conseguirem atingir os objetivos de aprendizagem do *Mini-CEX*. Por outro lado, essa proximidade exigia deles um comportamento sem erros, pois os preceptores conheciam a atuação de suas habilidades no cenário de prática.

“Ter mais intimidade, mais afinidade com aquela pessoa, você fica menos tenso, um pouco mais tranquilo pra fazer o exame.” (Residente B)

“... que você já tem mais familiaridade você se cobra de não tá errando aquilo que aquela pessoa sabe que você tem competência para fazer...” (Residente E)

No entanto, para alguns preceptores, essa proximidade dificultou de analisar e criticar os residentes durante o feedback, principalmente aqueles que tinham um perfil mais benevolente e tinham uma idade mais próximo da idade dos residentes.

“...tinha uma certa dificuldade, às vezes, de pontuar, né, de criticar...na verdade as críticas são construtivas, mas assim, é algo que eu tenho essa característica e que tinha essa dificuldade...” (Preceptor A)

“...eu avalio eles, eu avalio também como tá começando, tá no meio, eu vejo com esse conhecimento, às vezes eu sou um pouquinho mais benevolente...” (Preceptor D)

DISCUSSÃO

No presente estudo observou-se que o *Mini-CEX* foi bem aceito pelos preceptores e residentes. A sua estrutura em formato de formulário com todos os critérios objetivos de acordo com as competências propostas, facilitaram os preceptores de aplicar o método. Concordando com os estudos de Abadie e colaboradores¹⁶, em 2015, e de Vasquez e colaboradores em 2018¹⁷, a presença dos descritores durante a implementação do *Mini-CEX* numa residência de pediatria houve uma concordância entre os observadores na aplicação do *Mini-CEX*.

O treinamento anterior com os preceptores capacitou os mesmos para aplicar o instrumento de forma confiante e tornar o momento de avaliação propício para os residentes aprenderem. Alguns estudos relatam que o treinamento do corpo docente antes de aplicar o *Mini-CEX* não melhorou a confiabilidade e a precisão dos avaliadores, no entanto houve uma melhora do conhecimento cognitivo e do desempenho no feedback.^{18,19} Corroborando com o estudo onde os avaliadores ficaram mais confiantes para aplicar a ferramenta.

Tanto para os preceptores como para os residentes o feedback foi a melhor parte desse instrumento de avaliação pois através dele conseguiram avaliar os pontos positivos e os pontos a melhorar e a própria ferramenta ajudou os residentes a fazerem a autoavaliação. O momento do feedback é enriquecedor porque favorece um aprendizado para os preceptores e residentes e oportunidade de melhorias nas próximas avaliações.^{20,21,22,23,24}

Neste estudo observou-se que os preceptores tiveram formas diferentes de iniciar o feedback, mas todos estimularam a reflexão do residente. Como visto em alguns trabalhos, existem métodos diferentes de dar feedback, como feedback sanduiche, *ask/tal/ask*, método de Pendleton e o preceptor um minuto, mas independentemente do formato usado, o feedback deve abordar comportamentos específicos e proporcionar uma oportunidade de melhoria.^{25,26,27}

No estudo de Fernandez Galvez¹⁰, o *Mini-CEX* foi considerado como um método viável para avaliação de habilidades clínicas, tanto em ambiente de internamento quanto ambulatorial. Pode ser aplicado em qualquer cenário de prática para ser o mais fidedigno possível das situações do dia a dia. Neste presente estudo, observou-se que em ambos ambientes de prática foram bem aceitos pelos residentes e preceptores.

O cenário de prática favoreceu a aplicação do *Mini-CEX* por ser um ambiente familiar para os preceptores e estudantes, como visto em outros estudos.^{19,28,29} No entanto, mesmo sendo familiarizados, cada setor teve as suas particularidades de interferência. O cenário do ambulatório exigia do residente uma consulta mais demorada e mais estruturada o que fez com

que o tempo de observação fosse mais longo e feedback fosse mais rápido para encurtar o tempo de avaliação. No cenário da enfermaria, os residentes tinham mais controle da situação e dos pacientes e conseguiam realizar o *Mini-CEX* com mais rapidez.

A duração da consulta dos residentes do terceiro ano foram mais rápidas do que os do primeiro ano, talvez eles apresentassem mais habilidade na condução do atendimento. Num estudo de Liao e colaboradores¹⁹, observou-se uma interação estatisticamente significativa entre nível de treinamento e pontuação nas dimensões do *Mini-CEX* em relação ao ano de residência médica. As pontuações em todas as dimensões medidas foram melhores para os residentes no último ano.

No presente estudo, os residentes referiram que ficavam ansiosos e tensos durante a avaliação, pois não conheciam previamente a ferramenta de avaliação, mas que, com o decorrer da consulta e da segunda avaliação em diante, já ficavam mais confiantes em realizar o *Mini-CEX*. Com um objetivo de aliviar as tensões, seria importante assumir um treinamento também para os residentes ou, como realizado por alguns preceptores, explicar e mostrar a ferramenta antes de iniciar a avaliação. Para a maioria dos residentes, isso fez a diferença na prática da avaliação. Como foi visto no trabalho de Malhota³⁰ onde os residentes descrevem um conflito de sentimentos entre o papel do *Mini-CEX* como método de avaliação e sua utilidade como ferramenta educacional.

Alguns estudos demonstraram a importância de um relacionamento de confiança entre estagiário e supervisor, também conhecido como “Aliança educacional”, para obter um feedback efetivo.^{24,31,32} Nas entrevistas desse estudo, foi identificada a existência de uma relação de confiança e afinidade entre preceptores e residentes, o que provavelmente contribuiu para que a ferramenta fosse aplicada de forma tranquila. Por outro lado, essa relação próxima contribuiu para a autocobrança dos residentes por uma melhor atuação no cenário de prática, pois o preceptor conhecia previamente as suas habilidades na condução de uma consulta

médica. Como também a relação de proximidade, dificultou dos preceptores de pontuarem criticamente os residentes já que existia uma relação de afinidade entre eles.^{24,33}

A pesquisa realizada por Jug e colaboradores²⁵ relatam um tempo de observação e feedback de cerca de trinta e cinco minutos. Isso coincide com os resultados deste trabalho, no qual a duração média foi de trinta e quatro minutos, aproximadamente 26 minutos de observação e 8 minutos de retorno no cenário de enfermaria. No entanto, no ambulatório, este tempo foi maior, de 56 minutos, com aproximadamente 47 minutos para observação e 9 minutos para o retorno. Em ambos os cenários, a média do feedback foi de 8 minutos, contradizendo o que foi visto em outro trabalho, em que o tempo de feedback foi de cerca de 15 minutos.³¹ No entanto, tanto os preceptores como residentes consideraram o tempo suficiente.

O fato da avaliação do *Mini-CEX* ter sido pontual e não longitudinal fez com que os residentes não tivessem a oportunidade de demonstrar as melhorias do desempenho após o feedback construtivo. Outros estudos têm reforçado a importância da avaliação em mais de um momento com objetivo de verificar a aquisição das competências, a melhora do desempenho e do aprendizado.^{32,35}

CONCLUSÃO

O *Mini-CEX* foi bem aceito pelos preceptores e residentes por ser um método de avaliação fácil, prático e confiável, aplicado em vários cenários clínicos durante a rotina diária do residente sem precisar mudar a estrutura para a sua realização.

Uma ótima ferramenta de avaliação formativa, pois, através do feedback oferecido pelo preceptor quanto pela autoavaliação crítica do residente, permitiu que os residentes refletissem sobre a sua atuação e considerassem planos de melhorias.

Os cenários de prática dentro do contexto da rotina dos residentes permitiram que a aplicação do instrumento fosse viável, pois mesmo sob as interferências externas presentes durante as consultas de rotina, os residentes e preceptores conseguiram aplicar o instrumento num tempo adequado.

A capacitação prévia dos preceptores bem como a orientação dada aos residentes pelos preceptores antes de iniciar a avaliação, deixando-os menos nervosos durante a avaliação, permitiram que a implementação fosse viável e aplicada nos ambientes de práticas de enfermagem e ambulatório.

Um sentimento de ambivalência surgiu decorrente da relação entre preceptores e residentes. Pois uma relação de confiança e proximidade que os residentes tinham em relação aos preceptores permitiu que os residentes fossem para uma avaliação mais tranquilos e confiantes, por outro se sentiam com exigência maior de não cometer muitos erros já que os preceptores conheciam o seu trabalho. Para os preceptores essa relação de proximidade ajudou na realização da avaliação, mas dificultou os preceptores de pontuar e criticar um residente conhecido e próximo durante o momento do feedback.

Uma das limitações deste estudo foi o pequeno número de preceptores envolvidos, em virtude da quantidade reduzida de preceptores de pediatria do Hospital onde a pesquisa foi realizada o que fez que a quantidade de encontros preceptor-residente fosse pequena. Outra limitação foi decorrente da pandemia da covid-19, onde as etapas finais do trabalho tiveram que ser concluídas em formato online.

