

REPENSANDO O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SOMATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

RETHINKING THE SUMMATIVE ASSESSMENT INSTRUMENT: EXPERIENCE REPORT IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN MENTAL HEALTH

REPLANTEANDO EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SUMATIVA: RELATO DE EXPERIENCIA EN RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD MENTAL

Barbara Frigini De Marchi ¹

Nelson Francisco Serrão Júnior ²

Como Citar:

Marchi BF, Júnior NFS. *Repensando o Instrumento de Avaliação Somativa: relato de experiência em residência multiprofissional em saúde mental.* *Sanare.* 2024;(23)1.

Descritores:

Avaliação somativa; Residência multidisciplinar; Saúde mental.

Descriptors:

Summative assessment; Multiprofessional residency; Mental health.

Descriptores:

Evaluación sumativa; Residencia multidisciplinaria; Salud mental.

Submetido:

19/12/2023

Aprovado:

17/04/2024

Autor(a) para Correspondência:

Barbara Frigini De Marchi
E-mail: psi.barbarafdm@gmail.com

RESUMO

Os programas de residência multiprofissional em saúde fundamentam-se como estratégia de reorganização dos serviços públicos, sendo uma de suas ênfases a de saúde mental. Como parte do processo educacional, tem-se a avaliação somativa que visa verificar se o residente atingiu os objetivos e desenvolveu as competências esperadas. Descrever a experiência de preceptora de um programa de residência multiprofissional em saúde mental do sudeste do Brasil no que tange a proposição de modificações no instrumento de avaliação somativa é o objetivo deste estudo. A experiência, qualitativa, contou com a participação de oito adultos (residentes, ex-residentes e preceptores), com quem a preceptora se encontrou em setembro de 2023. Percebeu-se que o instrumento atual é considerado pelo grupo como cansativo, repetitivo e ineficiente, enquanto o proposto pela técnica-docente foi caracterizado como objetivo e específico, além de ser pertinente a todos os cenários de práticas da área de formação. Advoga-se em favor das alterações no instrumento, cujas novas questões abarcam temas caros à saúde mental e são comuns às realidades da atenção primária, secundária e terciária em saúde, destacando-se que também é papel do preceptor, para além da educação em serviço, colaborar no aprimoramento das questões formais do programa de residência.

1. Psicóloga da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: psi.barbarafdm@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7092-6819>.

2. Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana (RS). Docente colaborador do Curso de Especialização em Preceptoria Multiprofissional na área da Saúde do Hospital Moinho de Ventos, Porto Alegre (RS). E-mail: nelsonserrao@unipampa.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0280-0752>.

ABSTRACT

Multiprofessional residency programs in health are based on a strategy for the reorganization of public services, and one of their emphases is the mental health. As part of the educational process, there is a summative assessment that aims to verify if the resident has achieved the objectives and developed the expected skills. Describe the experience of a preceptor of a multiprofessional residency program in mental health in Brazil southeastern, regarding the proposition of modifications in the summative assessment instrument is the aim of this study. The qualitative experience included the participation of eight adults (residents, former residents and preceptors) with whom the preceptor met in September 2023. It was noticed that the current instrument is considered by the group as tiring, repetitive and inefficient, while the one proposed by the teaching technician was characterized as objective and specific, in addition to being pertinent to all scenarios of practices in the training area. We advocate in favor of changes in the instrument, whose new questions encompass themes dear to mental health and are common to the realities of primary, secondary and tertiary health care, highlighting that it is also the role of the preceptor, in addition to in-service education, to collaborate in the improvement of the formal issues of the residency program.

RESUMEN

Los programas de residencia multiprofesional en salud se basan en una estrategia de reorganización de los servicios públicos, siendo uno de sus énfasis la salud mental. Como parte del proceso educativo, se realiza una evaluación sumativa que tiene como objetivo verificar si el residente ha alcanzado los objetivos y desarrollado las habilidades esperadas. Describir la experiencia de una preceptora de un programa de residencia multiprofesional en salud mental en el sureste de Brasil sobre la propuesta de modificaciones en el instrumento de evaluación sumativa es el objetivo de este estudio. La experiencia cualitativa incluyó la participación de ocho adultos (residentes, ex residentes y preceptores), con quienes el preceptor se reunió en septiembre de 2023. Se observó que el instrumento actual es considerado por el grupo como agotador, repetitivo e ineficiente, mientras que el propuesto por el técnico docente fue caracterizado como objetivo y específico, además de ser pertinente para todos los escenarios de prácticas en el área de formación. Abogamos por cambios en el instrumento, cuyas nuevas preguntas abarcan temas caros a la salud mental y son comunes a las realidades de la atención primaria, secundaria y terciaria de salud, destacando que también es papel del preceptor, además de la educación en servicio, colaborar en la mejora de las cuestiones formales del programa de residencia.

