

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

**ORLANDO VIEIRA GOMES**

**VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *MAASTRICHT***  
***CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE* PARA LÍNGUA**  
**PORTUGUESA**

**RECIFE**

**2016**

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

**ORLANDO VIEIRA GOMES**

**VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *MAASTRICHT***  
***CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE* PARA LÍNGUA**  
**PORTUGUESA**

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

**Linha de Pesquisa: estratégias, ambientes e produtos educacionais inovadores**

**Orientadora: Dra. Luciana Marques Andreto**

**Coorientadora: Msc. Tereza Rebecca de M. Lima**

**RECIFE**

**2016**

Ficha Catalográfica  
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

---

G633v Gomes, Orlando Vieira

Validade e confiabilidade do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para língua portuguesa. / Orlando Vieira Gomes; Orientadora: Luciana Marques Andreto; Coorientadora: Tereza Rebecca de M. Lima. – Recife: Do Autor, 2016.  
71 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-Graduação, 2016.

1. Estudos de validação. 2. Validação educacional. 3. Preceptoria. I. Andreto, Luciana Marques. Orientadora. II. Lima, Tereza Rebecca de M. Coorientadora. III. Título.

CDU 61.001.5

---

**ORLANDO VIEIRA GOMES**

**VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *MAASTRICHT  
CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE* PARA LÍNGUA  
PORTUGUESA**

**Dissertação apresentada em: 15 de dezembro de 2016**

**Membros da banca examinadora:**

**Profa. Dra. Luciana Marques Andreto – FPS**

**Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia Cesar Vieira – FPS**

**Profa. Dra. Nara Vasconcelos Cavalcanti - IMIP**

## **DEDICATÓRIA**

Ao Senhor Jeová pelo dom da vida e por todas as bênçãos que tem me dado.  
Aos meus pais por todo amor, carinho e apoio durante toda a minha trajetória de vida.

Aos meus queridos irmãos Marcelo e Luana, cúmplices de todas as minhas conquistas e generosos de carinho, amor e companheirismo.

A minha amável noiva Marcella por todo amor, compreensão e incentivo.

Aos meus familiares por todo o apoio.

Ao meu amigo Ramon e a todos os colegas de turma pelos momentos de aprendizagem e descontração.

## **AGRADECIMENTOS**

Às professoras Luciana Andreto e Tereza Rebeca, orientadora e coorientadora, pelos ensinamentos, apoio e dedicação ao longo de toda essa jornada.

Ao professor Paulo Schwingel pelos ensinamentos e preciosas contribuições.

Aos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Vale do São Francisco, da Universidade Federal de Pernambuco, da Universidade de Pernambuco e da Faculdade Pernambucana de Saúde pela gentileza e fundamental contribuição.

Ao Hospital Regional de Juazeiro e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira pela oportunidade e apoio ofertado.

Aos amigos preceptores do Hospital Regional de Juazeiro, do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco e da Clínica de Nefrologia de Juazeiro pela compreensão e apoio.

## **FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES**

**Nome do Mestrando:** Orlando Vieira Gomes

**Profissão e ocupação:** Médico Nefrologista. Chefe da Unidade de Clínica Médica e preceptor da Residência em Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Supervisor da Residência em Clínica Médica do Hospital Regional de Juazeiro – BA.

**E-mail:** orlandopetro@msn.com

**Nome do Orientador:** Luciana Marques Andreto

**Profissão e ocupação:** Enfermeira Obstetra. Docente permanente do mestrado profissional em educação para o ensino na área de saúde da FPS. Preceptora da Residência de Enfermagem do IMIP.

**E-mail:** lucianaandreto@hotmail.com

**Nome do Coorientador:** Tereza Rebecca de Melo Lima.

**Profissão e ocupação:** Médica Pediatra. Docente colaboradora do Mestrado em Educação em Saúde da FPS. Preceptora da Enfermaria de Pediatria do IMIP.

**E-mail:** terezarebeca@yahoo.com.br

## **LISTA DE SIGLAS**

FPS - Faculdade Pernambucana de Saúde

MCTQ - *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire*

HRJ – Hospital Regional de Juazeiro

HU UNIVASF – Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco

UPE - Universidade de Pernambuco

SUS – Sistema Único de Saúde



## **LISTA DE APÊNDICES**

APÊNDICE A – Carta de anuência.....	54
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	55

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A - Versão adaptada para a língua portuguesa do <i>Maastricht Clinical Teaching Questionnaire</i> .....	57
ANEXO B - Cópia da permissão para uso <i>Maastricht Clinical Teaching Questionnaire</i> para fins acadêmicos concedida por meio de correio eletrônico.....	59
ANEXO C - Cópia de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde.....	60
ANEXO D - Normas de submissão da revista Interface Comunicação, Saúde, Educação.....	63
ANEXO E - Avaliação de Defesa de dissertação.....	71

## RESUMO

**Introdução:** Num cenário de aprendizagem clínica, preceptores devem se comportar como mediadores entre os saberes que o estudante já tem e os que necessitam adquirir, integrando a teoria e a prática no contexto da assistência ao paciente. Para isso, é necessário capacitar preceptores e desenvolver instrumentos capazes de aferir o desempenho de tais docentes. Em 2008 foi desenvolvido na Holanda o *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* (MCQT) destinado à avaliação de preceptores pelos estudantes com o objetivo de proporcionar *feedback* a esses sobre suas habilidades de ensino em relação a supervisão realizada durante o estágio. A validação de um instrumento para outro idioma é de grande valia uma vez que permite avaliar e investigar determinado fenômeno em diferentes países. **Objetivo:** Realizar a validação do MCQT para a língua portuguesa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de validação de instrumento de pesquisa realizado em quatro hospitais do nordeste brasileiro com a aplicação da versão adaptada para a língua portuguesa do MCTQ em uma amostra composta por estudantes de medicina do quinto e sexto anos de quatro diferentes instituições de ensino do estado de Pernambuco. Para avaliar a validade do construto foi utilizado o índice Kappa. A confiabilidade foi medida através do Coeficiente Alfa de Cronbach. O teste-reteste estabeleceu o nível de reprodutibilidade. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde. **Resultados:** O índice Kappa variou entre 0,527 a 0,710 e o Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77 a 0,954, comprovando bom grau de concordância e de consistência interna do instrumento, respectivamente. Em relação à reprodutibilidade, todos os valores de coeficiente de correlação encontrados foram significativos e de boa magnitude ( $\geq 0,72$ ). **Conclusão:** A versão em português do MCQT mostrou-se confiável e válida para uso na língua portuguesa.

**Palavras chaves:** estudos de validação, avaliação educacional, preceptoria, educação médica.

## ABSTRACT

**Introduction:** In a clinical learning scenario, clinical teachers should behave as mediators among the knowledge the student already has and those ones that need to be acquired, integrating theory and practice in the context of patient care. For this, it is necessary to have training of preceptors and instruments able to gauge the performance of such teachers. In 2008 the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCQT) was developed in the Netherlands for the evaluation of clinical teachers by the students with the aim of providing feedback to them about their teaching skills concerning the supervision performed during the internship. The validation of an instrument for another language it has great importance since it allows evaluating and investigating a certain phenomenon in different countries. **Objective:** To validate the MCQT for the Portuguese language. **Methodology:** This is a validation study of a research instrument carried out in four hospitals in Northeastern Brazil where the MCTQ, adapted to Portuguese, was applied in a sample composed by fifth and sixth years medical students' from four different educational institutions in the state of Pernambuco. To evaluate the construct validity, the Kappa index was used. Reliability was measured using Cronbach's Alpha Coefficient. The test-retest set the level of reproducibility. The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Faculdade Pernambucana de Saúde. **Results:** The Kappa index ranged from 0.527 to 0.710 and Cronbach's Alpha Coefficient from 0.77 to 0.954, confirming a suitable level of agreement and internal consistency of the instrument, respectively. Regarding reproducibility, all values of correlation coefficient were significant and have good magnitude ( $\geq 0.72$ ). **Conclusion:** The Portuguese version of the MCQT was reliable and valid for its use in the Portuguese language.

**Keywords:** validation studies, educational measurement, preceptorship, medical education.

## SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>II. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Objetivo geral .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2. Objetivos específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>III. MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1. Desenho do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2. Local do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>3.3. Período do estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4. População e composição da amostra .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5. Critérios de elegibilidade.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5.1. Critérios de inclusão .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5.2. Critérios de exclusão .....</b>	<b>21</b>
<b>3.6. Procedimento de coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.7. Análise dos dados .....</b>	<b>22</b>
<b>3.8. Aspectos éticos .....</b>	<b>23</b>
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>V. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>47</b>
<b>VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>

## I. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o ensino na Medicina foi praticado através da transmissão de saberes de um médico mais experiente para os mais jovens aprendizes, não havendo formação pedagógica específica para esse processo de ensino-aprendizagem. O ensinamento era pautado no acompanhamento e na observação direta dos procedimentos realizados pelos médicos mais sábios por parte dos mais jovens. Por um longo período, esse foi o modelo utilizado na formação médica já que não existia grande preocupação com a parte pedagógica envolvida na relação professor – estudante.<sup>1</sup>

Posteriormente, com o surgimento das universidades na idade média, a forma de ensino na área médica passou por uma mudança importante com a criação das primeiras escolas organizadas estrutural e administrativamente. Contudo, o estudo ainda era totalmente desvinculado da rede de serviços e da comunidade. O atendimento a pacientes nos serviços de saúde era decorrente da demanda didático-pedagógica da instituição. Nesse período, ainda não havia questionamentos importantes em relação às metodologias de ensino empregadas.<sup>2</sup>

Nesse sentido, o simples fato do professor de medicina ser tecnicamente habilitado em seu ofício já era considerado algo inquestionável e suficiente para ele lecionar. Entretanto, mesmo nos dias atuais, o docente médico ainda não recebe o preparo adequado para ensinar, valendo-se basicamente, na maioria das vezes, da sua experiência em determinada área médica como pré-requisito ao ensino. Este, por sua vez, ainda muito praticado num formato tradicional em que o estudante é mero espectador e o professor o detentor e transmissor do saber.<sup>3,4</sup>

No início do século XX, foi publicado o clássico estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*,<sup>5</sup> também conhecido como relatório de Flexner que repercutiu em grandes implicações para a formação médica e para a medicina mundial. Entre as propostas trazidas por ele, destacava-se a divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Apesar de este formato ser muito criticado, ainda é muito utilizado em nossas faculdades.<sup>6</sup> Do ponto de vista pedagógico, Flexner defendia as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica. Em sua concepção, o estudante só aprendia fazendo. Assim, mostrava-se

contrário ao ensino pautado puramente em palestras e que valorizasse a memorização como método de aprendizagem.<sup>7</sup>