Por fim, a residência médica de pediatria é um curso de pós-graduação onde os residentes estão em contínuo processo de formação e desenvolvimento profissional. A implementação do *Mini-CEX* no Hospital Filantrópico da cidade do Recife permitirá que os residentes sejam avaliados por uma ferramenta de avaliação de observação direta pelo

preceptor, aplicada durante a sua rotina de prática e, através do feedback, possam aprender e crescer profissionalmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. [Internet]. 2007 Sep;29(7):642-7. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>
2. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach*. [Internet]. 2007 Sep; 29(7):648-54. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701392903>
3. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA*. [Internet]. 2009 Sep 23; 302(12):1316-26. Available from: doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1365>
4. Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, van den Elsen L, Grol RP, van der Vleuten CP. In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. [Internet]. 2011 Mar;16(1):131-42. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9235-6>

5. Lima AA, C. van der Vleuten G. Mini-CEX: a method integrating direct observation and constructive feedback for assessing professional performance. *Rev Argent Cardiol*, [Internet] 2011; 79(6):531-536. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4799299>
6. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med*. [Internet]. 1995 Nov 15; 123(10):795-9. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008>
7. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2003 Mar 18; 138(6):476-81. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
8. Singh T, Sharma M. Mini-clinical examination (CEX) as a tool for formative assessment. *Natl Med J India*. [Internet]. 2010 Mar-Apr; 23(2):100-2. Available from: PMID: [20925209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925209/).
9. Fernández Gálvez GM. Evaluación de las competencias clínicas en una residencia de pediatría con el Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) [Assessment of clinical competence in a pediatric residency with the Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)]. *Arch Argent Pediatr*. [Internet]. 2011 Aug ; 109(4):314-20. Disponible: doi: [10.1590/s0325-00752011000400006](https://doi.org/10.1590/s0325-00752011000400006)
10. Correa GCG, Campos ICP, Almagro RC. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. *Ensaio Pedagógicos*. [Internet] (Sorocaba) 2018 Jan-

Abr;2(1);62-72. Disponível em:

<http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/60>

11. American Board of Internal Medicine. Mini-CEX Clinical Evaluation for trainees: direct observation assessment tool. Available from: <https://www.abim.org/~media/ABIM%20Public/Files/pdf/paper-tools/mini-cex.pdf>
12. Manzini, EJ. Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC; 2004. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf
13. Fraser MTD, Gondim, SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia (Ribeirão Preto). [Internet] 2004; 14(28), 139-152. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Reimp. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. Organizações Rurais e Agroindustriais.. [Internet] .2005;7(1):70-81. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>
16. Abadie Y, Battolla J, Zubieta A, Dartiguelongue J, Pascual C, Costa CE et al. Uso de descriptors durante la implementacion de mini-cex en la residencia de pediatria. Medicina. (Buenos Aires) [Internet]. 2015;

75(5):289-296. Disponible: <https://medicinabuenaosaires.com/revistas/vol75-15/n5/289-296-M ed75-5-6306-Abadie-B.pdf>

17. Vázquez M, García L, Pinchak C, Peluffo G, Grille S, Weinberger M, et al.
Evaluación de las competencias clínicas de estudiantes de Posgrado de Pediatría utilizando el Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX). Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2018 Feb; 89(1):21-25. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.31134/ap.89.1.4>
18. Cook DA, Dupras DM, Beckman TJ, Thomas KG, Pankratz VS. Effect of rater training on reliability and accuracy of mini-CEX scores: a randomized, controlled trial. J Gen Intern Med.[Internet]. 2009 Jan;24(1):74-9. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0842-3>
19. Liao KC, Pu SJ, Liu MS, Yang CW, Kuo HP. Development and implementation of a mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) program to assess the clinical competencies of internal medicine residents: from faculty development to curriculum evaluation. BMC Med Educ.[Internet]. 2013 Feb; 26;13:31. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-31>
20. Wu Y, Gong M, Zhang D, Zhang C. Educational impact of the mini-Clinical Evaluation Exercise in resident standardization training: a comparative study between resident and professional degree postgraduate trainees. J Int Med Res.[Internet]. 2020 May;48(5):1-10. Available from: doi: <https://doi.org/10.1177/0300060520920052>

21. Kipen E, Flynn E, Woodward-Kron R. Self-regulated learning lens on trainee perceptions of the mini-CEX: a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 May 24;9(5):e026796. Available from:doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026796>
22. Soemantri D, Dodds A, Mccoll G. Examining the nature of feedback within the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX): an analysis of 1427 Mini-CEX assessment forms. *GMS J Med Educ.* [Internet].2018 Nov ;35(4): Doc47. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.3205%2Fzma001193>
23. Govaerts MJ, Van de Wiel MW, Schuwirth LW, Van der Vleuten CP, Muijtjens AM. Workplace-based assessment: raters' performance theories and constructs. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* [Internet].2013 Aug;18(3):375-96. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9376-x>
24. Marinho MCB, Castro Júnior EF, Lauterbach GP, Nunes MPT, Lustosa. AK. Análise das percepções de internos, residentes e preceptores por meio do método de avaliação Mini-CEX. (Mini-Clinical Evaluation Exercise). *Revista Brasileira de Educação Médica.* [Internet]. 2020 Jul;44(3):e094. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190274.ing>
25. Jug R, Jiang XS, Bean SM. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. *Arch Pathol Lab Med.* [Internet]. 2019 Feb;143(2):244-250. Available from: doi: <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-ra>

26. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. [Internet]. 2012;34(10):787-91. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.684916>
27. Algiragri AH. Ten tips for receiving feedback effectively in clinical practice. *Med Educ Online*. [Internet]. 2014; 19:25141. Available from: doi: <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25141>
28. Goel A, Singh T. The usefulness of Mini Clinical Evaluation Exercise as a learning tool in different pediatric clinical settings. *Int J Appl Basic Med Res*. [Internet]. 2015 Aug;5 (Suppl 1): S32-4. Available from: doi: <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162266>
29. Khalil S, Aggarwal A, Mishra D. Implementation of a Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) program to assess the clinical competence of postgraduate trainees in pediatrics. *Indian Pediatr*. [Internet]. 2017 Apr;15;54(4):284-287. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1089-z>
30. Malhotra S, Hatala R, Courneya CA. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. *Med Teach*. [Internet]. 2008; 30(4):414-9. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590801946962>
31. Lörwald AC, Lahner FM, Greif R, Berendonk C, Norcini J, Huwendiek S. Factors influencing the educational impact of Mini-CEX and DOPS: a qualitative synthesis. *Med Teach*. [Internet]. 2018 Apr; 40(4):414-420. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1408901>

32. Lörwald AC, Lahner FM, Mooser B, Perrig M, Widmer MK, Greif R. et al. Influences on the implementation of Mini-CEX and DOPS for postgraduate medical trainees' learning: A grounded theory study. *Med Teach*. [Internet]. 2019 Apr; 41(4):448-456. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2018.1497784>
33. Weller JM, Jones A, Merry AF, Jolly B, Saunders D. Investigation of trainee and specialist reactions to the mini-Clinical Evaluation Exercise in anaesthesia: implications for implementation. *Br J Anaesth*. [Internet]. 2009 Oct; 103(4):524-30. Available from: doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aep211>
34. Suhoyo Y, Schönrock-Adema J, Emilia O, Kuks JBM, Cohen-Schotanus J. How students and specialists appreciate the mini-clinical evaluation exercise (mini-CEX) in Indonesian clerkships. *BMC Med Educ*. [Internet]. 2020; 20(1):144. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02062-z>
35. Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. *Perspect Med Educ*. [Internet]. 2015 Dec; 4(6):284-99. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40037-015-0231-7>

4.2. Produto Técnico

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

OFICINA SOBRE O USO DO *MINI-CEX* E FEEDBACK PARA AVALIAÇÃO DE RESIDENTES DE PEDIATRIA EM AMBIENTES CLÍNICOS



MANUAL DA OFICINA

RECIFE, 2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

G633i Gomes, Ana Catarina Accioly

Oficina sobre o uso do Mini-CEX e feedback para avaliação de residentes de pediatria em ambientes clínicos. /Ana Catarina Accioly Gomes; Orientador: Edvaldo da Silva Souza; Coorientadora: Tereza Rebeca de Melo e Lima. – Recife: Do Autor, 2020.

11 f.

Produto técnico– Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2020.

1. Oficina 2. Habilidades. 3. Competências. 4. Avaliação. 5. Mini-Cex. 6. Feedback. I. Souza, Edvaldo da Silva, orientador. II. Lima, Tereza Rebeca de Melo e, coorientadora. III. Título.