INTRODUÇÃO

Instituídos pela Lei nº 11.129¹ e coordenados conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, os programas de residência multiprofissional em saúde fundamentam-se como estratégia de reorganização dos serviços públicos, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), numa tentativa de promoção de mudanças no modelo biomédico tradicional e ainda hegemônico de atenção à saúde². Para além disso, caracterizam-se por estreita cooperação intersetorial, de modo a favorecer a inserção de jovens profissionais da saúde no mercado formal de trabalho³, uma vez que funcionam como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização por ensino em serviço.

As residências têm regime de dedicação exclusiva, carga horária semanal de 60 horas e duração mínima de dois anos. Sendo multiprofissionais, abrangem as

seguintes áreas de formação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional⁴. O ingresso nas turmas se dá anualmente, por meio de processo seletivo público⁵. Cumpre salientar que alguns programas mantêm seleções próprias, enquanto outros estão aderidos ao Exame Nacional de Residência (ENARE), por meio de seleção unificada.

Uma das ênfases possíveis, dentre os variados programas de residência, é a de saúde mental, a qual, em sintonia com o movimento da reforma psiquiátrica, tem potencial de transformação de práticas⁶, produzindo saúde por meio de cuidado ético, responsável e humanizado que combata a desqualificação de queixas e a reprodução de ações asilares, normativas e invasivas⁷. Assim, a participação de residentes, de diferentes formações profissionais, contribui para a efetivação de um

tratamento pautado na inclusão social, cidadania, garantia de direitos e promoção de autonomia de pessoas em grave sofrimento psíquico⁸ ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas para além dos muros dos hospitais, mas no território existencial de cada um – isto é, em seu lugar psicossocial de subjetivação e relacionamentos. Para isso, deve haver amparo de diferentes componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi instituída pela Portaria Ministerial nº. 3.088 de 2011⁹.

É preciso alertar, porém, que a RAPS não se resume à concretude dos equipamentos (tais como unidades básicas de saúde/UBS, centros de atenção psicossocial/CAPS, residências terapêuticas, unidades de pronto atendimento e serviços hospitalares). Está, na verdade, atrelada de forma direta às relações de parceria dos profissionais e ao investimento que dispõem entre si, tendo como base o objetivo de ofertar o melhor cuidado ao usuário^{9,10}, colocando-o, inclusive, como parte da gestão desse processo, a partir da construção de um projeto terapêutico singular.

Para além da variedade de modalidades de residências multiprofissionais (para citar: em atenção em oncologia, saúde coletiva, cuidados paliativos, atenção à saúde da criança e do adolescente), há também a pressuposição de diversos componentes do processo formativo. Destaca-se, aqui, a avaliação dos residentes, a qual deve ser parte integrante de todo o processo educacional como uma ferramenta de aprendizagem¹¹. Nesse sentido, a avaliação pode ser classificada como formativa ou somativa. A primeira se dá de forma contínua e visa, em essência, o levantamento de informações para a regulação do processo de ensino-aprendizagem do residente^{12, 13}. Por sua vez, a segunda tem como finalidade verificar se o profissional atingiu os objetivos e desenvolveu as competências dele esperadas^{11,14}.

A avaliação somativa tem, por consequência, fins de decisão sobre a progressão do aluno no curso, concessão de certificação e cálculo de notas finais^{11,14}, estando, por consequência, voltada à mensuração, diferentemente do que ocorre na do tipo formativa. É importante frisar que a avaliação somativa pode ocorrer ao final de um curso, módulo ou estágio¹⁵ e, se bem conduzida, fornece dados que podem subsidiar intervenções em prol do crescimento pessoal e profissional do educando. Não menos importante, contribui para que os programas de residência possam se assegurar de

estarem, realmente, formando especialistas dotados dos atributos necessários ao desempenho de suas atividades com qualidade¹⁶.

Tendo esses aspectos em consideração, o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de preceptora vinculada a um programa de residência multiprofissional em saúde mental da região sudeste do país no que tange a proposição de mudanças no instrumento de avaliação somativa dos residentes. Salienta-se que o preceptor é o profissional cujo exercício se dá no ambiente de trabalho, isto é, no cenário de prática do residente, e que se debruça sobre o progresso clínico dos alunos, bem como por sua avaliação nesse processo¹⁷. Desse modo, o preceptor é aquele que articula os mundos da escola e do trabalho, apresentando a realidade ao residentes, mas também operando uma assistência com bases científicas sólidas¹⁸.

METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza descritiva, na modalidade de relato de experiência, realizado em um hospital público da região sudeste do Brasil durante encontros com diferentes atores atuantes no ou egressos do programa, durante o mês de setembro do ano de 2023. Vale pontuar que o programa em questão visa a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com a saúde mental, passíveis de inserção imediata na RAPS e voltados à intervenção multidisciplinar crítica, a partir dos princípios do SUS. Em sua estrutura curricular, tem como campos 11 centros de atenção psicossocial, 11 unidades básicas de saúde e duas instituições hospitalares com enfermarias psiquiátricas, distribuídos em quatro municípios do estado. Conta, geralmente, com 25 profissionais na educação em serviço, atendidos por um corpo docente de 15 tutores e 25 preceptores, sendo que os primeiros desenvolvem os trabalhos de forma presencial e os segundos, por sua vez, remotamente.

Apesar da qualidade do projeto político-pedagógico que orienta a formação, há fragilidades no processo avaliativo, as quais são recorrentemente reportadas tanto por residentes como por preceptores. Isso porque, atualmente, o instrumento de avaliação somativa é comum, também, aos programas de residência em cuidados paliativos e saúde coletiva, sendo constituído por cinco perguntas, a saber: 1) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente nas atividades de

prática? 2) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado individual ao usuário? 3) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado coletivo? 4) Como tem sido as atitudes do(a) residente no trabalho em equipe, com os colegas e preceptor(es)? e 5) Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho construído com o preceptor e equipe?

Cada uma dessas questões contém as opções de resposta (chamados conceitos) 'precisa melhorar' ou 'satisfatório', a serem assinaladas pelo preceptor, além de espaços em branco para registro das impressões sobre o desempenho do profissional sob orientação, como também para recomendações a ele. Há, ainda, no instrumento, a possibilidade de o residente se manifestar a respeito da avaliação, o que é seguido, então, pelos campos de assinaturas de ambos os atores.

Tendo em vista a recorrente insatisfação relatada pelos residentes e preceptores durante os períodos de avaliação, a técnica-docente delineou a proposta de instrumento que segue descrita: 1) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente nas atividades de prática? 2) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado individual ao usuário? 3) Como tem sido o desenvolvimento do(a) residente no cuidado coletivo? 4) Como tem sido as atitudes do(a) residente no trabalho em equipe, com os colegas e preceptor(es)? 5) Como tem sido o cumprimento do pacto de trabalho construído com o preceptor e equipe? 6) Como tem sido a compreensão do(a) residente a respeito da organização da RAPS e a articulação dos diferentes serviços que a compõem? 7) Como tem sido a condução, pelos residentes, dos casos de usuários/pacientes em crise em saúde mental (Quais estratégias de cuidado o(a) residente tem empregado? De que modo?), e 8) Como tem sido a atuação do(a) residente, com base na lógica da atenção psicossocial?

Percebe-se que a proposição diz respeito à manutenção das perguntas originais, acrescidas de outras três. Para analisar sua viabilidade, participaram, então, dessa experiência oito adultos vinculados, no momento ou no passado, ao programa de residência multiprofissional em saúde mental já mencionado, com idades variando entre 27 e 59 anos e sendo a maior parte (seis) do sexo feminino. Quanto às funções de cada um, quatro eram residentes, dois já ex-residentes e os outros dois, preceptores. Além disso, a maior parte eram assistentes sociais (seis), enquanto um psicólogo e um enfermeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tais participantes foram, inicialmente, convidados a compartilharem as três primeiras palavras que lhe vinham a mente quando tinham em consideração o atual instrumento de avaliação somativa do programa. As respostas mais citadas foram *cansativa*, *repetitiva* e *ineficiente*, sendo seguidas por *confusa*, *genérica*, *incoerente*, *tutelada*, *ineficaz*, *insuficiente*, *número*, *importante*, *não mede conhecimento* e *planejamento*. Nesse sentido, fica claro que associam, diretamente, as perguntas da ficha em utilização a, sobretudo, cansaço, repetição e ineficiência, o que leva ao questionamento de sua adequabilidade ao programa e, assim, justifica a necessidade de ser modificada para atender, de fato, ao objetivo a que se propõe. Pode-se observar, ainda, que, com exceção das palavras 'importante' e 'planejamento', as demais carregam também sentido negativo.