Sabe-se que a forma como o conhecimento é organizado e armazenado na mente humana é fator determinante do processo de aprendizagem. Nesse sentido, o docente deve se distanciar de metodologias ultrapassadas onde o estudante figura de forma totalmente passiva. Portanto, ele deve participar como facilitador do aprendizado, estimulando a motivação dos estudantes em analisar e refletir sobre o que estão aprendendo.<sup>8</sup>

Nesse contexto, os docentes, facilitadores de aprendizagem, funcionam como mediadores entre os saberes que o estudante já tem e os que necessitam adquirir, tendo um papel fundamental na qualidade da aquisição desse conhecimento, não apenas se resumindo a simples transmissores de informações. Eles devem ter o discernimento de permitir ao discente participar ativamente de seu processo de aprendizagem. Numa nova perspectiva, há uma construção permanente e conjunta do saber, ocorrendo de forma dinâmica e, algumas vezes, irregular.<sup>9,10</sup>

Em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014, durante o curso médico, e notadamente no internato, o docente clínico deve atuar com metodologias de ensino que privilegiem a participação ativa do estudante em diversos cenários, em especial nas unidades de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), em seus diferentes níveis de atenção, objetivando proporcionar conhecimento e vivência de forma prática e progressiva de situações inerentes à profissão.<sup>11</sup>

Com o processo de implantação do Programa Mais Médicos, o governo brasileiro tem motivado, através do Ministério da Saúde e da Educação, a expansão de novas escolas médicas em todo o país, buscando atingir a meta de 11.550 vagas de graduação até o ano de 2017. Paralelamente, o programa almeja abrir mais de doze mil vagas de residência médica em todo o país. Exige-se que os novos profissionais formados possuam um perfil mais crítico, humanista, ético e reflexivo, voltado especialmente às necessidades do SUS.<sup>12</sup>

Em um novo contexto, não basta o estudante ter adquirido o conhecimento cognitivo (sabe e sabe como), mostrar como se faz ou fazer, seguindo os quatro níveis da Pirâmide de Miller.<sup>13</sup> Agora, espera-se que o profissional formado demonstre

também as atitudes, valores e os comportamentos esperados de um médico. Ele deve "pensar, agir e sentir como um médico".<sup>14</sup>

Paralelo a essas mudanças, surgem novas demandas relacionadas à forma de como avaliar esse graduando. Os modelos tradicionais de avaliação do aprendizado acabam se tornando insuficientes nesse novo contexto. Assim, é preciso que os educadores adotem métodos e instrumentos de avaliação inovadores que possam medir de forma fidedigna o profissionalismo do estudante em formação.<sup>15</sup>

Dessa forma, é urgente a necessidade de novos preceptores devidamente habilitados. Estes exercem fundamental papel na formação médica ao integrar a teoria e a prática no contexto da assistência durante os últimos anos do curso médico.<sup>16</sup> Contudo, em grande parte dos cenários de ensino clínico, não há capacitação específica para que os docentes exerçam de forma efetiva e adequada o papel de facilitadores do conhecimento. Sendo assim, faz-se necessário apoiar o desenvolvimento desses profissionais no sentido de avançar nas suas habilidades de ensino clínico.<sup>17</sup>

Sabe-se que estudantes de graduação nos estágios iniciais de aprendizagem nos cenários clínicos requerem mais apoio e um nível maior de vigilância, podendo ocorrer maiores dificuldades no processo de ensino. Essa necessidade de mais atenção e supervisão de preceptores mais experientes e preparados tem sido um obstáculo frequente nas avaliações de ensino clínico. Esse é outro aspecto que reforça a importância da capacitação contínua por parte dos educadores.<sup>18,19</sup>

Um bom preceptor precisa ter ciência que não apenas atua como facilitador do aprendizado técnico de determinada área médica, mas serve de modelo à medida que transmite valores morais a partir de suas atitudes e seu comportamento frente aos pacientes. Na perspectiva dos estudantes, o preceptor modelo também é aquele que mostra entusiasmo pela docência, é motivador, é acessível, apresenta-se interessado no desenvolvimento de seus estudantes e cria um ambiente de aprendizagem positivo, entre tantas outras qualidades.<sup>20,21</sup>

Além da importância dada à necessidade de capacitação dos professores clínicos, é preciso haver instrumentos capazes de aferir o desempenho de tais docentes. Para isso, podemos utilizar o *feedback* proporcionado por estudantes como dado relevante que pode ser utilizado para ajudar os preceptores a aprimorar suas habilidades de ensino. Adicionalmente, o *feedback* pode ser usado para recompensar os bons professores como também ser útil na tomada de decisões sobre promoções acadêmicas.<sup>22</sup>



Tradicionalmente, na área educacional, o *feedback* consiste numa ferramenta utilizada pelo professor como estratégia de ensino-aprendizagem na medida em que ele proporciona, junto ao discente, uma discussão acerca do seu desempenho em relação a uma determinada tarefa. A partir desse instrumento, pode-se ajustar o que precisa ser melhorado e, ao mesmo tempo, serem alavancados os pontos fortes observados, gerando motivação no estudante. Por outro lado, diferentemente do que geralmente ocorre, também é interessante que o discente seja ativo nesse processo ao trazer *feedback* para o docente e, assim, contribuir com seu desempenho pedagógico.<sup>23</sup>

Nesse sentido, existem alguns instrumentos com a finalidade de fornecer dados sobre a qualidade de ensino dos preceptores. Trata-se de questionários nos quais estudantes e pós-graduandos (médicos residentes) respondem itens que avaliam os seus docentes.<sup>24</sup> Dentre esses, foi desenvolvido em 2008 o *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* (MCTQ), destinado à avaliação de preceptores pelos estudantes com o objetivo de proporcionar *feedback* a esses sobre suas habilidades de ensino durante estágio realizado num contexto clínico.<sup>25</sup>

Até o momento, não há disponível um questionário na língua portuguesa com as características já descritas e que esteja devidamente validado para uso em nosso país. Trabalho realizado por Vasconcelos (2015) proporcionou a tradução e adaptação cultural do MCTQ para o português com uso no Brasil, garantindo a validade de conteúdo do instrumento. É o primeiro instrumento que avalia as habilidades clínicas adaptado transculturalmente para língua portuguesa (ANEXO A). A versão nacional do MCTQ apresentou fácil compreensão e, em teste piloto realizado, mostrou-se bem aceita.<sup>26</sup>

A validação de um instrumento envolve todo um processo de investigação que não se limita apenas ao teste em si, mas à interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico. Ao se interpretar a validade, é necessário realizar cálculos de diferentes coeficientes. Há três aspectos da validade que correspondem aos objetivos de um teste: validade de conteúdo, validade de critério e a validade de constructo. A validade de conteúdo refere-se ao julgamento sobre o instrumento que não é determinada estatisticamente. Apresenta limitações por ser um processo subjetivo. A validade de critério, também chamada de preditiva ou concorrente, tem como finalidade verificar se o instrumento é capaz de identificar os que são de fato melhores para uma determinada atividade. Refere-se ao grau de correlação entre os escores de um teste e

outras medidas do desempenho (critério) obtidas de forma independente ou concomitante ao teste. Por fim, a validade de construto possuiu um alcance bem mais amplo, centrando-se o seu objetivo na validação da teoria em que se apoiou a construção do instrumento.<sup>27</sup>

Assim, para ser de fato aplicado em determinada população, é importante que um instrumento preencha os requisitos de validade e também de confiabilidade. A validade se refere ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir. Por sua vez, a confiabilidade de uma medida é a confiança que a mesma inspira, a sua coerência através da constância dos resultados.<sup>28,29</sup>

Realizar a adaptação transcultural e a validação de um instrumento para outro idioma é de grande valia uma vez que permite avaliar e investigar determinado fenômeno em diferentes contextos, podendo ser utilizado em estudos não apenas locais, mas internacionais e multicêntricos, estudos estes cada vez mais frequentes na comunidade científica. Isso possibilita a realização de comparações entre populações distintas e demanda menor tempo com a formulação de um novo instrumento.<sup>30</sup>

Diante disso, a pesquisa mostra-se importante e inovadora por buscar validar um instrumento de avaliação de habilidades de ensino clínico de preceptores, o MCTQ, quando estes atuam como supervisores durante um estágio supervisionado. A partir da utilização de um instrumento que proporciona *feedback* para o preceptor e o faz refletir sobre o processo de ensino aprendizagem, pode-se levantar estratégias que resultem em melhorias no desempenho dos docentes e, conseqüentemente, no processo de ensino-aprendizagem.

Assim, o presente estudo tem como objetivo realizar a validação do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para a língua portuguesa.

## II. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

Realizar a validação do MCTQ para a língua portuguesa.

### 2.2 Objetivos específicos

- Verificar a confiabilidade do MCTQ através do Coeficiente Alfa de Cronbach.
- Analisar o grau de concordância entre as respostas do MCTQ utilizando o índice Kappa.
- Estabelecer o nível de reprodutibilidade do MCTQ através do teste *t de Student* para medidas repetidas.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo de validação de instrumento de pesquisa.

#### **3.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Juazeiro (HRJ), no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU UNIVASF), no Hospital Dom Malan/Gestão IMIP (HDM) e no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). As três primeiras unidades representam os três maiores serviços de saúde, vinculados ao SUS, localizados no Vale do São Francisco, especificamente nas cidades de Petrolina - PE (HU UNIVASF e HDM) e Juazeiro - BA (HRJ).

A região do Vale do São Francisco vem crescendo progressivamente como centro de formação na área de saúde. Abriga vários cursos de graduação na área de saúde em instituições públicas e privadas, como também alguns cursos de pós-graduação, incluindo programas de residência em saúde (médica, enfermagem e multiprofissional).

O IMIP, por sua vez, é o maior complexo hospitalar do norte-nordeste e se localiza na cidade de Recife, estado de Pernambuco. É notadamente reconhecido como relevante centro de assistência, ensino e pesquisa. Além de possuir diversos programas de residência médica e multiprofissional, é campo de prática supervisionada dos estudantes de Medicina da UFPE, da UPE e da FPS.

Os hospitais localizados no Vale do São Francisco recebem regularmente estudantes dos dois últimos anos do curso médico da UNIVASF. Já o IMIP recebe estudantes da UFPE, UPE e FPS para estágio obrigatório sob a supervisão de médicos preceptores.

#### **3.3 Período do Estudo**

O estudo foi realizado no período de março de 2016 a dezembro de 2016 após aprovação pelo comitê de ética da FPS e anuência das instituições. O andamento do estudo seguiu o cronograma de atividades práticas de estágio dos discentes no HRJ, no HU UNIVASF, no HDM e no IMIP.