CDU 615.8:37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	53
OBJETIVOS	55
OBJETIVO PRINCIPAL	55
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESEMPENHO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o currículo na educação médica passou a ser centrado em competências, ou seja, nos conhecimentos, nas habilidades e nas atitudes do médico voltado para as necessidades da sociedade e do paciente. O foco passa a ser o resultado desejado de formação, resultado do processo educacional e a maneira como se avalia esse resultado.^{1,2}

Novos programas de avaliação de competências estão sendo estudados para propiciar a criação de métodos mais acurados e confiáveis para avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes específicas. Estes programas passam a ter ênfase nas avaliações que promovem reflexão, orientem e estimulem a aprendizagem do estudante.³

A avaliação dos residentes em ambientes clínicos reais é um tema bastante discutido. Alguns instrumentos têm sido desenvolvidos e analisados a fim de guiar e avaliar o desempenho dos residentes durante a realização de uma atividade específica num cenário real, destacando a observação direta do preceptor seguida de um feedback contextual e imediato possibilitando o estudante refletir sobre seu raciocínio clínico, tomada de decisão e habilidades profissionais.^{4,5}

Esse modelo de avaliação pode ser realizado através de um instrumento chamado *Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise)*, proposto pelo *American Board of Internal Medicine*. O *Mini-CEX* é uma ferramenta de avaliação que utiliza a observação direta ou vídeo da prática profissional entre o estudante(residente) e o paciente, concentrada nas habilidades que os estudantes demonstram no encontro com o paciente.⁶

Durante a observação dos residentes desempenhando uma tarefa específica, o docente preenche um formulário dando um escore para as competências que são desempenhadas e ao final, dá um retorno ao estudante sobre seu desempenho em

habilidades específicas, estimulando a reflexão sobre os pontos fortes e fracos observados naquele momento e oferece sugestões de melhoria (conhecido como feedback).⁷ O tempo médio sugerido para avaliação de residentes é de 15 a 30 minutos, incluindo observação e feedback. Possibilita a avaliação de uma variedade de habilidades clínicas, como acolhimento, comunicação, anamnese, exame físico, habilidade para procedimento, organização e eficiência e planejamento de intervenções.^{8,9}

Um dos principais requisitos para garantir a validade e confiabilidade desse instrumento é o treinamento do docente avaliador. O preceptor tem um importante papel na formação dos médicos residentes e deve compreender e saber aplicar com segurança esse instrumento de avaliação.¹⁰

Esta oficina tem como propósito realizar uma capacitação sobre a avaliação de competências clínicas em ambientes reais, destacando os aspectos teórico-práticos do *Mini-CEX*.

ESTRUTURA DA OFICINA

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- ✓ Capacitar preceptores de pediatria para avaliação dos residentes em ambientes clínicos reais através do *Mini-CEX* e o feedback.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM E DESEMPENHO



DOMÍNIO COGNITIVO

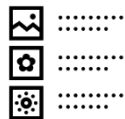
- ✓ Conhecer as bases teóricas do instrumento de avaliação dos residentes em ambientes clínicos (Mini-CEX);
- ✓ Compreender a importância do feedback na aprendizagem do residente como ferramenta de avaliação formativa.



DOMÍNIOS PSICOMOTOR E AFETIVO

- ✓ Avaliar o desempenho do residente durante as atividades práticas em ambientes clínicos reais;

- ✓ Aplicar o *Mini-CEX* como instrumento de avaliação dos residentes em ambientes clínicos reais;
- ✓ Dar e receber feedback construtivo em ambientes clínicos reais.



CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- ✓ *MINI-CEX*
- ✓ FEEDBACK



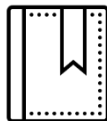
PÚBLICO-ALVO

- ✓ Todos os preceptores de pediatria que orientam e avaliam os residentes durante suas atividades práticas na enfermaria e no ambulatório.



LOCAL E DURAÇÃO

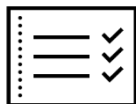
O curso acontecerá no bloco da Faculdade Pernambucana de Saúde e as atividades acontecerão numa data determinada com horário de início e de término com duração de 4h.



MATERIAL DIDÁTICO

- Manual impresso

- Artigos sugeridos nas referências bibliográficas
- Apresentação em Power-Point
- Vídeos



AVALIAÇÃO

Os participantes serão avaliados formativamente durante todas as atividades do curso e receberão feedback referente à participação e desempenho.



FREQUENCIA E CERTIFICAÇÃO

O curso será certificado pela FPS. Os participantes que obtiverem rendimento satisfatório e frequência completa mediante assinatura de lista de frequência, receberão o certificado da oficina sobre o Uso do *Mini-CEX* e Feedback para Avaliação de Residentes de Pediatria em Ambientes Clínicos.



ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS

- PALESTRAS E DISCUSSÕES
 - Discussão 1: Inicialmente começaremos com uma discussão para estimular o conhecimento prévio do grupo sobre o conceito, a importância e o objetivo da avaliação, bem como o papel da avaliação na

aprendizagem dos estudantes e também sobre como são feitas as avaliações dos residentes no programa de pediatria do local da oficina.

- Palestra: Posteriormente fazemos uma palestra sobre a base teórica do *Mini-CEX*, incluindo um histórico do instrumento, os critérios avaliação e orientações para sua efetiva aplicação.
- Discussão 2: Após a oficina faremos uma breve discussão sobre a aplicação do formulário do *Mini-CEX* e o feedback para o estudante.

- OFICINA

- Vídeo: Após a palestra, os participantes assistirão um vídeo de uma avaliação completa de desempenho de um estudante fazendo um atendimento clínico.
- Formulário do *Mini-CEX*: Receberão o formulário do *Mini-CEX* e, seguindo o vídeo, vão pontuando os critérios de avaliação, o escore dado para cada critério e o feedback dado ao final da avaliação.

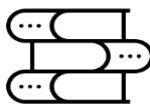
- SIMULAÇÃO DO FEEDBACK

Os participantes participarão ativamente de uma avaliação prática do feedback. Escolhemos dois participantes e cada um treina sobre como dar o feedback para o outro.



PROGRAMAÇÃO

HORA	ATIVIDADES
14h - 14:15h	BOAS VINDAS, APRESENTAÇÕES E INTRODUÇÃO DA OFICINA
14:15h- 15h	COMO EU FAÇO AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES? DISCUSSÃO 1
15h- 15:30h	EXPOSIÇÃO DIALOGADA(PALESTRA) <i>MINI-CEX</i> :BASES TEÓRICAS
15:30- 15:45H	LANCHE
15:45h- 17:00H	OFICINA APLICANDO O <i>MINI-CEX</i> E FEEDBACK DISCUSSÃO 2
17H- 17:30H	SIMULAÇÃO APLICANDO O FEEDBACK
17:30h- 18H	AVALIAÇÃO DA OFICINA E ENCERRAMENTO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach.* [online] 2007. Sep.;29(7):642-647. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>
2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.*[online] 1990 Sep;65(9 Suppl): S63-S67. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
3. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med.* [online] 2007. Jan. 25;356(4):387-96. Available from: doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra054784>
4. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Mini exercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Revista Brasileira de Educação Médica.* [online] 2009;33(2);166-175. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>
5. Hejri SM, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J. The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review. *Syst Rev.* [online] 2017 Jul. 18;6(1):146. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13643-017-0539-y>
6. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.*[online]. 2003. Mar. 18;138(6):476-481. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>

7. Singh T, Sharma M. Mini-clinical examination (CEX) as a tool for formative assessment. Natl Med J India. [online].2010. Mar.-Apr.;23(2):100-102. Available from: PMID: [20925209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925209/).
8. Khalil S, Aggarwal A, Mishra D. Implementation of a Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) program to assess the clinical competence of postgraduate trainees in pediatrics. Indian Pediatr.[online]. 2017. Apr.15;54(4):284-287. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1089-z>
9. Gupta S, Sharma M, Singh T. The Acceptability and Feasibility of Mini-clinical Evaluation Exercise as a Learning Tool for Pediatric Postgraduate Students. Int J Appl Basic Med Res.[online] 2017 Dec.;7(Suppl 1): S19-S22. Available from:doi: https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_152_17
10. Goel A, Singh T. The usefulness of Mini Clinical Evaluation Exercise as a learning tool in different pediatric clinical settings. Int J Appl Basic Med Res. [online]. 2015. Aug.;5(Suppl 1): S32-S34. Available from: doi: <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162266>



BIBLIOGRAFIAS SUGERIDAS

MINI-CEX

1. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Med Teach. [online] 2007. Sep.;29(7):642-647. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>

2. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med.[online] 1990 Sep;65(9 Suppl): S63-S67. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
3. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. [online] 2007. Jan. 25;356(4):387-96. Available from: doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra054784>
4. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Mini exercício Clínico Avaliativo (Miniex). Revista Brasileira de Educação Médica. [online] 2009;33(2);166-175. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>
5. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. [online]2002 Jan. 9;287(2):226-235. Available from: doi: <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
6. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMA, Pinto Filho WA, Cunha GKF, Maia FL. Currículo baseado em competências. Revista Brasileira de Educação Médica. [online] 2012; 36 (1): 129-136. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a18v36n1.pdf>
7. Hejri SM, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J. The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review. Syst Rev. [online] 2017 Jul. 18;6(1):146. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13643-017-0539-y>
8. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Ann Intern Med.[online]. 2003. Mar. 18;138(6):476-481. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
9. Khalil S, Aggarwal A, Mishra D. Implementation of a Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) program to assess the clinical competence of postgraduate