É nítido que os residentes (em formação ou já formados), bem como os preceptores, acabam compreendendo esse momento fundamental do ensino-aprendizado como tarefa meramente burocrática, na contramão do que prevê a literatura^{11, 14, 16}. Isto denota, ainda, que a ficha de avaliação atual do programa é genérica e não consegue mensurar ou avaliar com especificidade o campo de saber a que se refere, pois não engloba itens diretamente relacionados à saúde mental. Além disso, a partir das trocas realizadas com os residentes durante os processos avaliativos e, ainda, com base na experiência prévia de reprovação de uma residente, foi possível perceber que também a metodologia de avaliação dos profissionais-alunos é pouco clara e consistente, gerando questionamentos recorrentes sobre as tomadas de decisão dos preceptores e, por consequência, desgaste recorrente entre esses e prejudicando o vínculo de confiança e aprendizagem.

Na contramão dessa realidade, quando solicitados a lerem a ficha proposta pela preceptora, a qual mantém as questões originais e acresce mais três, os respondentes indicaram novas palavras. Dentre elas, tiveram maior destaque *específica*, *objetiva* e *rede*, acompanhadas de *interessante*, *articulação*, *fidedigna*, *ampliação*, *coletivo*, *reunião de equipe*, *crise*, *analítica*, *mede conhecimento*, *não se esgota*, *acolhimento* e *interativa*. É possível perceber, dessa vez, que todos os vocábulos indicam alguma potencialidade do instrumento reformulado, com destaque para sua capacidade de ser objetivo e específico, logo, mais

fidedigno e adequado à mensuração do conhecimento – como deve ser nesse tipo de avaliação^{11, 14}. Nesse sentido, os oito participantes afirmaram, de forma unânime, que as três novas perguntas se aplicam a todos os cenários de prática que compõem a residência multiprofissional em saúde mental em questão – nesse caso, UBS, CAPS e hospitais⁹.

As justificativas dos residentes e preceptores para esse tópico puderam ser divididas em dois núcleos de sentido: *trabalho em rede* e *competências do residente*. O primeiro diz respeito à articulação dos serviços componentes da RAPS. Apesar de citarem que, muitas vezes, os pontos de atenção não atuam de forma articulada e integrada no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave, essa articulação é fundamental para a eficiência do acompanhamento e atendimento às necessidades^{9, 10}.

Já o segundo se refere às capacidades e ações que se espera que os residentes desenvolvam ao longo do processo formativo, tais como: análise das demandas de saúde dos indivíduos e da comunidade, construção de projetos terapêuticos singulares, realização de acolhimento de forma implicada e ética e identificação de nós críticos no processo de trabalho. As respostas consideradas nessa categoria destacaram, assim, que o público-alvo dos equipamentos pelos quais passam durante a formação é o mesmo e, portanto, as habilidades que lhes demandam são similares.

Além disso, a maior parte do grupo (seis pessoas) indicou considerar que o instrumento de avaliação somativa, sendo o mesmo para os programas de saúde coletiva, cuidados paliativos e saúde mental, não é adequado. Os residentes e preceptores justificaram – na única categoria formulada e denominada *especificidades do programa* – que ela não reflete as particularidades da atuação em saúde mental e, portanto, prejudica a eficiência e fidedignidade do processo.

Uma ex-residente relatou, inclusive, não saber do que se trata o instrumento de avaliação somativa e acreditar que tenha sido um dos vários formulários que preencheu ao longo do curso, dos quais salienta que desconhecia o propósito. Esse ponto abre uma outra discussão, também pertinente: os profissionais em formação conhecem o regimento interno do programa de que fazem parte e os processos que lhe são inerentes? Remonta, além disso, à compreensão que carregam sobre a avaliação. Além de crer, erroneamente, que cabe a si a execução da avaliação somativa, a residente corrobora as palavras que

os participantes mencionaram quando avaliaram o instrumento empregado no programa atualmente, pois parece não ver sentido no momento avaliativo.

Já a menor parte do grupo (duas pessoas), que vê sem problemas o fato de o instrumento atual da saúde mental ser comum ao de outros programas, justificaram que ele contempla um *processo avaliativo*, isto é, cumpre um pré-requisito formal do curso. No entanto, é sabido que a função e importância da avaliação não se resumem a isso. Como ferramenta de formação de profissionais críticos e reflexivos, a avaliação é voltada à aprendizagem. Nesse sentido, apesar de conter classificação e pontuação, a avaliação somativa não visa a punição, mas a identificação de potencialidades e fragilidades do residente, partindo da experiência e conhecimentos que já detém e promovendo, assim, uma aprendizagem que lhe seja significativa e reverbere na qualidade de seu fazer cotidiano, alcançando, portanto, um dos propósitos de qualquer residência em saúde^{1,2}.