### **3.4 População e composição da amostra**

A amostra foi não probabilística, constituída por 246 estudantes de ambos os sexos, recrutados por voluntariedade entre estudantes de Medicina da UNIVASF, da UFPE, da UPE e da FPS. Anualmente, tais cursos recebem 80, 140, 150 e 137 estudantes, respectivamente. Em todas as instituições citadas, a duração do curso é de seis anos. O tamanho da amostra desse estudo superou o tamanho recomendado por Pasquali que é de cerca de 10 pessoas por questão.<sup>31</sup>

### **3.5 Critérios de elegibilidade**

#### **3.5.1 Critérios de inclusão**

Estudantes dos dois últimos anos do curso médico da UNIVASF, da UFPE, da UPE e da FPS que estavam realizando o estágio curricular obrigatório (no mínimo duas semanas de estágio) no HRJ, no HU UNIVASF, no HDM e no IMIP.

#### **3.5.2 Critérios de exclusão**

- Estudantes afastados do hospital por problemas de saúde, férias, licenças ou outros motivos que os impedissem de realizar o estágio no período do estudo.
- Estudantes que estivessem estagiando com o pesquisador, que é preceptor do HU UNIVASF e do HRJ, durante o período do estudo.

### **3.6 Procedimento de coleta de dados**

Como instrumento de coleta de dados, foi aplicada a versão adaptada para a língua portuguesa do MCTQ em uma amostra de estudantes de medicina da UNIVASF, da UFPE, da UPE e da FPS que estavam no estágio curricular obrigatório (internato) em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ginecologia/Obstetrícia e Pediatria no Hospital Regional de Juazeiro, no HU UNIVASF, no Hospital Dom Malan/Gestão IMIP e no IMIP no momento da pesquisa.

Previamente foi solicitado a Dra. Renée E. Stalmeijer, PhD, diretora do Mestrado Profissional em Educação na Área de Saúde da Universidade de Maastricht, a permissão para adaptação transcultural e aplicação com fins acadêmicos do instrumento. Gentilmente foi concedida a permissão conforme e-mail encaminhado. (ANEXO B).

O MCTQ constitui-se de um instrumento desenvolvido em 2008 na Universidade de Maastricht, Holanda, composto por cinco domínios: (1) modelagem; (2) treinamento; (3) articulação; (4) exploração e (5) clima geral de aprendizagem, onde se distribuem quinze itens que avaliam o desempenho de um preceptor e a partir dos quais o estudante indicará sua concordância em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente).<sup>25</sup> A partir do MCQT, os estudantes podem proporcionar *feedback* aos preceptores no que diz respeito as suas habilidades de ensino durante um estágio supervisionado.

A versão adaptada para língua portuguesa do MCTQ foi respondida em dois momentos do estudo pelos estudantes. A primeira avaliação (teste) era realizada após o período mínimo de duas semanas de estágio com determinado preceptor e, após o tempo mínimo de uma semana e máximo de 8 semanas, o aluno reavaliava (reteste) esse mesmo preceptor. Cada preceptor foi avaliado duas ou mais vezes. Por outro lado, cada estudante avaliou até três preceptores em cada cenário de aprendizagem.

O questionário foi aplicado no período compreendido entre março e agosto de 2016 por uma equipe composta de três profissionais habilitados à aplicação do MCTQ. Estes não tinham qualquer relação hierárquica com os estudantes participantes e, em nenhum momento, os autores foram avaliados, evitando assim qualquer conflito de interesses. Destaca-se, ainda, que os preceptores ou supervisores avaliados não tiveram acesso ao questionário.

Os estudantes gastaram em média 6 a 7 minutos para o preenchimento do MCTQ. Intervalo de tempo próximo ao utilizado na etapa de validação transcultural<sup>26</sup> e no estudo original composto por estudantes holandeses.<sup>25</sup>

### **3.7 Análise dos dados**

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha do banco de dados do Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Estados Unidos, Release 14.0.7173.5000, 2010), com dupla entrada, com checagem automática de consistência e amplitude. A análise estatística descritiva foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, Release 16.0.2, 2008). Variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absoluta e relativa, enquanto as

contínuas foram ilustradas como média  $\pm$  desvio padrão após a verificação da normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnoff.

Para avaliar a medida de confiabilidade foi utilizada a consistência interna, por meio do coeficiente de Cronbach padronizado. O Alpha de Cronbach é um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala, verificando a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Sendo assim, ele consiste na média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento. O valor mínimo aceitável para o Alpha é 0,70. Habitualmente são preferidos valores de Alpha entre 0,80 e 0,90. Valores superiores a 0,90 são considerados redundantes, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo.<sup>32,33</sup>

O grau de concordância entre as respostas do MCTQ, validade de construto, foi avaliado através do índice Kappa. O Kappa é uma medida de concordância intra e entre-observador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso e varia geralmente de 0-1 (embora os números negativos sejam possíveis), sendo que “0” representa não haver concordância além do puro acaso e “1” representa a concordância perfeita.<sup>34</sup> Os valores foram distribuídos em cinco categorias de concordância para as estimativas de confiabilidade, a partir dos resultados encontrados para o Kappa: quase perfeita ( $>0,80$ ); substancial (0,61 a 0,80); moderada (0,41 a 0,60); regular (0,21 a 0,40); fraca (0,01 a 0,20) e pobre (0,00).<sup>35</sup>

Já o nível de reprodutibilidade do MCTQ foi estabelecido pelo teste *t* de *Student* para medidas repetidas (teste e reteste). Possíveis correlações entre estes dados foram também verificadas através do coeficiente de correlação linear de Pearson (*r*) e pelo coeficiente de determinação ( $r^2$ ). O coeficiente de correlação linear de Pearson varia entre -1 e 1. O valor indica a magnitude e o sinal indica a direção da correlação (negativa ou positiva). Quanto mais perto de 1 mais forte é o nível de associação linear entre as variáveis. Por outro lado, quanto mais perto de zero, menor é o nível de associação. Já o coeficiente de determinação é uma medida da proporção da variabilidade em uma variável que é explicada pela variabilidade da outra.<sup>36</sup>

### **3.8 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da FPS, tendo como CAAE 51892515.7.1001.5569. (ANEXO C).

Em cada serviço hospitalar em que os estudantes foram entrevistados foi entregue o projeto de pesquisa contendo informações sobre o estudo a ser realizado, junto à Carta de Anuência (APÊNDICE 1). O projeto foi analisado e autorizado pelo Diretor de Ensino e Pesquisa da Instituição.

A participação dos envolvidos na pesquisa foi voluntária. Eles foram esclarecidos quanto à finalidade do estudo, podendo fazer perguntas e tirar qualquer dúvida a respeito. Após aceitar a participação no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido obedecendo aos critérios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo aos postulados da Declaração de Helsinque e sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

#### **IV. RESULTADOS**

Os resultados desse estudo serão apresentados em forma de artigo a ser submetido à Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Fator de impacto – 0,3454). As normas da revista estão inseridas no Anexo D.

Titulo do Artigo: Validade e confiabilidade do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para língua portuguesa.



## VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *MAASTRICHT CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE* PARA LÍNGUA PORTUGUESA

Orlando Vieira Gomes <sup>(1)</sup>, Ramon José Leal de Moraes <sup>(1)</sup>, Paula Teles Vasconcelos <sup>(1)</sup>, Tereza Rebecca de M. Lima <sup>(2)</sup>, Luciana Marques Andreto <sup>(2)</sup>

(1) Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Recife, PE, Brasil. orlandopetro@msn.com; ramonmoraes\_dm@hotmail.com; paulatvasconcelos@yahoo.com.br.

(2) Docente permanente do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Recife, PE, Brasil. lucianaandreto@hotmail.com; terezarebeca@yahoo.com.br.

### Resumo:

O *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* (MCQT) é um instrumento destinado à avaliação do desempenho de preceptores pelos estudantes. O objetivo deste estudo foi realizar a validação do MCQT para a língua portuguesa. Trata-se de estudo de validação de instrumento de pesquisa realizado em quatro hospitais do nordeste brasileiro com uma amostra composta por 246 estudantes de Medicina. Para avaliar a validade de construto foi utilizado o índice Kappa. A confiabilidade foi medida através do Coeficiente de Cronbach. O teste-reteste estabeleceu o nível de reprodutibilidade. O índice Kappa variou entre 0,527 a 0,710 e o Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77 a 0,954, comprovando bom grau de concordância e de consistência interna do instrumento, respectivamente. Na reprodutibilidade, os coeficientes de correlação foram superiores a 0,70. A versão em português do MCQT mostrou-se confiável e válida para uso na língua portuguesa.

**Palavras chaves:** estudos de validação, avaliação educacional, preceptoria, educação médica.

**Abstract**

The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCQT) is an instrument for the evaluation of clinical teacher's performance by students. The objective of this study was to MCQT validation for the Portuguese language. This is a research instrument validation study conducted in four hospitals in the Northeastern Brazil with a sample of 246 medical students. To assess the construct validity, the Kappa index was used. Reliability was measured by Cronbach's coefficient. The test-retest established the level of reproducibility. The Kappa index ranged from 0.527 to 0.710 and Cronbach's Alpha Coefficient from 0.77 to 0.954, confirming a suitable level of agreement and internal consistency of the instrument, respectively. In reproducibility, the correlation coefficients were greater than 0.70. The Portuguese version of the MCQT is reliable and valid for use in this language.

**Keywords:** validation studies, educational measurement, preceptorship, medical education.

**Resumen**

El Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCQT), es un instrumento destinado a la evaluación del desempeño de preceptores por los estudiantes. El objetivo de este estudio fue realizar la validación del MCQT para el idioma portugués. Se trata del estudio de validación del instrumento de investigación realizado en cuatro hospitales del nordeste brasileño con una muestra compuesta por 246 estudiantes de Medicina. Para evaluar la validez de constructo fue utilizado el índice Kappa. La confiabilidad fue medida a través del Coeficiente de Cronbach. El método teste-reteste estableció el nivel de reproductibilidad. El índice Kappa varió entre 0,527 a 0,710 y el Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,77 a 0,954, comprobando buen grado de concordancia y de consistencia interna del instrumento, respectivamente. En la reproductibilidad, los coeficientes de correlación fueron superiores a 0,70. La versión en portugués del MCQT se mostró confiable y válida para uso en el idioma portugués.