- trainees in pediatrics. Indian Pediatr.[online]. 2017. Apr.15;54(4):284-287. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1089-z>
10. Gupta S, Sharma M, Singh T. The Acceptability and Feasibility of Mini-clinical Evaluation Exercise as a Learning Tool for Pediatric Postgraduate Students. Int J Appl Basic Med Res.[online] 2017 Dec.;7(Suppl 1): S19-S22. Available from:doi: https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_152_17
 11. Singh T, Sharma M. Mini-clinical examination (CEX) as a tool for formative assessment. Natl Med J India. [online].2010. Mar.-Apr.;23(2):100-102. Available from: PMID: [20925209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925209/).
 12. Goel A, Singh T. The usefulness of Mini Clinical Evaluation Exercise as a learning tool in different pediatric clinical settings. Int J Appl Basic Med Res. [online]. 2015. Aug.;5(Suppl 1): S32-S34. Available from: doi: <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162266>

FEEDBACK

1. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. Med Educ.[online] 2010 Jan.;44(1):101-108. Available from: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x>
2. Baroffio A, Nendaz MR, Perrier A, Vu NV. Tutor training, evaluation criteria and teaching environment influence students' ratings of tutor feedback in problem-based learning. Adv Health Sci Educ Theory Pract. [online] 2007 Nov.;12(4):427-439. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-006-9008-4>
3. Branch WT Jr, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. Acad Med. [online] 2002 Dec.;77(12 Pt 1):1185-1188. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200212000-00005>

4. Chowdhury RR, Kalu G. Learning to give feedback in medical education. *The Obstetrician & Gynaecologist*. [online] 2004; 6:243–247. Available from: doi: <https://doi.org/10.1576/toag.6.4.243.27023>
5. Clynes MP, Raftery SE. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract*. [online] 2008 Nov.;8(6):405-411. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.003>
6. Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A model for educational feedback based on clinical communication skills strategies: beyond the "feedback sandwich". *Teach Learn Med*. [online] 2006;18(1):42-47. Available from: https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1801_9
7. Perera J, Lee N, Win K, Perera J, Wijesuriya L. Formative feedback to students: the mismatch between faculty perceptions and student expectations. *Med Teach*. [online] 2008;30(4):395-399. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590801949966>
8. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Med Teach*. [online]. 2012;34(10):787-91. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.684916>

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *Mini-CEX* foi bem aceito pelos preceptores e residentes por ser um método de avaliação fácil, prático e confiável. Utiliza um formulário próprio que deve ser seguido e pontuado pelo preceptor à medida que o residente realiza as competências desejadas e no final, o preceptor oferece um feedback construtivo para o residente sobre o seu desempenho naquela tarefa. Além disso, essa ferramenta pode ser utilizada em vários cenários clínicos durante a rotina diária do residente e sem precisar mudar a estrutura para a sua realização.

Tanto pela autoavaliação do residente como pelo feedback oferecido pelo preceptor, a ferramenta permite que os residentes reflitam criticamente sobre a sua atuação e considere melhorias nas próximas avaliações. Portanto deverá ser utilizado em vários momentos da residência para observar a progressão do residente. O que faz do instrumento uma ótima ferramenta de aprendizado.

A capacitação prévia dos preceptores bem como a orientação dada aos residentes, antes de iniciar a avaliação, permitiram que tanto os preceptores como os residentes se sentissem seguros e menos ansiosos e tensos para a aplicação do *Mini-CEX* nos ambientes de práticas de enfermagem e ambulatório.

Os cenários de prática dentro do contexto da rotina dos residentes permitiram que a aplicação do instrumento fosse viável, pois mesmo sob as interferências externas presentes durante as consultas de rotina, os residentes e preceptores conseguiram aplicar o instrumento.

Observou-se que uma relação de proximidade entre o preceptor e o residente facilitou a aplicação do instrumento, mas por outro dificultou os preceptores de pontuar

e criticar o residente durante o momento do feedback e os residentes se sentiram com grau de exigência maior durante a avaliação.

Uma das limitações deste estudo foi o pequeno número de preceptores envolvidos, em virtude da quantidade reduzida de preceptores de pediatria do Hospital onde a pesquisa foi realizada o que fez que a quantidade de encontros preceptor-residente fosse pequena. Outra limitação foi decorrente da pandemia do coronavírus, onde as etapas finais do trabalho tiveram que ser concluídas em formato online.

Por fim, a residência médica de pediatria é um curso de pós-graduação onde os residentes estão em contínuo processo de formação e desenvolvimento profissional. A implementação do *Mini-CEX* no Hospital Filantrópico da cidade do Recife permitirá que os residentes sejam avaliados por uma ferramenta de avaliação de observação direta pelo preceptor no seu local de trabalho e, através do feedback, possam aprender e crescer profissionalmente.

VI. RECOMENDAÇÕES

O *Mini-CEX* é uma boa ferramenta de avaliação para ser implementada num programa de residência, pois a sua utilização em ambientes de prática na rotina diária do residente possibilita uma avaliação mais fidedigna da realidade da prática médica.

Capacitar os preceptores e residentes sobre essa ferramenta facilita a sua implementação e permite que ambos percebam a importância do *Mini-CEX* como uma ferramenta de avaliação e de aprendizagem.

Esse instrumento deve ser realizado em vários momentos para observar a progressão dos residentes e permitir o seu crescimento, pois através do feedback, componente importante desse instrumento, os residentes identificam as suas falhas e corrigem os seus erros.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med.* [online] 2002 May;77(5):361-367. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200205000-00003>
2. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach.* [online].2010;32(8):631-637. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.500898>
3. Frank JR, Snell LS, Cate OT, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR. et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* [online] 2010;32(8):638-645. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2010.501190>
4. Gruppen LD, Ten Cate O, Lingard LA, Teunissen PW, Kogan JR. Enhanced requirements for assessment in a competency-based, time-variable medical education system. *Acad Med.* [online] 2018. Mar.; 93 (3S Competency-Based, Time-Variable Education in the Health Professions):S17-S21. Available from:doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002066>
5. Govaerts MJ. Educational competencies or education for professional competence? *Med Educ.*[online] 2008 Mar.;42(3):234-236. Available form: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.03001.x>
6. Depresbiteris, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. *Formação (Brasília).* [online] 2001 mai-ago.;1(2): 27-38. Disponível em: <https://pesquisa.bvsa.lud.org/portal/resource/pt/eps-1413>
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.*[online] 1990 Sep.;65(9 Suppl): S63-S67. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>
8. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med.*[online] 2016 Feb.;91(2):180-185. Available from:doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000913>
9. Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, La Duca T. et al. The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Med Educ.* [online] 2002 Oct.;36(10):901-909. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01316.x>
10. Edelstein RA, Reid HM, Usatine R, Wilkes MS. A comparative study of measures to evaluate medical students' performance. *Acad Med.* [online] 2000 Aug.;75(8):825-833. Available from: <https://doi.org/10.1097/00001888-200008000-00016>

11. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ*. [online] 2001 Oct. 6;323(7316):799-803. Available from: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.799>
12. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. [online] 2007. Jan. 25;356(4):387-396. Available from: doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra054784>
13. Sturmberg JP, Atkinson K, Farmer EA; Research and development subcommittee, board of examiners, The Royal Australian College of General Practitioners. Standards and performance-attainment and maintenance of professional capabilities. *Aust Fam Physician*. [online] 2005 May;34(5):371-373. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15887943/>
14. Megale L, Gontijo ED, Motta JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Mini exercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Revista Brasileira de Educação Médica*. [online] 2009;33(2);166-175. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000200002>
15. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. [online]2002 Jan. 9;287(2):226-235. Available from: doi: <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
16. Diniz Neto AP, Lima CFT, Carvalho KRP, Santos RMP, Lima RS, Fernandes RAML. O Mini-CEX na avaliação de habilidades clínicas na graduação médica. *Rev. Med. (São Paulo)* [Internet]. 3 fev. 2020; 99(1):35-39. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/145445>
17. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JMA, Pinto Filho WA, Cunha GKF, Maia FL. Currículo baseado em competências. *Revista Brasileira de Educação Médica*. [online] 2012; 36 (1): 129-136. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1/a18v36n1.pdf>
18. Mortaz Hejri S, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J. The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. [online] 2017 Jul. 18;6(1):146. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13643-017-0539-y>
19. Van Der Vleuten CP, Scherpbier AJ, Dolmans DH, Schuwirth LW, Verwijnen GM, Wolfhagen HA. Clerkship assessment assessed. *Med Teach*. [online] 2000;22(6):592-600. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590050175587>
20. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med*. [online].1995. Nov. 15;123(10):795-799. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008>

21. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.*[online]. 2003. Mar. 18;138(6):476-481. Available from: doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012>
22. Lima AA, C. van der Vleuten G. Mini-CEX: a method integrating direct observation and constructive feedback for assessing professional performance. *Rev Argent Cardiol.* [online] 2011; 79(6):531-536. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4799299>
23. Khalil S, Aggarwal A, Mishra D. Implementation of a Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) program to assess the clinical competence of postgraduate trainees in pediatrics. *Indian Pediatr.*[online]. 2017. Apr.;15;54(4):284-287. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s13312-017-1089-z>
24. Gupta S, Sharma M, Singh T. The Acceptability and feasibility of mini-clinical evaluation exercise as a learning tool for pediatric postgraduate students. *Int J Appl Basic Med Res.*[online] 2017 Dec.;7(Suppl 1): S19-S22. Available from: doi: https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_152_17
25. Holmboe ES, Huot S, Chung J, Norcini J, Hawkins RE. Construct validity of the miniclinical evaluation exercise (miniCEX). *Acad Med.* [online] 2003 Aug.;78(8):826-30. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00018>
26. Scott IA, Phelps G, Brand C. Assessing individual clinical performance: a primer for physicians. *Intern Med J.*[online] 2011 Feb.;41(2):144-155. Available from: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2010.02225.x>
27. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977.Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 5 de setembro de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm
28. Abadie Y, Battolla J, Zubieta A, Dartiguelongue J, Pascual C, Costa CE et al. Uso de descriptores durante la implementacion de mini-cex en la residencia de pediatria. *Medicina.* (Buenos Aires). [online]. 2015; 75(5):289-296. Disponible: <https://medicinabuenosaires.com/revistas/vol75-15/n5/289-296-Med75-5-6306-Abadie-B.pdf>
29. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. *Med Teach.* [online]. 2007. Sep.;29(7):648-54. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701392903>
30. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA.* [online].2009. Sep. 23;302(12):1316-26. Available from: doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1365>
31. Pelgrim EA, Kramer AW, Mookink HG, van den Elsen L, Grol RP, van der Vleuten CP. In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a

- literature review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* [online].2011. Mar.;16(1):131-42. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9235-6>
32. Suhoyo Y, Schönrock-Adema J, Rahayu GR, Kuks JB, Cohen-Schotanus J. Meeting international standards: a cultural approach in implementing the mini-CEX effectively in Indonesian clerkships. *Med Teach.* [online] 2014 Oct.;36(10):894-902. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2014.917160>
 33. Weston PS, Smith CA. The use of mini-CEX in UK foundation training six years following its introduction: lessons still to be learned and the benefit of formal teaching regarding its utility. *Med Teach.* [online] 2014 Feb;36(2):155-163. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.836267>
 34. Liao KC, Pu SJ, Liu MS, Yang CW, Kuo HP. Development and implementation of a mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) program to assess the clinical competencies of internal medicine residents: from faculty development to curriculum evaluation. *BMC Med Educ.*[online]. 2013. Feb. 26;13:31. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-31>
 35. Moonen-van Loon JM, Overeem K, Donkers HH, van der Vleuten CP, Driessen EW. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* [online] 2013 Dec.;18(5):1087-1102. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-013-9450-z>
 36. Lörwald AC, Lahner FM, Greif R, Berendonk C, Norcini J, Huwendiek S. Factors influencing the educational impact of Mini-CEX and DOPS: a qualitative synthesis. *Med Teach.* [online]. 2018. Apr.;40(4):414-420. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1408901>
 37. Malhotra S, Hatala R, Courneya CA. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. *Med Teach.* [online]. 2008;30(4):414-419. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590801946962>
 38. Lima AA, Henquin R, Thierer J, Paulin J, Lamari S, Belcastro F.et al. A qualitative study of the impact on learning of the mini clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Med Teach.* [internet] 2005 Jan.;27(1):46-52. Available from: <https://doi.org/10.1080/01421590400013529>
 39. Goel A, Singh T. The usefulness of Mini Clinical Evaluation Exercise as a learning tool in different pediatric clinical settings. *Int J Appl Basic Med Res.* [online]. 2015. Aug.;5(Suppl 1): S32-S34. Available from: doi: <https://doi.org/10.4103/2229-516x.162266>
 40. Marinho MCB, Castro Júnior EF, Lauterbach GP, Nunes MPT, Lustosa. AK. Análise das percepções de internos, residentes e preceptores por meio do método de avaliação Mini-CEX. (Mini-Clinical Evaluation Exercise). *Revista Brasileira de Educação Médica.* [online]. 2020. jul.;44(3):e094. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190274.ing>

41. Lima LC. Elaboração e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação de competências por observação direta para residentes de pediatria, na assistência em sala de parto, em Recife-PE. [dissertação]. Recife: Faculdade Pernambucana de Saúde, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde;2013. Disponível em: <http://repositorio.fps.edu.br/handle/4861/147>
42. Singh T, Sharma M. Mini-clinical examination (CEX) as a tool for formative assessment. *Natl Med J India*. [online].2010. mar.-apr.; 23(2):100-102. Available from: PMID: [20925209](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20925209/).
43. Correa GCG, Campos ICP, Almagro RC. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. *Ensaio Pedagógicos*. [online] (Sorocaba) 2018. jan-abr.;2(1);62-72. Disponível em: <http://www.ensaiospedagogicos.ufscar.br/index.php/ENP/article/view/60>
44. Faculdade Pernambucana de Saúde, Oliveira RB, Melo, TRL. Avaliação em Ambientes Clínicos: Mini-CEX e feedback: manual do Curso. Programa de Desenvolvimento Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife: FPS;2014.
45. American Board of Internal Medicine. Mini-CEX Clinical Evaluation for trainees: direct observation assessment tool. Available from: <https://www.abim.org/~media/ABIM%20Public/Files/pdf/paper-tools/mini-cex.pdf>
46. Manzini, EJ. Entrevista Semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos,2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC; 2004. Disponível em: https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf
47. Fraser MTD, Gondim, SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. [online] 2004; 14(28), 139-152. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>
48. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Reimp. São Paulo: Edições 70; 2016.
49. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais e Agroindustriais*. [online].2005;7(1):70-81. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>
50. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. [online] 2007. Sep.;29(7):642-647. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701746983>
51. Fernández Gálvez GM. Evaluación de las competencias clínicas en una residencia de pediatría con el Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) [Assessment of

- clinical competence in a pediatric residency with the Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)]. Arch Argent Pediatr.[online]. 2011. Aug.;109(4):314-20. Disponible: doi: [10.1590/s0325-00752011000400006](https://doi.org/10.1590/s0325-00752011000400006)
52. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospective. Med Teach. [online]. 2007. Sep.;29(7):648-654. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701392903>
 53. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. JAMA. [online].2009. Sep. 23;302(12):1316-1326. Available from: doi: <https://doi.org/10.1001/ja.ma.2009.1365>
 54. Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, van den Elsen L, Grol RP, van der Vleuten CP. In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. Adv Health Sci Educ Theory Pract. [online].2011. Mar.;16(1):131-142. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9235-6>
 55. Vázquez M, García L, Pinchak C, Peluffo G, Grille S, Weinberger M. et al. Evaluación de las competencias clínicas de estudiantes de Posgrado de Pediatría utilizando el Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX). Arch. Pediatr. Urug. [online]. 2018. Feb.; 89(1):21-25. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.31134/ap.89.1.4>
 56. Cook DA, Dupras DM, Beckman TJ, Thomas KG, Pankratz VS. Effect of rater training on reliability and accuracy of mini-CEX scores: a randomized, controlled trial. J Gen Intern Med.[online]. 2009 Jan.;24(1):74-79. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0842-3>
 57. Wu Y, Gong M, Zhang D, Zhang C. Educational impact of the mini-Clinical Evaluation Exercise in resident standardization training: a comparative study between resident and professional degree postgraduate trainees. J Int Med Res.[online]. 2020. May;48(5):1-10. Available from: doi: <https://doi.org/10.1177/0300060520920052>
 58. Kipen E, Flynn E, Woodward-Kron R. Self-regulated learning lens on trainee perceptions of the mini-CEX: a qualitative study. BMJ Open. [online]. 2019. May 24;9(5): e026796. Available from:doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026796>
 59. Soemantri D, Dodds A, Mccoll G. Examining the nature of feedback within the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX): an analysis of 1427 Mini-CEX assessment forms. GMS J Med Educ. [online].2018. Nov. 15;35(4): Doc47. Available from: doi: <https://dx.doi.org/10.3205%2Fzma001193>
 60. Govaerts MJ, Van de Wiel MW, Schuwirth LW, Van der Vleuten CP, Muijtjens AM. Workplace-based assessment: raters' performance theories and constructs. Adv Health Sci Educ Theory Pract. [online].2013. Aug.;18(3):375-396. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9376-x>