Cumprido salientar que, para além da função principal de educador¹⁹, é também dever do preceptor, enquanto agente do processo formativo de profissionais qualificados para o cuidado à população – seja no sistema público ou privado de saúde – colaborar no aprimoramento do programa de residência²⁰, propondo mudanças quando couberem, já que detém um conhecimento não só teórico, mas também operacional e dinâmico advindo da interação constante com os residentes no campo de vivência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível inferir que os atores envolvidos nessa experiência avaliam positivamente a mudança no processo de avaliação somativa, considerando que as novas questões abarcam temas caros à saúde mental e comuns às realidades da atenção primária, secundária e terciária. Isto posto, pode-se conjecturar que, se aplicadas as sugestões delineadas, deva haver benefícios ao programa de residência, tais como maior satisfação dos atores envolvidos e possibilidade de intensificar a preceptoria com foco nas fragilidades do residente (nos itens em que recebeu “precisa melhorar”).

No mais, é importante apontar como limitação desse relato de experiência o reduzido número de pessoas envolvidas, como também a falta de diversidade em suas formações acadêmicas. Além disso, seria interessante que participassem atores de diferentes funções no programa, incluindo

coordenador e tutores, de modo a conferir maior riqueza e diversidade nos olhares sobre o instrumento de avaliação somativa em análise.

Registra-se, por fim, que, como continuidade dessa iniciativa, a nova ficha de avaliação pode ser apresentada à coordenação do programa de residência multiprofissional em saúde mental para que essa possa encaminhá-la, após apreciação, ao núcleo pedagógico para avaliação e possível implantação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União 30 jun 2005.
2. Alves CS, Dalbello-Araujo M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate*. 2019; 43(123):1240-1258. ISSN: 0103-1104. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369063021> doi:10.1590/0103-1104201912320
3. Rosa SD, Lopes RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 7(3):479-498. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf> doi:10.1590/s1981-77462009000300006
4. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União 13 nov 2009; Seção 1.
5. Ministério da Educação e Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde 47 (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União 23 dez 2014; Seção 1.
6. Coelho TAD, Nunes MO, Barreto SMG. Residência em saúde mental: educando trabalhadores para a atenção psicossocial. 1. ed. Salvador: EDUFBA; 2017.
7. De Marchi BF. Aspectos da atuação do psicólogo em internação psiquiátrica adulta. In: Miranda GU, Couto LLM. *Psicologia, saúde e assistência social: articulando práticas e saberes*. Bauru: Editora Gradus; 2021. p 59-78.
8. Brasil. Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. 1ª ed.; 2018b.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 30 dez 2011; Seção 1.
10. KINOSHITA, RT. Tykanori fala sobre redes. Canal Saúde mental AD [vídeo]; 2014. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=P4fXHGjD-VA>
11. Souza R. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. 2011. Disponível em: <https://1library.org/document/zx02j2oz-atributos-fundamentais-dos-procedimentos-de-avaliacao-ruy-souza.html>
12. Caseiro CCF, Gebran RA. Avaliação formativa: concepção, práticas e dificuldades. *Nuances*. 2008; 15(16): 141-161. Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/181> doi: 10.14572
13. Rodrigues, SG, Neves, M.G.C. Avaliação formativa: vivências em metodologia ativa de ensino aprendizagem na visão docente e discente. *Com. Ciências Saúde*, 2015; 26(3/4): 105-114
14. Zeferino AM, Passeri SMR. Avaliação da aprendizagem do estudante. *Cad. ABEM*. 2007; 3, 39-43: 2007. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM_Vol03.pdf
15. Alexandre, TMO, Lorena, SB. Proposta de avaliação em cenários de prática para residência em enfermagem: guia informativo. 2022; 33p. Disponível em: <https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/777/3/Produ%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20-%20Tatyane%20Manso.pdf>
16. Troncon LEA. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo “OSCE”. *Olho Mágico*. 2001; 1: 8-12. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n1/osce.htm>
17. Botti, SH0, Rego, STA. Preceptor, supervisor,

tutor e mentor: quais são seus papéis? Revista Brasileira de Educação Médica. 2008; 32(3): 363-373.

18. Ribeiro, KRB. Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem.

19. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação de Enfermagem). 2015: 228p.

20. Botti, SH0, Rego, STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis. 2011; 21(1): 65-85.

21. Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução nº2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>