**Palabras llaves:** estudios de validación, evaluación educacional, preceptoría, educación médica.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o ensino na Medicina foi praticado através da transmissão de saberes de um médico mais experiente para os mais jovens aprendizes, não havendo formação pedagógica específica para esse processo de ensino-aprendizagem. O ensinamento era pautado no acompanhamento e na observação direta dos procedimentos realizados pelos médicos mais sábios por parte dos mais jovens.<sup>1</sup>

Mesmo nos dias atuais, o docente médico ainda não recebe o preparo adequado para ensinar, valendo-se basicamente, na maioria das vezes, da sua experiência em determinada área médica como pré-requisito ao ensino. Este, por sua vez, ainda muito praticado num formato tradicional em que o estudante é mero espectador e o professor o detentor e transmissor do saber.<sup>2,3</sup>

No início do século XX foi publicado o clássico estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*,<sup>4</sup> também conhecido como relatório de Flexner. Entre as propostas trazidas por ele, destacava-se a divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Formato este muito criticado, porém ainda muito utilizado em nossas faculdades.<sup>5</sup> Do ponto de vista pedagógico, Flexner<sup>6</sup> defendia as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica. Em sua concepção, o estudante só aprendia fazendo. Assim, mostrava-se contrário ao ensino pautado puramente em palestras e que valorizasse a memorização como método de aprendizagem.

Sabe-se que a forma como o conhecimento é organizado e armazenado na mente humana é fator determinante do processo de aprendizagem.<sup>7</sup> Nesse aspecto, os docentes, facilitadores de aprendizagem, devem comportar-se como mediadores entre os saberes que o estudante já tem e os que necessitam adquirir, tendo um papel fundamental na qualidade da aquisição desse conhecimento, não apenas se resumindo a simples transmissores de informações. Numa nova perspectiva, há uma construção permanente e conjunta do saber, ocorrendo de forma dinâmica e, algumas vezes, irregular.<sup>8</sup>

Em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, durante o curso médico, e notadamente no internato, o docente clínico deve atuar com metodologias de ensino que privilegiem a participação ativa do estudante em diversos cenários, em especial nas unidades de saúde pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), em seus diferentes níveis de atenção, proporcionando ao estudante conhecer e vivenciar de forma prática e crescente situações inerentes à profissão.<sup>9</sup>

Com o processo de implantação do Programa Mais Médicos, o governo brasileiro tem motivado, através do Ministério da Saúde e da Educação, a expansão de novas escolas médicas em todo o país. Exige-se que os novos profissionais formados possuam um perfil mais crítico, humanista, ético e reflexivo, voltado especialmente às necessidades do SUS.<sup>10</sup>

Em um novo contexto, não basta o estudante adquirir o conhecimento cognitivo (saber e saber como), mas também deve mostrar como se faz ou até mesmo fazer, seguindo, assim, os quatro níveis da Pirâmide de Miller.<sup>11</sup> Agora, espera-se que o profissional formado demonstre também as atitudes, valores e os comportamentos esperados de um médico. Ele deve "pensar, agir e sentir como um médico".<sup>12</sup>

Assim, concomitantemente aos anseios em se conceber esse novo tipo de profissional, torna-se urgente a necessidade de termos preceptores devidamente preparados para essas mudanças em curso. Um bom preceptor precisa ter ciência que não apenas atua como facilitador do aprendizado técnico de determinada área médica, mas serve de modelo à medida que transmite valores morais a partir de suas atitudes e seu comportamento frente aos pacientes. Na perspectiva dos estudantes, o preceptor modelo também é aquele que mostra entusiasmo pela docência, é motivador, é acessível, apresenta-se interessado no desenvolvimento de seus estudantes e cria um ambiente de aprendizagem positivo, entre tantas outras qualidades.<sup>13,14.</sup>

Além da importância dada à necessidade de capacitação dos preceptores, é preciso haver instrumentos capazes de aferir o desempenho dos mesmos. Para isso, podemos utilizar o *feedback* proporcionado por estudantes como dado relevante que pode ser utilizado para ajudar os docentes a aprimorar suas habilidades de ensino. Adicionalmente, essa informação pode

ser usada para recompensar os bons professores como também ser útil na tomada de decisões sobre promoções acadêmicas.<sup>15</sup>

Tradicionalmente, na área educacional, o *feedback* consiste numa ferramenta utilizada pelo professor como estratégia de ensino-aprendizagem na medida em que ele proporciona, junto ao discente, uma discussão acerca do seu desempenho em relação a uma determinada tarefa. A partir desse instrumento, pode-se ajustar o que precisa ser melhorado e, ao mesmo tempo, serem alavancados os pontos fortes observados, gerando motivação no estudante. Por outro lado, também é interessante que o discente seja ativo nesse contexto ao emitir sua opinião sobre a atuação docente, contribuindo, dessa forma, com o processo pedagógico.<sup>16</sup>

Nesse sentido, existem alguns instrumentos com a finalidade de fornecer dados sobre a qualidade de ensino dos preceptores. Trata-se de questionários nos quais estudantes e pós-graduandos (médicos residentes) respondem itens que avaliam os seus docentes. Dentre esses, foi desenvolvido em 2008 o *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* (MCTQ), destinado à avaliação de preceptores pelos estudantes no intuito de proporcionar *feedback* a esses sobre suas habilidades de ensino durante a etapa de estágio do curso.<sup>17</sup>

Até o momento, não há disponível um questionário na língua portuguesa com as características já descritas e que esteja devidamente validado para uso em nosso país. No entanto, em 2015 foi realizado um estudo que proporcionou a tradução e adaptação cultural do MCTQ para o português com uso no Brasil, garantindo a sua validade de conteúdo (ANEXO A).<sup>18</sup> É o primeiro instrumento que avalia as habilidades clínicas adaptado transculturalmente para língua portuguesa. A versão nacional do MCTQ apresentou fácil compreensão por parte dos estudantes e, em teste piloto realizado, mostrou-se bem aceita.

Assim, para ser de fato aplicado em determinada população, é importante que um instrumento preencha os requisitos de validade e confiabilidade. A validade se refere ao grau em que um instrumento realmente mede a variável que pretende medir, ou seja, mede-se aquilo a que se propõe a medir. Por sua vez, a confiabilidade de uma medida é a confiança que a mesma inspira, a sua coerência através da constância dos resultados.<sup>19, 20</sup>

A adaptação transcultural e validação de um instrumento para outro idioma é de grande valia uma vez que permite avaliar e investigar determinado fenômeno em diferentes contextos, podendo ser utilizado em estudos não apenas locais, mas internacionais e multicêntricos, estudos estes cada vez mais frequentes na comunidade científica. Isso possibilita a realização de comparações entre populações distintas e demanda menor tempo com a formulação de um novo instrumento.<sup>21</sup>

Nesse contexto, considerando a ausência de instrumentos brasileiros com validade e confiabilidade previamente testados para avaliar o ensino clínico, este estudo tem como objetivo realizar a validação do MCTQ para a língua portuguesa.

## **MÉTODO**

### **Sobre o instrumento**

O MCTQ é composto por cinco domínios: (1) modelagem; (2) treinamento; (3) articulação; (4) exploração e (5) clima geral de aprendizagem, onde se distribuem quinze itens que avaliam o desempenho de um preceptor e a partir dos quais o estudante indicará sua concordância em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = discordo totalmente, 2 = discordo, 3 = neutro, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente).<sup>18</sup> A partir do MCQT, os estudantes podem proporcionar *feedback* aos preceptores no que diz respeito as suas habilidades de ensino durante um estágio supervisionado.

### **População de estudo e coleta de dados**

A amostra foi não probabilística, constituída por 246 estudantes de ambos os sexos, recrutados voluntariamente, cursando os dois últimos anos do curso de Medicina de quatro instituições de ensino superior do estado de Pernambuco que estavam realizando o estágio obrigatório (internato) em quatro hospitais do nordeste brasileiro, vinculados ao SUS, durante o período da pesquisa.

Das quatro unidades, três representam os maiores serviços de saúde localizados no Vale do São Francisco, região que engloba as cidades de

Petrolina – PE e Juazeiro - BA. O quarto hospital está localizado na cidade de Recife, capital do estado de Pernambuco.

Como instrumento de coleta de dados, foi aplicada a versão adaptada para a língua portuguesa do MCTQ. Através do questionário, o estudante avaliava o preceptor em dois momentos distintos com o intervalo mínimo de uma semana (teste e reteste)

O questionário foi aplicado no período compreendido entre março e agosto de 2016 por uma equipe composta de três profissionais habilitados à aplicação do MCTQ. Estes não tinham qualquer relação hierárquica com os estudantes participantes e, em nenhum momento, os autores foram avaliados, evitando assim qualquer conflito de interesses. Destaca-se, ainda, que os preceptores ou supervisores avaliados não tiveram acesso ao questionário.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde sob CAEE 51892515.7.1001.5569.

### **Análise estatística**

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha do banco de dados do Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Estados Unidos, Release 14.0.7173.5000, 2010), duas vezes, com checagem automática de consistência e amplitude. A análise estatística descritiva foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, Release 16.0.2, 2008). Variáveis categóricas foram apresentadas através de frequências absoluta e relativa, enquanto as contínuas foram ilustradas como média  $\pm$  desvio padrão após a verificação da normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnoff.

O nível de reprodutibilidade do MCTQ foi calculado pelo teste *t* de *Student* para medidas repetidas, que foi utilizado na comparação dos valores do teste e do reteste. Possíveis correlações entre estes dados foram também verificadas através do coeficiente de correlação linear de Pearson (*r*) e pelo coeficiente de determinação ( $r^2$ ) que é uma medida da proporção da variabilidade em uma variável que é explicada pela variabilidade da outra.<sup>22</sup>

Para avaliar a medida de confiabilidade foi utilizada a consistência interna por meio do coeficiente de *Cronbach* padronizado, sendo um resultado  $\geq 0,70$  o valor mínimo aceitável para a confiabilidade de um construto. Habitualmente são preferidos valores de Alpha entre 0,80 e 0,90. Valores superiores a 0,90 são considerados redundantes, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo.<sup>23</sup>

Para estabelecer o grau de concordância entre as respostas do MCTQ foi determinado o índice Kappa, sendo os valores distribuídos em cinco categorias de concordância para as estimativas de confiabilidade, a partir dos resultados encontrados para o Kappa: quase perfeita ( $>0,80$ ); substancial (0,61 a 0,80); moderada (0,41 a 0,60); regular (0,21 a 0,40); fraca (0,01 a 0,20) e pobre (0,00).<sup>24</sup> Todas as análises estatísticas são bicaudais, valores de  $p$  quando calculados são exatos e 5% foi o nível de significância adotado.

## RESULTADOS

Um total de 835 questionários, sendo 427 testes e 408 retestes, foram respondidos por 246 estudantes dos quinto e sexto anos do curso de Medicina de quatro instituições de ensino superior. Dezenove avaliações foram excluídas devido ao preenchimento incorreto por parte do estudante ou por este não ter realizado o reteste. Dessa forma, foram incluídos 816 questionários (408 testes e 408 retestes) na presente análise. Os estudantes avaliaram 84 preceptores em quatro cenários do estágio obrigatório do curso: pediatria; ginecologia e obstetrícia; clínica médica; clínica cirúrgica. Cada preceptor foi avaliado duas ou mais vezes. Por outro lado, cada estudante avaliou até três preceptores por cada estágio.