61. Marinho MCB, Castro Júnior EF, Lauterbach GP, Nunes MPT, Lustosa. AK. Análise das percepções de internos, residentes e preceptores por meio do método de avaliação Mini-CEX. (Mini-Clinical Evaluation Exercise). Revista Brasileira de Educação Médica. [online]. 2020. jul.;44(3):e094. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190274.ing>
62. Jug R, Jiang XS, Bean SM. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. Arch Pathol Lab Med. [online]. 2019. Feb.;143(2):244-250. Available from: doi: <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-ra>
63. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. Med Teach. [online]. 2012;34(10):787-791. Available from: doi: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2012.684916>
64. Algiraigri AH. Ten tips for receiving feedback effectively in clinical practice. Med Educ Online. [online]. 2014; 19:25141. Available from: doi: <https://doi.org/10.3402/meo.v19.25141>
65. Malhotra S, Hatala R, Courneya CA. Internal medicine residents' perceptions of the Mini-Clinical Evaluation Exercise. Med Teach. [online]. 2008;30(4):414-419. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590801946962>
66. Lörwald AC, Lahner FM, Mooser B, Perrig M, Widmer MK, Greif R. et al. Influences on the implementation of Mini-CEX and DOPS for postgraduate medical trainees' learning: A grounded theory study. Med Teach. [online]. 2019. Apr.;41(4):448-456. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2018.1497784>
67. Weller JM, Jones A, Merry AF, Jolly B, Saunders D. Investigation of trainee and specialist reactions to the mini-Clinical Evaluation Exercise in anaesthesia: implications for implementation. Br J Anaesth. [online].2009. Oct.;103(4):524-530. Available from: doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aep211>
68. Suhoyo Y, Schönrock-Adema J, Emilia O, Kuks JBM, Cohen-Schotanus J. How students and specialists appreciate the mini-clinical evaluation exercise (mini-CEX) in Indonesian clerkships. BMC Med Educ. [online].2020;20(1):144. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02062-z>
69. Lefroy J, Watling C, Teunissen PW, Brand P. Guidelines: the do's, don'ts and don't knows of feedback for clinical education. Perspect Med Educ. [online].2015. Dec.;4(6):284-99. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40037-015-0231-7>
70. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. Med Educ.[online] 2010 Jan.;44(1):101-108. Available from: doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x>
71. Baroffio A, Nendaz MR, Perrier A, Vu NV. Tutor training, evaluation criteria and teaching environment influence students' ratings of tutor feedback in problem-based

- learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* [online] 2007 Nov.;12(4):427-439. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-006-9008-4>
72. Branch WT Jr, Paranjape A. Feedback and reflection: teaching methods for clinical settings. *Acad Med.* [online] 2002 Dec.;77(12 Pt 1):1185-1188. Available from: doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200212000-00005>
73. Chowdhury RR, Kalu G. Learning to give feedback in medical education. *The Obstetrician & Gynaecologist.* [online] 2004; 6:243–247. Available from: doi: <https://doi.org/10.1576/toag.6.4.243.27023>
74. Clynes MP, Raftery SE. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract.* [online] 2008 Nov.;8(6):405-411. Available from: doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.003>
75. Milan FB, Parish SJ, Reichgott MJ. A model for educational feedback based on clinical communication skills strategies: beyond the "feedback sandwich". *Teach Learn Med.* [online] 2006;18(1):42-47. Available from: https://doi.org/10.1207/s15328015tlm1801_9
76. Perera J, Lee N, Win K, Perera J, Wijesuriya L. Formative feedback to students: the mismatch between faculty perceptions and student expectations. *Med Teach.* [online] 2008;30(4):395-399. Available from: doi: <https://doi.org/10.1080/01421590801949966>

VIII. APÊNDICES

APÊNDICE A: Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada - Preceptor

Dados de contextualização:

Características sociodemográficas: sexo, idade, tempo de experiência como preceptor.

Pergunta Disparadora: “O que você achou do instrumento de avaliação *Mini-CEX*? “

Categorias de análise:

- 1) **Identificar as competências:** explorar a opinião dos preceptores se esse instrumento avalia adequadamente as competências que um residente de pediatria deve possuir. Como também se oferece uma aprendizagem adequada aos residentes.
- 2) **Feedback:** Explorar a opinião dos preceptores acerca do feedback
- 3) **Ambiente:** Explorar a opinião do preceptor se o ambiente de prática interfere na avaliação.
- 4) **Fatores facilitadores do exame:** explorar a opinião do preceptor sobre os fatores que ajudaram na aplicação do instrumento.
- 5) **Fatores de barreira do exame:** explorar a opinião do preceptor sobre os fatores que prejudicaram na aplicação do instrumento.
- 6) **Interações entre examinador e examinando:** explorar a percepção do avaliador sobre a interação entre ele e o examinando.
- 7) **Percepção em relação às características do examinador:** Explorar os sentimentos do avaliador quanto as suas características pessoais e acadêmicas;
- 8) **Identificar a opinião quanto à duração do *Mini-CEX*:** Explorar a opinião em relação a duração da avaliação, do tempo do feedback;

9) Influência que a avaliação de um residente pode exercer sobre a dos demais:

Explorar a opinião do avaliador quanto a influência do desempenho de um residente sobre as avaliações de outros residentes.

10) Grau de satisfação: Averiguar o grau de satisfação do preceptor em relação ao *Mini-CEX*.

APÊNDICE B: Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada – Residente

Dados de contextualização:

Características sociodemográficas: sexo, idade, ano da residência.

Pergunta Disparadora: “O que você achou do instrumento de avaliação *Mini-CEX*? “

Categorias de análise:

- 1) **Identificar as competências:** explorar a opinião dos residentes se esse instrumento avalia adequadamente as competências que eles devem possuir. Como também se oferece uma aprendizagem adequada.
- 2) **Feedback:** Explorar a opinião dos residentes acerca do feedback
- 3) **Ambiente:** Explorar a opinião do residente se o ambiente de prática interfere na avaliação.
- 4) **Fatores facilitadores do exame:** explorar a opinião do residente sobre os fatores que ajudaram na aplicação do instrumento.
- 5) **Fatores de barreira do exame:** explorar a opinião do residente sobre os fatores que prejudicaram na aplicação do instrumento.
- 6) **Interações entre examinador e examinando:** explorar a percepção do estudante sobre a interação entre ele e o examinador.
- 7) **Percepção em relação às características do examinador:** Explorar os sentimentos do residente quanto as suas características pessoais.
- 8) **Identificar a opinião quanto à duração do *Mini-CEX*:** Explorar a opinião em relação a duração da avaliação, do tempo do feedback;
- 9) **Influência que a avaliação de um residente pode exercer sobre suas futuras avaliações:** Explorar a opinião do residente quanto a influência de sua avaliação sobre as próximas.

10) Grau de satisfação: Averiguar o grau de satisfação do residente em relação ao *Mini-CEX*.

APÊNDICE C: Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido para Preceptores

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa: Analisar a implementação do *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* no processo avaliativo de uma Residência de Pediatria em um Hospital no Recife. O objetivo desse projeto é analisar a implementação do *Mini -CEX* na residência de pediatria de um hospital na cidade do Recife e utilizá-lo como um dos métodos de avaliação formativa e somativa dos residentes.

Os procedimentos de coleta de dados serão da seguinte forma: Inicialmente você participará de um curso sobre o *Mini-CEX* de duração de 6h, realizado no HML. Posteriormente, com data preestabelecida, você aplicará o *Mini-CEX* na enfermaria ou no ambulatório, aos residentes que estarão realizando suas atividades práticas naquele setor correspondente usando um formulário que contém um checklist com score de avaliação de habilidades clínicas. Após a aplicação desse instrumento, será agendado um encontro no HML para a realização de uma discussão sobre esse método de avaliação. A entrevista será conduzida por uma pessoa habilitada e treinada que fará as perguntas condutoras, os dados da discussão serão registrados por gravador de voz e anotações serão realizadas posteriormente pelo pesquisador.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: O desconforto que existe é que você precisará disponibilizar de seu tempo para realizar um curso sobre o *Mini-CEX* que será realizado no HML de duração de 6h, posteriormente disponibilidade para aplicar essa ferramenta de avaliação num ambulatório ou enfermaria que durará uma tarde ou uma manhã por semana por 3 a 4 semanas. Nesse momento toda a consulta será filmada. Como também tempo para participar da entrevista individual de duração de 6h. Por outro

lado, ganhará experiências em um novo modelo de avaliação que é o padrão ouro na avaliação do desempenho em cenário real.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Ana Catarina Accioly Gomes certifica-se de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Ana Catarina Accioly Gomes através do telefone (81)992037406 e (81)33046108 ou pelo endereço Rua Ferreira Lopes,249 apt 301 Parnamirim ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000.Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

APÊNDICE D: Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido: para Residentes