Entre os estudantes que se identificaram ao preencher o questionário (este poderia ser respondido anonimamente), 35,9% foram do sexo masculino e 64,1% do sexo feminino.

Os estudantes gastaram em média 6 a 7 minutos para o preenchimento do MCTQ. Intervalo de tempo próximo ao utilizado na etapa de validação transcultural<sup>18</sup> e no estudo original composto por estudantes holandeses.<sup>17</sup>



### **Confiabilidade**

A análise foi realizada comparando as respostas do teste-reteste. Nesse estudo, o Coeficiente Alfa de Cronbach foi superior a 0,70 para todas as dimensões do questionário (variando entre 0,77 e 0,94), evidenciando boa consistência interna das dimensões propostas, resultando em instrumento de medida confiável. (Tabelas 1 e 2).

Quando as questões do MCTQ são analisadas individualmente (Tabela 3), os resultados também confirmam excelente confiabilidade do instrumento, com valores iguais ou superiores a 0,84.

### **Validade de construto**

A validade de construto do instrumento foi testada item a item. Os índices de concordância podem ser observados na tabela 3. O índice Kappa entre os itens do teste e do reteste variou de 0,527 na questão seis: “me ofereceu oportunidades suficientes para desempenhar as atividades com autonomia” até 0,710 na questão 3: “serviu como modelo para o tipo de profissional de saúde que eu gostaria de me tornar”, evidenciando um grau de concordância moderado a substancial do instrumento.

### **Reprodutibilidade**

A reprodutibilidade do instrumento também foi testada item a item, comparando duas amostras pareadas, no caso teste-reteste, com os mesmos sujeitos em dois momentos distintos. O intervalo mínimo entre o teste e o reteste foi de uma semana e o máximo de três semanas. Buscou-se que o tempo entre as avaliações não fosse excessivamente longo e isso acarretasse em variações das repostas para os itens analisados. Por outro lado, nem um intervalo demasiadamente curto para evitar memorização das respostas (efeito de aprendizagem). Todos os valores de coeficiente de correlação encontrados foram significativos e de boa magnitude ( $\geq 0,72$ ). Os resultados verificados demonstraram forte correlação linear positiva para 13 questões, tendo sido encontrado uma correlação muito forte, quase perfeita, de (+) 0,90 na questão três.

O coeficiente de determinação ( $r^2$ ), quadrado do coeficiente de correlação linear de Pearson ( $r$ ), foi alto ( $>0,60$ ) em 12 das 14 perguntas analisadas, fato que demonstrou que a nota do teste determina ou explica a do reteste em mais de 60% das vezes nestas perguntas. Ou seja, uma nota alta no teste determina uma nota alta no reteste, enquanto uma nota baixa no teste determina uma nota baixa quando o questionário é reaplicado. Contrariamente, a questão sete apresentou diferença estatisticamente significativa nos valores pré e pós, tendo obtido o menor valor de correlação entre os dois momentos. Em adição, as questões 04, 08 e 12 também apresentaram médias estatisticamente diferentes entre os dois momentos avaliativos.

## **DISCUSSÃO**

Concomitantemente às mudanças que vem sendo implementadas nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde, é fundamental ampliar os investimentos na formação de professores e preceptores, bem como criar novas ferramentas que possam avaliar a atuação docente como elemento fundamental nesse processo de ensino aprendizagem.

Nesse sentido, um instrumento que avalie o desempenho do preceptor a partir de dados fornecidos por seus estudantes é de grande importância para melhoria das práticas de ensino. Especificamente no caso dos cursos de Medicina, isso é bastante evidente já que não há na maioria das instituições de ensino nenhum direcionamento voltado à formação de futuros médicos professores.

Da mesma forma que na etapa de adaptação transcultural do MCTQ, nessa fase de verificação de validade e confiabilidade também houve excelente receptividade por parte dos estudantes. Consensualmente, o MCQT foi visto como instrumento que pode contribuir para melhorias da preceptoria e do curso médico.

Seguindo as etapas de validação do questionário, foi encontrada forte correlação linear positiva<sup>22</sup> entre os itens do questionário analisado, igual ou acima de 0,72, bem como um grande grau de concordância entre eles. No entanto, algumas considerações precisam ser realizadas: para as questões 4: “deu feedback útil durante ou imediatamente após observação direta dos meus

atendimentos ao paciente”; 7: “me pediu para fornecer um argumento lógico para as minhas ações”; 8: “me fez perguntas visando aumentar o meu entendimento”; e 12: “criou um ambiente de aprendizagem seguro (interativo, estimulante e confortável)” foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados encontrados nos dois momentos da avaliação ( $p < 0,05$ ). Porém, quando se analisam os valores achados para esses itens individualmente, nota-se que a variação entre as notas no teste e reteste são de pequena magnitude, correspondendo a 0,1 entre as médias numa escala que varia de um a cinco, como na questão 4, por exemplo, que variou de 4,2 (teste) para 4,1 (reteste).

Uma hipótese para essa pequena diferença encontrada nas questões supracitadas pode ter sido decorrente da variabilidade do intervalo de tempo entre os dois momentos de aplicação do questionário. Assim, possivelmente um intervalo menor do que três semanas seria o ideal para o emprego do instrumento. Outras possibilidades que poderiam justificar seriam uma melhor familiarização do estudante com o questionário ou o maior contato com o preceptor avaliado. Certamente, o contato mais prolongado do estudante com o preceptor pode influenciar no seu julgamento em relação à prática pedagógica adotada por este. Estudos futuros podem averiguar essas hipóteses.

Por sua vez, chama atenção o fato da questão sete ter apresentado os menores valores para os coeficientes de correlação linear, de determinação e do Alfa de Cronbach. Tendo em vista que esta questão também apresentou diferença estatística para as médias nos dois momentos de avaliação, podem-se inferir três situações: 1. que a mesma apresenta dificuldade de entendimento; 2. a tradução pode ter sido imprecisa; 3. o preceptor avaliado realmente não exigiu raciocínio lógico por parte do estudante.

No domínio exploração, curiosamente foi observado um elevado coeficiente Alfa de Cronbach ( $> 0,90$ ) tanto no teste como no reteste. Esse domínio é composto pelo itens 10: “me encorajou a formular objetivos de aprendizagem” e 11: “me encorajou a buscar e atingir meus objetivos de aprendizagem”. Esse achado sugere redundância de informação para tais questões, isto é, são questões que possivelmente podem estar medindo o mesmo elemento do constructo.<sup>23</sup> De maneira similar, esse valor acima de 0,90

também foi encontrado para o domínio “exploração” no trabalho original.<sup>18</sup> Tendo em vista o resultado matematicamente semelhante, entende-se que não foi o processo de validação o responsável por essa possível redundância.

Em contrapartida, apesar de o estudo prévio também mostrar um coeficiente Alfa de Cronbach acima de 0,90 para o domínio “clima geral de aprendizagem”, neste trabalho o valor encontrado foi de 0,88 e 0,89 para o teste e reteste, respectivamente, mostrando um Coeficiente Alfa de Cronbach estatisticamente aceitável. Tendo em vista que valores maiores que 0,90 para este indicador sugerem redundância entre os itens, as alterações ortográficas e gramaticais da validação transcultural ou um possível maior entendimento dos acadêmicos avaliados favoreceram a consistência interna do constructo na língua portuguesa.

Avaliando individualmente as médias de escore atribuídas às questões no teste e reteste, numa escala de 1 a 5, verificou-se que a maior média (4,5) foi atribuída ao item 14, “Mostrou que me respeitava”. Isso constata que preponderou uma boa relação existente entre o preceptor e o estudante na população do estudo, independentemente do preceptor não ter sido bem avaliado nos outros itens. Em contrapartida, as questões 9, “...me estimulou a explorar os meus pontos fortes e fracos” e 10, “...me encorajou a formular objetivos de aprendizagem”, obtiveram as menores médias (3,9). Na amostra analisada, estes achados sugerem uma maior necessidade de incentivo do preceptor em relação ao seu discente.

Como limitação deste estudo, pode-se citar o fato de incluir apenas estudantes matriculados em quatro cursos médicos de instituições do nordeste brasileiro, não contemplando estudantes de outros cursos e de outras regiões do país. Entretanto, é importante ressaltar que o estudo original se restringiu a estudantes de uma única instituição de ensino holandesa.<sup>17</sup> Assim, o fato de abranger estudantes de mais de uma instituição de ensino superior pode ser considerado, por outro lado, um ponto forte do estudo.

Outro agente limitador desta pesquisa que pode ser citado é decorrente de não haver nenhuma distinção entre as notas dadas pelos estudantes do quinto ou sexto ano. Certamente a percepção do estudante muda a depender do grau de aprendizagem adquirido ao longo do curso. O estudante que está

iniciando o estágio requer mais atenção por parte do preceptor, do médico residente e dos estudantes de períodos mais avançados. Este é um obstáculo frequente nas avaliações de ensino clínico,<sup>25</sup> fonte para novos estudos.

Ressalta-se, ainda, que estudantes estagiando nas unidades de atenção básica de saúde bem como os preceptores correlatos não participarem do estudo. Isso decorreu das dificuldades em se aplicar os questionários (teste-reteste) nesses estágios. Estes são desenvolvidos em inúmeras unidades básicas de saúde espalhadas pela capital pernambucana e pelo Vale do São Francisco, dificultando a coleta de dados e seguimento dos discentes ao longo do estudo. Entretanto, a maioria deles participou da pesquisa nas semanas seguintes quando aconteciam as mudanças de cenários clínicos. Importante destacar, também, que o trabalho holandês foi realizado apenas nos estágios desenvolvidos dentro do ambiente hospitalar.<sup>17</sup>

O fato de o MCTQ adaptado ter sido aplicado nesta pesquisa apenas numa população formada por estudantes de medicina não impede o seu uso em outros cursos nos quais existam cenários de aprendizagem e relação docente-discente semelhantes aos desenvolvidos no curso médico. No estudo anterior de adaptação transcultural o questionário foi respondido por estudantes de outros cursos da área de saúde e mostrou boa aceitação (pré-teste).<sup>18</sup> Soma-se, ainda, o fato de estudos anteriores usando esse instrumento terem sido válidos quando aplicado em um curso de medicina veterinária,<sup>26</sup> como também na pós-graduação.<sup>27</sup>

## **CONCLUSÃO**

O MCTQ adaptado transculturalmente e validado para uso na língua portuguesa é uma ferramenta importante que poderá proporcionar resultados de cunho prático auxiliando preceptores tanto dos cursos médicos como de outros cursos da área de saúde.

O fato de não haver no Brasil nenhum instrumento com característica similar validado impede comparações com a versão adaptada do MCTQ, entretanto o faz inovador.

A partir da utilização da versão adaptada será possível também fazer novos estudos avaliando o impacto do uso dessa ferramenta como instrumento

a promover melhorias pedagógicas tanto em cursos de graduação como de pós-graduação, destacadamente aqueles relacionados às ciências da saúde.

Por fim, diante dos resultados apresentados, pode-se concluir que a versão em português do MCQT mostrou-se um instrumento confiável e válido para uso na língua portuguesa entre estudantes de cursos da área da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Alexandria Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, v.6, n.2, p. 229-249, junho 2013 ISSN 1982-5153.
2. Perim GL, Abdala IG, Aguiar da Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. Rev Bras Educ Med. 2009;33(Supl. 1):70-82.
3. Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Teachers' knowledge about teaching-learning process and its importance for professional education in health. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):437-48.
4. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).
5. Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002; 16(2): 156-63.
6. Pagliosal FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista brasileira de Educação Médica 2008; 32 (4): 492–499.
7. Souza CS, Iglesias AG, Pazin-filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto);47(3): 284-92, 2014.
8. S. M. Mitre; R. Siqueira-Batista; J. M. Girardi-de Mendonça; N. M. de Moraes-Pinto; C. de A. B. Meirelles; C. Pinto Porto; T. Moreira; L. M. A. Hoffmann, “Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais”, Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, pp. 2133-2144, 2008.
9. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Parecer CNE/CES nº 116/2014, publicado no DOU de 6 de junho de 2014.

10. Programa mais médicos. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/> [Acessado em 31/10/2015].
11. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990;65 (9 suppl):S63–S67.
12. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Acad Med.* 2016 Feb. Vol. 91, No. 2
13. Ambrozy DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad Med* 1997;72:1119-21.
14. Steinert Y. Staff development for clinical teachers. *Clin Teach.* 2005; 2:104–110.
15. Copeland HL, Hewson MG: Developing and testing an instrument to measure the effectiveness of clinical teaching in an academic medical center. *Acad Med* 2000, 75:161–166.
16. Zeferino, AMB, Domingues, RCL, Amaral, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179, Agosto, 2007.
17. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Muijtjens AM, Scherpbier AJ: The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a valid and reliable instrument for the evaluation of clinical teachers. *Acad Med* 2010, 85:1732–1738.
18. Vasconcelos, PT. Adaptação transcultural do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para a língua portuguesa. Recife. Dissertação [Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde] - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; 2015.
19. Martins, GA.; Sobre confialidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios (São Paulo)*, v. 8, p. 1-12, 2006.



20. Ramada-Rodilla JM, Pujadas CS. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*. 2013; 55(1): 57-66.
21. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross cultural adaptation of health quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46 (12): 1417-32.
22. Figueiredo DBF Filho, Silva JA Jr. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*. 2009;18(1):115-46.
23. Streiner, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222. 2003.
24. Shrout PE. Reliability. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley & Sons; 1995. p. 213-28.
25. Beckman TJ, Mandrekar JN. The interpersonal, cognitive and efficiency domains of clinical teaching: Construct validity of a multidimensional scale. *Med Educ*. 2005; 39(12):1221–1229.
26. Boerboom TBB, Mainhard T, Dolmans DHJM, Scherpbier AJJA, van Beukelen P, Jaarsma ADC. 2012. Evaluating clinical teachers with the Maastricht clinical teaching questionnaire: How much 'teacher' is in student ratings? *Med Teach* 34(4):320–326.
27. Giannasi S, Durante E, Ladenheim R, Kecskes R, Vázquez F, Stalmeijer R, et al. Transcultural validation in Spanish of the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a Valid and Reliable Instrument for the Evaluation of Clinical Teachers. Milano, Italy: AMEE; 2014.

Tabela 1: Média de score (Escala 1: discordo totalmente, 5: concordo totalmente), correspondente desvio padrão (DP) por item do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* e avaliação geral (escala de 1 a 10) do teste.

<b>Teste: domínios e itens do questionário</b>	<b>Média (1–5)</b>	<b>DP</b>	<b>Coefficiente alfa</b>
<b>Modelagem</b>			0,85
1. <i>Demonstrou consistentemente como desempenhar as habilidades clínicas.</i>	4,4	0,95	
2. <i>Criou oportunidades suficientes para que eu o (a) observasse.</i>	4,0	1,04	
3. <i>Serviu como modelo para o tipo de profissional de saúde que eu gostaria de me tornar.</i>	4,1	1,11	
<b>Treinamento</b>			0,77
4. <i>Deu feedback útil durante ou imediatamente após observação direta dos meus atendimentos ao paciente.</i>	4,2	1,07	
5. <i>Ajustou as suas atividades de ensino ao meu nível de experiência.</i>	4,2	0,96	
6. <i>.....me ofereceu oportunidades suficientes para desempenhar as atividades com autonomia.</i>	4,3	0,93	
<b>Articulação</b>			0,85
7. <i>.....me pediu para fornecer um argumento lógico para as minhas ações.</i>	4,4	0,90	
8. <i>.....me fez perguntas visando aumentar o meu entendimento.</i>	4,4	0,90	
9. <i>.....me estimulou a explorar os meus pontos fortes e fracos.</i>	3,9	1,09	
<b>Exploração</b>			0,91
10. <i>....me encorajou a formular objetivos de aprendizagem.</i>	3,9	1,09	
11. <i>... me encorajou a buscar e atingir meus objetivos de aprendizagem.</i>	4,0	1,06	
<b>Clima geral de aprendizagem</b>			0,88
12 <i>Criou um ambiente de aprendizagem seguro (interativo, estimulante e confortável).</i>	4,2	1,14	
13. <i>Estava sinceramente interessado (a) em mim como estudante/em minha aprendizagem.</i>	4,1	1,06	
14. <i>Mostrou que me respeitava.</i>	4,5	0,94	
<b>Avaliação geral do preceptor (1 – 10)</b>	8,5	1,64	

Tabela 2: Média de score (Escala 1: discordo totalmente, 5: concordo totalmente), correspondente desvio padrão (DP) por item do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* e avaliação geral (escala de 1 a 10) do reteste.

Reteste: domínios e itens do questionário	Média (1–5)	DP	Coefficiente alfa
<b>Modelagem</b>			0,88
1. Demonstrou consistentemente como desempenhar as habilidades clínicas.	4,3	0,96	
2. Criou oportunidades suficientes para que eu o (a) observasse.	4,0	1,03	
3. Serviu como modelo para o tipo de profissional de saúde que eu gostaria de me tornar.	4,1	1,13	
<b>Treinamento</b>			0,82
4. Deu <i>feedback</i> útil durante ou imediatamente após observação direta dos meus atendimentos ao paciente.	4,1	1,05	
5. Ajustou as suas atividades de ensino ao meu nível de experiência.	4,2	1,00	
6. Ofereceu-me oportunidades suficientes para desempenhar as atividades com autonomia.	4,3	0,90	
<b>Articulação</b>			0,88
7. ....me pediu para fornecer um argumento lógico para as minhas ações.	4,3	0,91	
8. ....me fez perguntas visando aumentar o meu entendimento.	4,3	0,97	
9. ....me estimulou a explorar os meus pontos fortes e fracos.	3,9	1,10	
<b>Exploração</b>			0,94
10. ....me encorajou a formular objetivos de aprendizagem.	3,9	1,12	
11. ... me encorajou a buscar e atingir meus objetivos de aprendizagem.	4,0	1,08	
<b>Clima geral de aprendizagem</b>			0,89
12. Criou um ambiente de aprendizagem seguro (interativo, estimulante e confortável).	4,1	1,19	
13. Estava sinceramente interessado (a) em mim como estudante/em minha aprendizagem.	4,1	1,08	
14. Mostrou que me respeitava.	4,5	0,90	
<b>Avaliação geral do preceptor (1 – 10)</b>	8,5	1,64	

Tabela 3: Análise individual da relação entre cada resposta do MCQT nos dois momentos de avaliação dos preceptores.

Questões	Teste (n=408)		Reteste (n=408)		$p$ -valor	Alfa de Cronbach	Kappa	$r^*$	$r^2$
	Média (1-5)	DP	Média (1-5)	DP					
1	4,4	0,95	4,3	0,96	0,466	0,91	0,645	0,837	0,701
2	4,0	1,04	4,0	1,03	0,732	0,92	0,640	0,843	0,711
3	4,1	1,11	4,1	1,13	0,192	0,95	0,710	0,904	0,817
4	4,2	1,07	4,1	1,05	0,030	0,90	0,570	0,821	0,674
5	4,2	0,96	4,2	1,00	0,337	0,89	0,541	0,801	0,642
6	4,3	0,93	4,3	0,90	0,698	0,86	0,527	0,758	0,575
7	4,4	0,90	4,3	0,91	0,022	0,84	0,561	0,726	0,527
8	4,4	0,90	4,3	0,97	0,001	0,89	0,575	0,810	0,656
9	3,9	1,09	3,9	1,10	0,726	0,88	0,537	0,791	0,626
10	3,9	1,09	3,9	1,12	0,640	0,91	0,624	0,835	0,697
11	4,0	1,06	4,0	1,08	0,452	0,90	0,609	0,811	0,658
12	4,2	1,14	4,1	1,19	0,018	0,93	0,601	0,866	0,750
13	4,1	1,06	4,1	1,08	0,116	0,93	0,670	0,875	0,766
14	4,5	0,94	4,5	0,90	0,655	0,94	0,656	0,885	0,783

DP: desvio-padrão; r: coeficiente de correlação linear de Pearson;  $r^2$ : coeficiente de determinação.

\*Correlação é significativa ao nível de 0,01 (bicaudal).

**ANEXO A**  
**MAASTRICHT CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE**  
**(Versão adaptada para a língua portuguesa)**

**ATENÇÃO:** Use um questionário para cada preceptor(a)/supervisor(a).

**Nome do estudante ou nº do CPF:**.....

**Nome do preceptor(a) / supervisor(a):**.....  
(Preencha com o nome completo)

**1. Nome do Hospital:**.....

**2. Setor:**.....

Este questionário visa avaliar o ensino do seu preceptor/supervisor(a). Por favor, responda a cada afirmação marcando apenas um quadrículo apropriado: 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4= concordo; 5=concordo totalmente.

Os (as) preceptores/supervisores (as) receberão um feedback anônimo após seu desempenho de ensino ter sido avaliado por 6 ou mais estudantes, através deste formulário de avaliação.