Você está sendo convidada(o) como voluntária(o) a participar da pesquisa “Analisar a implementação do *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* no processo avaliativo de uma Residência de Pediatria em um Hospital no Recife”. O objetivo desse projeto é analisar a implementação do *Mini-CEX* na residência de pediatria de um hospital na cidade do Recife e utilizá-lo como um dos métodos de avaliação formativa e somativa dos residentes.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: com data preestabelecida, durante uma consulta de um paciente no ambulatório ou na enfermaria, você será avaliado por um preceptor usando o *Mini-CEX* que utiliza um formulário que contém um checklist com score de avaliação de habilidades clínicas. Após a realização dessa avaliação, será agendado um encontro no HML, com data pré-estabelecida pelo pesquisador, para a realização de uma discussão sobre esse método de avaliação com você. A entrevista individual será conduzida por uma pessoa treinada e habilitada que fará as perguntas condutoras, os dados da discussão serão registrados por gravador de voz e anotações serão realizadas posteriormente pelo pesquisador.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto que os residentes estarão sendo avaliados e filmados no momento de uma consulta com o paciente em tempo real como também disponibilizarão seu tempo para participar da entrevista individual de duração de 6h. Por outro lado, ganharão reflexão de suas atitudes no momento que for empregado o feedback construtivo, e com isso melhorarão seu desempenho numa nova avaliação.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Ana Catarina Accioly Gomes certifica-se de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Ana Catarina Accioly Gomes através do telefone (81)992037406 e (81)33046108 ou pelo endereço rua Ferreira Lopes, 249 apt 301 Parnamirim ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, nº 4861, Imbiribeira- Recife-PE. CEP: 51150-000.Bloco: Administrativo. Tel: (81)33127755 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

APÊNDICE E: Termo de Confidencialidade

(Elaborado de acordo com a Resolução 510/2016 -CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada “Analisar a implementação do *Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)* no processo avaliativo de uma Residência de Pediatria em um Hospital no Recife”, eu Ana Catarina Gomes, comprometo-me a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação dos dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Local, data:____/____/____

Pesquisador Responsável Assinatura e carimbo

Assinatura de todos os membros da equipe

IX. ANEXOS

ANEXO A: Mini-Clinical Evaluation Exercise (CEX)

Mini-Clinical Evaluation Exercise (CEX)

Evaluator: _____ Date: _____

Resident: _____ R-1 R-2 R-3

Patient Problem/Dx: _____

Setting: Ambulatory In-patient ED Other _____

Patient: Age: _____ Sex: _____ New Follow-up

Complexity: Low Moderate High

Focus: Data Gathering Diagnosis Therapy Counseling

1. Medical Interviewing Skills (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

2. Physical Examination Skills (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

3. Humanistic Qualities/Professionalism

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

4. Clinical Judgment (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

5. Counseling Skills (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

6. Organization/Efficiency (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

7. Overall Clinical Competence (Not observed)

1	2	3		4	5	6		7	8	9
UNSATISFACTORY				SATISFACTORY				SUPERIOR		

Mini-CEX Time: Observing _____ Mins Providing Feedback: _____ Mins

Evaluator Satisfaction with Mini-CEX

LOW 1 2 3 4 5 6 7 8 9 HIGH

Resident Satisfaction with Mini-CEX

LOW 1 2 3 4 5 6 7 8 9 HIGH

Comments: _____

Resident Signature

Evaluator Signature

PARTE IV: COMENTÁRIOS E FEEDBACK

COMPETÊNCIAS	RECOMENDAÇÕES, SUGESTÕES E COMENTÁRIOS (Resumo do feedback verbal dado ao residente)
ACOLHIMENTO	
COMUNICAÇÃO	
ANAMNESE	
EXAME FÍSICO	
HABILIDADES PARA PROCEDIMENTOS	
JULGAMENTO CLÍNICO E CAPAC. DE SÍNTESE	
PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÕES	

PARTE V: ANÁLISE DA AVALIAÇÃO

DURAÇÃO DA OBSERVAÇÃO: _____ MIN.	DURAÇÃO DO FEEDBACK: _____ MIN.
GRAU DE SATISFAÇÃO DO AVALIADOR COM A AVALIAÇÃO: BAIXO (1) (2) (3) (4) (5) ALTO	
GRAU DE SATISFAÇÃO DO RESIDENTE COM A AVALIAÇÃO: _____ BAIXO (1) (2) (3) (4) (5) ALTO	

Assinatura do Residente

Assinatura do Avaliador

ANEXO C: Orientações da Revista

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de pesquisas sobre temas específicos considerados relevantes para a saúde pública, bem como artigos para discussão e análise do estado da arte da área e subáreas, mesmo que não diretamente relacionadas com o tema central em análise. A revista é publicada mensalmente e tem como objetivo enfrentar os desafios ao mesmo tempo em que busca consolidar e promover uma atualização permanente das tendências do pensamento e das práticas em saúde pública em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência e Tecnologia.

A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada no modelo de Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar, copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em preprints de bases de dados reconhecidas nacional e internacionalmente.

Ao enviar seu artigo, você deve estar ciente do que é uma pré-impressão e como você deve se apresentar a este primeiro estágio da Ciência Aberta. A pré-impressão disponibiliza artigos e outras comunicações científicas imediatamente ou paralelamente à sua avaliação e validação pelos periódicos. Esse procedimento acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante a autoria intelectual e permite que os autores recebam comentários que aprimorem seu trabalho antes de submetê-lo a qualquer periódico.

Embora o artigo possa permanecer apenas no repositório de pré-impressão (se os autores não quiserem submetê-lo a um periódico), os periódicos continuam a exercer as funções fundamentais de validação, preservação e divulgação da pesquisa. Portanto:

(1) Você pode enviar seu artigo agora para o servidor de preprints da SciELO (<https://preprints.scielo.org>) ou outro servidor confiável . Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores para verificar se o manuscrito segue os critérios essenciais quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, receberá um doi que garante sua imediata divulgação internacional.

(2) Concomitantemente, se desejar, envie para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ambos os processos são compatíveis.

(3) Você pode optar por enviar o artigo apenas para a Revista Ciência & Saúde Coletiva. O envio para o repositório de pré-impressão não é obrigatório.

A partir de 20 de janeiro de 2021 será cobrada uma taxa de submissão de R \$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US \$ 100,00 (100 dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Esse apoio dos autores é imprescindível para financiar o custo da Revista, possibilitando a publicação com acesso universal aos leitores.

Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva é o enfoque temático em linha com a vocação da ABRASCO de realizar estudos aprofundados, bem como promover e divulgar o debate acadêmico e a discussão entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes. e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modalidades de inscrição:

Por Termo de Referência enviado por docentes / pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos Editores-Chefes) quando considerarem pertinente o aprofundamento de determinada matéria.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisas inéditas e abrangentes de relevância para a área, sobre resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes acima descritas. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública de artigos anunciada em página da revista, e coordenada por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com a sua abrangência para serem julgados pelo seu mérito por pareceristas. Trabalhos para esta modalidade só serão aceitos se enviados para o e-mail informado na convocação.

Por Organização Interna de Editores-Chefes internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deverá conter: (1) título (ainda que provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos propostos já com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo em opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos por um mesmo autor em uma edição temática não pode ser superior a três, como primeiro autor ou coautor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de contribuidores estrangeiros. Como em qualquer outra forma de apresentação, essas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a política editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de publicar artigos originais, que tragam novidades e proporcionem avanço no conhecimento em Saúde Coletiva. Qualquer texto que se enquadre neste escopo é e sempre será bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

O artigo deve tratar de questões de interesse local ou situar-se apenas no plano descritivo.

Em sua introdução, os autores devem deixar clara a natureza inédita da contribuição de seu artigo. Também é altamente recomendável que o autor explique em detalhes na carta ao editor porque seu artigo é uma novidade e como ele contribui para o avanço do conhecimento.

A discussão dos dados deve apresentar uma análise que valorize simultaneamente a especificidade da pesquisa ou os achados da revisão e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.

O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. O texto também deve valorizar o conhecimento nacional e internacional.

Quanto aos artigos quantitativos, a revista prioriza os de base populacional e os oriundos de amostragem aleatória. Trabalhos que não se enquadrem na linha editorial são aqueles com amostras pequenas ou apenas descritivas de conveniência ou análises sem embasamento teórico e discussões e interpretações superficiais.

As revisões devem resumir o estado da arte atual e interpretar as evidências disponíveis, produzindo uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, nossa orientação é publicar apenas resenhas de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, trazendo novos conhecimentos para a Saúde Coletiva.

Nota importante - Diante do aumento exponencial da demanda da Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 trabalhos originais), todos os artigos passam por uma primeira triagem, realizada pela Editora-Chefe. Sua decisão de aceitá-lo ou não é baseada nas

prioridades mencionadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e rica interpretação da discussão. Atualmente, apenas uma pequena proporção dos originais é encaminhada aos revisores e recebe parecer detalhado considerando esses critérios.

A revista C&SC adota as “Regras para submissão de propostas de artigos para publicação em revistas médicas”, do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf .
Recomenda-se um exame cuidadoso do texto pelos autores.