O(a) preceptor/ supervisor(a)...	discordo totalmente			concordo totalmente	
	1	2	3	4	5
1. ...demonstrou consistentemente como desempenhar as habilidades clínicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...criou oportunidades suficientes para que eu o(a) observasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. serviu como modelo para o tipo de profissional de saúde que eu gostaria de me tornar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...deu feedback útil durante ou imediatamente após observação direta dos meus atendimentos ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ajustou as suas atividades de ensino ao meu nível de experiência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...me ofereceu oportunidades suficientes para desempenhar as atividades com autonomia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...me pediu para fornecer um argumento lógico para as minhas ações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	discordo totalmente			concordo totalmente	
8. ...me fez perguntas visando aumentar o meu entendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...me estimulou a explorar os meus pontos fortes e fracos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...me encorajou a formular objetivos de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...me encorajou a buscar e atingir meus objetivos de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...criou um ambiente de aprendizagem seguro (interativo, estimulante e confortável).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...estava sinceramente interessado(a) em mim como estudante/em minha aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. mostrou que me respeitava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Forneça uma avaliação geral (1 – 10) do desempenho de ensino da prática clínica para este preceptor/supervisor(a). Abaixo de 6 é insatisfatório, 10 é excelente. [ ]

16. Quais foram os pontos fortes desse preceptor/supervisor(a)?

17. Quais os pontos na área de ensino que este preceptor/supervisor(a) poderia melhorar:

**Obrigado por concluir o questionário**

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, tem se debatido com maior frequência o processo de formação dos profissionais de saúde em nosso país. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2014 e, mais recentemente, o Programa Mais Médicos vem, nesse sentido, estabelecer o tipo de profissional médico que deve ser formado para atuar no SUS.

Paralelo às novas exigências é de suma importância discutir medidas de capacitação docente para que se cheguem aos objetivos propostos. Assim, é urgente e fundamental investimentos na formação de professores e preceptores dos cursos médicos, bem como criar novas ferramentas que possam avaliar a atuação docente como elemento fundamental nesse processo de ensino aprendizagem.

Dessa forma, o MCTQ adaptado transculturalmente e validado para uso no Brasil poderá proporcionar resultados de cunho prático que poderão ajudar pedagogicamente preceptores dos cursos médicos do país. O *feedback* fornecido pelos estudantes torna-se útil por evidenciar pontos fortes e fraquezas no processo de ensino-aprendizagem que antes eram pouco ou quase nada discutidos. A partir disso, medidas podem ser adotadas no intuito de corrigir falhas anteriormente não aparentes.

Este estudo incluiu estudantes matriculados em quatro cursos médicos de faculdades do nordeste brasileiro, não contemplando estudantes de outros cursos e de outras regiões do país. Entretanto, é importante ressaltar que o estudo original se restringiu a estudantes de uma única universidade holandesa.<sup>19</sup> Assim, o fato de abranger estudantes de mais de uma faculdade pode ser considerado um ponto forte do trabalho realizado.

Um agente limitador desta pesquisa que pode ser citado é decorrente de não haver nenhuma distinção entre as notas dadas pelos estudantes do quinto ou sexto ano. Certamente a percepção do estudante muda a depender do grau de aprendizagem adquirido ao longo do curso.

O MCTQ adaptado foi aplicado nesta pesquisa apenas numa população formada por estudantes de Medicina, porém isso não impede que seu uso seja estendido a outros cursos nos quais existam cenários de aprendizagem e relação docente-discente semelhantes aos desenvolvidos no curso médico. No estudo prévio de adaptação transcultural o questionário foi respondido por estudantes de outros cursos da área de

saúde e mostrou bons resultados.<sup>26</sup> Soma-se, ainda, o fato de estudos anteriores usando esse instrumento terem sido válidos quando aplicado em um curso de medicina veterinária,<sup>37</sup> como também na pós-graduação.<sup>38</sup>

Por fim, a partir da utilização da versão adaptada do MCTQ para o português, será possível fazer novos estudos avaliando o impacto do uso dessa ferramenta como instrumento a promover melhorias de cunho pedagógico em cursos médicos e da área de saúde afins.



## VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexandria Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, v.6, n.2, p. 229-249, junho 2013 ISSN 1982-5153.
2. Lampert, J.B. Educação em saúde no Brasil: para não perder o trem da história. Cadernos da ABEM, v.2, jun./2006.
3. Perim GL, Abdala IG, Aguiar da Silva RH, Lampert JB, Stella RCR, Costa NMSC. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(Supl. 1): 70-82.
4. Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Teachers' knowledge about teaching-learning process and its importance for professional education in health. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):437-48.
5. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4).
6. Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002; 16(2): 156-63.
7. PagliosaI FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. Revista brasileira de Educação Médica 2008; 32 (4): 492–499.
8. Souza CS, Iglesias AG, Pazin-filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto);47(3): 284-92, 2014.
9. Rocha HC; Ribeiro VB. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. Rev. bras. educ. med. [online]. 2012, vol.36, n.3, pp.343-350. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf>

10. Mitre, SM; Siqueira-Batista R; Girardi-de Mendonça JM.; Morais-Pinto NM.; Meirelles CAB; Porto CP; Moreira T; Hoffmann LMA., “Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, pp. 2133-2144, 2008.
11. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Parecer CNE/CES nº 116/2014, publicado no DOU de 6 de junho de 2014.
12. Programa mais médicos. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/> [Acessado em 31/10/2015].
13. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9 suppl):S63–S67.
14. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Acad Med*. 2015 Sep 1. Vol. XX, No. X / XX XXXX
15. Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis VP, Carvalho Junior PM. Assessment of professionalism in students of health-related courses: a systematic review. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):679-90.
16. Burns C, Beauchesne M, Ryan- Krause P, Sawin K. Mastering the Preceptor Role: Challenges of Clinical Teaching. *J Pediatr Health Care*. 2006; 20:172-183.
17. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional - o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(3):303-10.
18. Leinster S. Learning in the clinical environment. *Med Teach*. 2009; 31: 79–81.

19. Beckman TJ, Mandrekar JN. The interpersonal, cognitive and efficiency domains of clinical teaching: Construct validity of a multidimensional scale. *Med Educ.* 2005; 39(12):1221–1229
20. Ambrozy DM, Irby DM, Bowen JL, Burack JH, Carline JD, Stritter FT. Role models' perceptions of themselves and their influence on students' specialty choices. *Acad Med* 1997;72:1119-21.
21. Steinert Y. Staff development for clinical teachers. *Clin Teach.*2005; 2:104–110.
22. Copeland HL, Hewson MG: Developing and testing an instrument to measure the effectiveness of clinical teaching in an academic medical center. *Acad Med* 2000, 75:161–166.
23. Zeferino AMB, Domingues, RCL, Amaral, E. *Feedback* como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176-179, Agosto 2007.
24. Fluit Cornelia RMG. *et al.* Assessing the Quality of Clinical Teachers: A Systematic Review of Content and Quality of Questionnaires for Assessing Clinical Teachers. *Journal of General Internal Medicine* 25.12 (2010): 1337–1345.
25. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Muijtjens AM, Scherpbier AJ: The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a valid and reliable instrument for the evaluation of clinical teachers. *Acad Med* 2010, 85:1732–1738, 2010.
26. Vasconcelos PT. Adaptação transcultural do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para a língua portuguesa. Recife. Dissertação [Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde] - Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS; 2015.
27. Raymundo, V.P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Letras de Hoje*, 44 (3):86-93. 2009.

28. Martins GA.; Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios (São Paulo)*, v. 8, p. 1-12, 2006.
29. Ramada-Rodilla JM, Pujadas CS. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*. 2013; 55(1): 57-66.
30. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross cultural adaptation of health quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993; 46(12): 1417-32.
31. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes; 2003.
32. Streiner, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222. 2003.
33. Cortina, JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*. v. 78, p. 98-104. 1993.
34. Pinto JS, Lopes JM, Oliveira JV, Amaro JP, Costa LD. Métodos para estimação de reprodutibilidade de medidas [home Page]. Porto – Portugal: Faculdade de Medicina do Porto; 2008. Disponível em: <http://users.med.up.pt/joakim/intromed/estatisticakappa.htm>. Acesso em 31/10/2015.
35. Shrout PE. Reliability. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley & Sons; 1995. p. 213-28.
36. Figueiredo DBF Filho, Silva JA Jr. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*. 2009;18(1):115-46.
37. Boerboom TBB, Mainhard T, Dolmans DHJM, Scherpbier AJJA, van Beukelen P, Jaarsma ADC. 2012. Evaluating clinical teachers with the Maastricht clinical teaching questionnaire: How much 'teacher' is in student ratings? *Med Teach* 34(4):320–326.

38. Giannasi S, Durante E, Ladenheim R, Kecskes R, Vázquez F, Stalmeijer R, et al. Transcultural validation in Spanish of the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a Valid and Reliable Instrument for the Evaluation of Clinical Teachers. Milano, Italy: AMEE; 2014.

**APÊNDICE A**  
**MODELO DA CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilmo Sr. (a)

Diretor de Ensino e Pesquisa

Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “VALIDADE E CONFIABILIDADE DO *MAASTRICHT CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE* PARA LÍNGUA PORTUGUESA” coordenado pelo pesquisador ORLANDO VIEIRA GOMES.

Os objetivos da pesquisa são: realizar a validação de constructo do MCTQ, verificar a confiabilidade do instrumento e estabelecer o nível de reprodutibilidade do MCTQ.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, 07 de novembro de 2015.

---

Carimbo e Assinatura do pesquisador

( ) concordo com a solicitação      ( ) não concordo com a solicitação

---

Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título: Validade e Confiabilidade do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para Língua Portuguesa

#### JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Validade e Confiabilidade do *Maastricht Clinical Teaching Questionnaire* para Língua Portuguesa”.

Os objetivos desse projeto são de realizar a validação e verificar a confiabilidade da versão adaptada para a língua portuguesa do “*Maastricht Clinical Teaching Questionnaire*”.

O(s) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma:

Esta pesquisa envolverá sua participação para responder a versão traduzida para a língua portuguesa do “*Maastricht Clinical Teaching Questionnaire*” (MCTQ). Este questionário tem como base teórica o modelo de aprendizagem cognitiva e em estudos anteriores foi provado ter validade e confiabilidade no idioma do instrumento de origem. Este questionário será aplicado a todos os estudantes de Medicina que estejam realizando o internato no Hospital Regional de Juazeiro/Gestão APMI, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, no Hospital Dom Malan/Gestão IMIP ou no Instituto de Medicina Integral Prof.º Fernando Figueira - IMIP no período da pesquisa com o objetivo de realizar a validação de constructo do MCQT, bem como verificar a confiabilidade e estabelecer o nível de reprodutibilidade do mesmo. Após uma semana da aplicação do MCQT, este deve ser novamente respondido (reteste) pelo estudante considerando o mesmo preceptor avaliado no primeiro momento. Importante salientar que você poderá ser convidado a responder em outras ocasiões esse instrumento, avaliando outros preceptores, no intuito de se chegar aos objetivos do estudo (máximo de três avaliações por estágio). O tempo necessário para respondê-lo estará em torno de 10-15 minutos.

#### DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

O(s) desconforto(s) que o(a) Sr(a). poderá sentir é o de compartilhar opiniões, sentir-se constrangido em falar e o tempo que será despendido durante a realização do questionário, sendo que se justifica pelos resultados e conhecimento elucidado a partir dos resultados esperados após a validação do MCTQ que poderá ser utilizado para avaliação dos professores clínicos de medicina nos ambientes de aprendizagem, sendo o processo avaliativo importante para a melhoria do desempenho docente através do feedback realizado para os preceptores, bem como para o direcionamento de estratégias que contribuem com o desenvolvimento de habilidades clínicas.

#### GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido (a) 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 com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação sua identidade não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo e nenhum preceptor ou supervisor avaliado terá acesso aos questionários. Uma cópia 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 informado (a) 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. Os pesquisadores Orlando Vieira, Luciana Andreto e Tereza Rebeca certificaram-me 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: Orlando Vieira Gomes através do telefone (87)98801-4155 ou endereço Rua Dr Manoel Alexandre, nº 56, COHAB 6, Petrolina - PE ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira. Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 4 e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

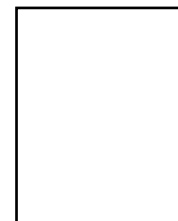
O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia 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: /\_/\_



Impressão digital

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura testemunha 1: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura testemunha 2: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: /\_/\_



**ANEXO A**  
**MAASTRICHT CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE**  
**(Versão adaptada para a língua portuguesa)**

**ATENÇÃO:** Use um questionário para cada preceptor(a)/supervisor(a).

**Nome do estudante ou nº do CPF:**.....

**Nome do preceptor(a) / supervisor(a):**.....  
(Preencha com o nome completo)

**1. Nome do Hospital:**.....

**2. Setor:**.....

Este questionário visa avaliar o ensino do seu preceptor/supervisor(a). Por favor, responda a cada afirmação marcando apenas um quadrículo apropriado: 1= discordo totalmente; 2= discordo; 3= não concordo nem discordo; 4= concordo; 5=concordo totalmente.

Os (as) preceptores/supervisores (as) receberão um feedback anônimo após seu desempenho de ensino ter sido avaliado por 6 ou mais estudantes, através deste formulário de avaliação.

O(a) preceptor/ supervisor(a)...	discordo totalmente			concordo totalmente	
	1	2	3	4	5
1. ...demonstrou consistentemente como desempenhar as habilidades clínicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...criou oportunidades suficientes para que eu o(a) observasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. serviu como modelo para o tipo de profissional de saúde que eu gostaria de me tornar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...deu feedback útil durante ou imediatamente após observação direta dos meus atendimentos ao paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ajustou as suas atividades de ensino ao meu nível de experiência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. me ofereceu oportunidades suficientes para desempenhar as atividades com autonomia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...me pediu para fornecer um argumento lógico para as minhas ações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	discordo totalmente			concordo totalmente	
8.me fez perguntas visando aumentar o meu entendimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.me estimulou a explorar os meus pontos fortes e fracos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.me encorajou a formular objetivos de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...me encorajou a buscar e atingir meus objetivos de aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...criou um ambiente de aprendizagem seguro (interativo, estimulante e confortável).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...estava sinceramente interessado(a) em mim como estudante/em minha aprendizagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ..... mostrou que me respeitava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Forneça uma avaliação geral (1 – 10) do desempenho de ensino da prática clínica para este preceptor/supervisor(a). Abaixo de 6 é insatisfatório, 10 é excelente. [ ]

16. Quais foram os pontos fortes desse preceptor/supervisor(a)?

17. Quais os pontos na área de ensino que este preceptor/supervisor(a) poderia melhorar:

**Obrigado por concluir o questionário**

**ANEXO B****Permissão para uso do MCTQ**

**De:** Stalmeijer R (EDUC) r.stalmeijer@maastrichtuniversity.nl 

**Assunto:** Permission to use the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire

**Data:** 10 de março de 2014 12:55

**Para:** Batista de Oliveira, Rafael (Stud. FHML)  
b.batistadeoliveira@student.maastrichtuniversity.nl

**Cc:** Collares Carlos (EDUC) c.collares@maastrichtuniversity.nl,  
rafaelboliveira@hotmail.com, rafael.oliveira@fps.edu.br

---

Dear Rafael,

Hereby I grant you permission to use the Maastricht Clinical Teaching Questionnaire as published in Academic Medicine November 2010.

You are allowed to translate the questionnaire into Portuguese and use it for educational and academic purposes only.

Best regards,

Dr. Renée Stalmeijer



**Ms. Renée E. Stalmeijer, PhD**

*Director Master of Health Professions Education*

[www.maastrichtuniversity.nl/she](http://www.maastrichtuniversity.nl/she)

*Assistant Professor Department for Educational Development & Research  
FHML Affiliated Scholar The Wilson Centre for Research in Education*

Universiteitssingel 60, 6229 ER, Maastricht

P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands T +31 43 388 57 35 F +31  
43 388 57 79

Visiting Address UNS60 room M5.02

**Please consider your environmental responsibility before printing this e-mail.**



## ANEXO C

## Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

FACULDADE PERNAMBUCANA  
DE SAÚDE - AECISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDADE E CONFIABILIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO MAASTRICHT CLINICAL TEACHING QUESTIONNAIRE (MCTQ)

**Pesquisador:** ORLANDO VIEIRA GOMES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51892515.7.1001.5569

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.426.480

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de validação de instrumento de avaliação da preceptoria

## Objetivo da Pesquisa:

Realizar a validação do Maastricht Clinical Teaching Questionnaire para a língua portuguesa (Brasil).

Realizar a validação de constructo do MCTQ. Verificar a confiabilidade do MCTQ.

Estabelecer o nível de reprodutibilidade do MCTQ

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador relata os possíveis riscos de constrangimento e perda de tempo porém relata que será mantido o sigilo de identidade e garante a autonomia para participar ou não da pesquisa e registra no TCLE o tempo para responder o projeto em torno de 10 a 15 min.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se adequada do ponto de vista ético e metodológico e o pesquisador atendeu as solicitações do parecer anterior

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

adequados

Endereço: Av. Jean Emile Favre, 422

Bairro: IMBIRIBEIRA

UF: PE

Município: RECIFE

CEP: 51.200-060

Telefone: (81)3035-7732

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

FACULDADE PERNAMBUCANA  
DE SAÚDE - AECISA



Continuação do Parecer: 1.428.480

**Recomendações:**

projeto aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

projeto aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

projeto aprovado. Enviar notificação quando no término do projeto.


**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_636340.pdf	12/02/2016 02:00:48		Acelto
Outros	Carta_Resposta_as_Pendencias.docx	12/02/2016 01:57:46	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOmodificado.docx	12/02/2016 01:56:37	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.docx	12/02/2016 01:55:58	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaMIP.pdf	15/12/2015 00:07:32	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Folha de Rosto	Folhaassinada.pdf	01/12/2015 22:22:57	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Orçamento	Orcamentoo.docx	01/12/2015 22:13:33	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMAA.docx	01/12/2015 22:12:55	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAJRJ.JPG	01/12/2015 01:21:28	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAUIVASF.JPG	01/12/2015 01:18:32	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTADOMMALAN.pdf	01/12/2015 01:14:46	ORLANDO VIEIRA GOMES	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Jean Ené Favre, 422  
 Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.200-060  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)3035-7732 E-mail: comite.etica@ps.edu.br

FACULDADE PERNAMBUCANA  
DE SAÚDE - AECISA 

Continuação do Parecer: 1.425.400

**Necessita Apreciação da CONEP:**  
Não

RECIFE, 29 de Fevereiro de 2016

---

Assinado por:  
Arlani Imbert de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Av. Jean Enrie Favre, 422  
Bairro: IMBIRIBEIRA CEP: 51.200-060  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)3035-7732 E-mail: [comite.etica@fpa.edu.br](mailto:comite.etica@fpa.edu.br)

## ANEXO D

### **Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação.**

#### PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas on-line, pelo sistema Scholar One Manuscripts.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

#### FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

##### SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras.

Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

### SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

#### Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos.

Exemplo:

Segundo Teixeira<sup>1,4,10-15</sup>

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.



Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.”<sup>1</sup>

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

## REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

#### LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora;

Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São

Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

Nota:

Autor é uma entidade:

Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001.

Séries e coleções:

Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

#### CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota:

Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu -

Unesp. In: Tibério IFLC, DaudGalloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

#### ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7- 40.

Ortega F, Zorzaneli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

#### DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

#### TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo:

Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013].  
Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br).

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

#### DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas

Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

#### RESENHA

Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

#### ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião: A3.

#### CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

#### ENTREVISTA PUBLICADA

Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

#### DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

Com paginação:

Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota:

Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

#### ILUSTRAÇÕES

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota:

No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

#### APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores).

O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções.

Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial

(editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/> .

As normas também podem ser acessas através de nosso site:

<http://www.interface.org.br/interface.php?id=SUBMISSAO&lg=pt>

**ANEXO E**  
**Avaliação de Defesa da Dissertação**



**FPS**

Faculdade  
Pernambucana  
de Saúde

Curso: **Mestrado Profissional em Educação para o  
Ensino na Área de Saúde**

**Avaliação de Defesa de Dissertação**

Título:

**"VALIDADE E CONFIABILIDADE DO MAASTRICHT CLINICAL TEACHING  
QUESTIONNAIRE PARA LÍNGUA PORTUGUESA."**

Orientador: **Profa. Dra. Luciana Marques Andreto**

Coorientação: **Profa. Msc. Tereza Rebecca de Melo e Lima**

Membros da Banca Examinadora:

**Profa. Dra. Nara Vasconcelos Cavalcanti – IMIP**

**Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia César Vieira – FPS**

**Profa. Dra. Luciana Marques Andreto - FPS**

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, o candidato **ORLANDO VIEIRA GOMES** foi considerado aprovado.

Recife, 15 de dezembro de 2016.

Nara Vasconcelos Cavalcanti

**Profa. Dra. Nara Vasconcelos Cavalcanti – IMIP**

Juliany SB César Vieira

**Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia César Vieira – FPS**

Luciana Marques Andreto

**Profa. Dra. Luciana Marques Andreto - FPS**