Seções da publicação

Editorial : é da responsabilidade dos editores-chefes ou editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

Artigos temáticos: devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos da pesquisa não devem ultrapassar 40.000 caracteres com espaços.

Artigos temáticos livres : serão de interesse da saúde pública mediante submissão gratuita de autores por meio da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40.000 caracteres com espaços, com resultados

de pesquisas e apresentar análises e avaliações das tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Artigos de revisão : consistem em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, sujeitos a métodos de análise temática teoricamente consagrada ou não solicitada, não podendo ultrapassar 45.000 caracteres com espaços.

Opinião : textos que expressam posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

Sinopse : análise crítica de livros relacionados à área temática da saúde coletiva, publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres incluídos os espaços. Os autores da sinopse devem incluir os detalhes completos da referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto devem obedecer às mesmas regras dos artigos. No momento do envio da sinopse os autores deverão inserir uma reprodução em alta resolução da capa do livro, em formato jpeg, como anexo ao sistema.

Cartas : com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em números anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

Nota : O limite máximo de caracteres leva em consideração os espaços e se estende desde a palavra “introdução” até a última referência bibliográfica. O resumo e as ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser redigidos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem conter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de rodapé ou no final do artigo.

2. Os textos devem estar em espaço duplo, em Times New Roman com fonte 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados apenas por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.

3. Os artigos publicados são propriedade da revista C&SC , sendo proibida a reprodução total ou parcial dos mesmos em qualquer meio, seja impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.

5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisas envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, conforme revisada em 1975, 1983, 1989, 1989 , 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, sendo às vezes exigida a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com feições gráficas (caixa alta, diminuição de margem, etc.).

9. O título deve ter no máximo 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que deve especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo os autores devem indicar no máximo cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, o que certamente despertará o interesse do leitor pelo artigo, e pelas palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave na língua original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>)

10. Na submissão de artigos para a plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor possua registro ORCID (Open Researcher and Contributor ID). Porém, quando o artigo for aprovado para publicação na SciELO, todos os autores deverão ter registro no ORCID. Portanto, para os autores que ainda não o possuem, recomenda-se que o registrem e validem no ScholarOne. Para se cadastrar no ORCID acesse o site (<https://orcid.org/>), e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) e, em seguida, em na página de Login, clique no botão Login com ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na redação dos artigos de forma que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; b) redação do artigo ou revisão crítica; ec) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou na concepção e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo deve ter até oito autores no cabeçalho. Os demais serão incluídos no final do artigo.

Nomenclatura

1. As regras da nomenclatura saúde pública / saúde comunitária, bem como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, devem ser rigidamente cumpridas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e no resumo.

2. A designação completa a que uma abreviatura se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Recorde-se que a revista é impressa apenas numa cor, nomeadamente a preto, e se o material ilustrativo for a cores, será convertido para escala de cinzentos.

2. O número de materiais ilustrativos não pode ser superior a cinco por artigo, com exceções relativas a artigos de sistematização de áreas específicas de uma área temática. Nesse caso, os autores negociarão com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser produzido em formato Word ou Excel e submetido com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem

espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. As tabelas e gráficos não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos em formato Word ou Excel e apresentados com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv2390.pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. As tabelas e gráficos não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagens devem ser submetidos em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm altura x 15cm largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser apresentados com títulos e fontes. As figuras e gráficos devem caber no máximo em uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, fonte tamanho 9).

6. Arquivos de imagem, como mapas ou fotos, devem ser salvos (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na maior resolução (300 DPI ou mais) e no maior tamanho possível (dentro de 21cm de altura x 15cm de largura). Qualquer texto da figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho de fonte 9. As fontes e legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar / colar". Este tipo de figura também deve ser submetido com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em seus trabalhos devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos se eles são do domínio público ou se tiveram permissão para usá-los.

Mensagens de Agradecimento

1. Quando incluídos, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização escrita das pessoas indicadas nas mensagens de agradecimento, desde que os leitores possam deduzir que tais pessoas concordam com os dados e conclusões alcançados.

3. As mensagens de agradecimento pelo apoio técnico constarão de parágrafo distinto das demais modalidades de contribuição.

Financiamento

A RC&SC atende a Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação / Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Gabinete sobre citação obrigatória da CAPES para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor deve ser citado no texto seguido de et al .

2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme exemplos a seguir:

Exemplo 1: “Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF” 11 (p.38).

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza⁴, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo em ordem numérica seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos

(http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes de pessoas, cidades e países devem ser citados no idioma original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em revistas

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do Rio Grande do Sul, Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Uso de medicamentos veterinários, pesticidas e produtos químicos relacionados em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos para a saúde humana e ambiental. Cien Saude Colet 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. Med J Aust 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

4. Emitir com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com atenção especial às crianças brasileiras. Cad Saude Publica 1993; 9 (Suplemento 1): 71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. Lancet 1996; 347: 1337.

Livros e outras monografias

6. Pessoa

física como autor Cecchetto FR. Violência, cultura e poder . Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. Pesquisa qualitativa em serviços de saúde . Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes aos agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É remédio ou veneno . Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes em neurofisiologia clínica. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology, 1995 out 15-19, Kyoto, Japan. Amsterdã: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro da Adolescência , 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade : nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos de idade. *Jornal do Brasil*, 31 de janeiro de 2004; p. 12

Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição por ozônio: o estudo estima 50.000 internações por ano. *The Washington Post*, 21 de junho de 1996; Sect. A: 3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV + / AIDS: os fatos e o futuro [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book, 1995.

15. Documentos jurídicos

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços pertinentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 de setembro

Material futuro ou não publicado

Leshner AI. Mecanismos moleculares de dependência de cocaína. N Engl J Med
Forthcoming 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto
N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário.
Arq Bras Oftalmol. Próximo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. Emerg Infect Dis [jornal
na Internet] 1995 Jan-Mar [citado em 5 de junho de 1996]; 1 (1): [cerca de 24 p.].
Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do
tracoma na comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. Arq Bras Oftalmol
[periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado em 12 de julho de 2004]; 67 (2): [cerca
de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, dermatologia clínica ilustrada [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA
Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador].

Versão 2.2. Orlando (FL): Sistemas Educacionais Computadorizados; 1993

Os artigos serão avaliados através de Peer Review por pelo menos três consultores da área do conhecimento da investigação, de instituições de ensino e / ou investigação nacionais e estrangeiras, com comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se houver dois pareceres favoráveis, e rejeitado quando houver dois pareceres desfavoráveis.

ANEXO D : Parecer do CEP

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise da implementação do Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) no processo avaliativo de uma Residência de Pediatria.

Pesquisador: ANA CATARINA ACCIOLY GOMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 04460818.0.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.200.102

Apresentação do Projeto:

O projeto visa a implementação do Mini-CEX como ferramenta de avaliação na residência de pediatria do Hospital Maria Lucinda

Objetivo da Pesquisa:

Como desfecho secundário propõe:

- 1- Analisar o grau de satisfação do uso do Mini-CEX pelos preceptores e residentes;
- 2 - Identificar os fatores facilitadores e de barreiras para uso do Mini-CEX na percepção de preceptores e residentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse acadêmico.

O projeto está adequado porém a primeira versão foi escrita como se a pesquisa já tivesse sido realizada. Foram feitas as alterações e corrigido o tempo verbal.

Havia referência das 2 resoluções 466/12 e 510/16 - foi corrigido e foi mantida a resolução 510/16 que se aplica ao tipo de estudo.

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.200.102

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados e foram feitos os ajustes solicitados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atendeu as solicitações de ajustes do CEP-FPS e está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Enviar relatórios parciais a cada semestre e ao final da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1265082.pdf	19/02/2019 10:45:17		Aceito
Cronograma	cronograma.doc	19/02/2019 10:43:17	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcorigido.doc	19/02/2019 10:43:01	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	termodeconfidencialidadeassinado.pdf	19/02/2019 07:21:07	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	CartaResposta.doc	17/02/2019 11:13:20	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	Aspectoseticos.doc	11/12/2018 19:39:53	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEResidentes.doc	11/12/2018 19:38:37	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpreceptores.doc	11/12/2018 19:38:23	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	03/12/2018 13:25:46	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	participantes.doc	01/12/2018 22:24:13	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	entrevistaresidente.doc	01/12/2018 22:20:59	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	entrevistapreceptor.doc	01/12/2018 22:20:45	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	termodeimagem.doc	01/12/2018 22:19:58	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	01/12/2018	ANA CATARINA	Aceito

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 51.150-000

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 3.200.102

Outros	Cartadeanuencia.pdf	21:44:56	ACCIOLY GOMES	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	01/12/2018 20:36:46	ANA CATARINA ACCIOLY GOMES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 14 de Março de 2019

Assinado por:

Ariani Impieri de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Mascarenhas de Moraes, 4861

Bairro: IMBIRIBEIRA

CEP: 51.150-000

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3312-7755

E-mail: comite.etica@fps.edu.br

