

Avaliação 360 graus na Residência Médica de Família e Comunidade: percepção de cidadãos-usuários e preceptores

360 degree assessment in Family Medicine Residency: perception of citizen-users and preceptors

Mauro Sérgio Furtado de Souza¹  | mauromedfam@gmail.com
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²  | ramona.fernanda@ufrgs.br

RESUMO

Introdução: No contexto da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), ferramentas de avaliação que busquem a qualificação da formação do médico residente devem ser (re)construídas no cotidiano dos serviços de saúde. Avaliação 360 graus ou multifonte destaca-se por envolver a participação de profissionais da equipe, de pacientes e do próprio residente, guiada pelo preceptor.

Objetivo: Analisar a avaliação 360 graus na RMFC, na percepção de cidadãos usuários e preceptores.

Método: Estudo de abordagem qualitativa (estudo de caso), aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Foi realizado em Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de dois municípios do Rio Grande do Sul, onde os residentes atuavam. A amostra foi intencional. Realizaram-se entrevistas individuais semiestruturadas com os cidadãos usuários atendidos pelos residentes e com os dois médicos preceptores. Essas entrevistas foram posteriormente gravadas e transcritas. Definiu-se o tamanho da amostra para os cidadãos usuários pelo critério da saturação teórica aliado à análise da densidade do material textual produzido. Analisaram-se os dados de contexto dos participantes pela estatística descritiva. Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo.

Resultado: Participaram do estudo 17 cidadãos usuários e dois preceptores. A avaliação 360 graus foi reconhecida como ferramenta avaliativa que fomenta e valoriza o protagonismo popular. Os cidadãos usuários perceberam que, ao fazerem parte da avaliação do residente, mudanças na conduta do médico residente podem acontecer. Nesse processo participativo, sentem-se privilegiados ao contribuírem para o trabalho do médico residente. Os preceptores reconheceram que a participação dos usuários e da equipe no processo avaliativo do residente contribui para a avaliação e fortalece a relação entre equipe-residente-usuários e o trabalho interprofissional na APS. Desafios foram percebidos na realização da avaliação do residente pelos profissionais da equipe, pela rotina de trabalho na APS e na condução do momento do *feedback* pelos preceptores. Ambiente adequado e relações de vínculo entre preceptor-residente foram considerados facilitadores do *feedback*.

Conclusão: A avaliação 360 graus apresentou-se como estratégia efetiva de avaliação educacional na formação da força de trabalho em saúde. Traz a oportunidade para o médico residente evoluir, perceber seus erros e se aproximar dos usuários e da equipe. Novas pesquisas são recomendadas, incluindo a percepção dos residentes, da equipe e dos gestores.

Palavras-chave: Avaliação Educacional; Avaliação de Resultados da Assistência ao Paciente; Internato e Residência; Medicina de Família e Comunidade; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the context of Family Medicine Residency (FMR), assessment tools aimed at improving resident physician training should be (re)constructed in the daily routine of healthcare services. The 360-degree or multi-source assessment stands out as it involves the participation of team professionals, patients, and the resident physician, guided by the preceptor.

Objective: To analyze the 360-degree assessment in FMR from the perspective of citizen-users and preceptors.

Method: A qualitative approach study (case study), approved by a Research Ethics Committee. It was conducted in Primary Health Care (PHC) Units in two municipalities of Rio Grande do Sul, where the residents worked. The sample was intentional. Semi-structured individual interviews, recorded and transcribed, were conducted with citizen-users treated by the residents and with the two medical preceptors. The sample size for citizen-users was defined based on the theoretical saturation criteria combined with the analysis of the density of the textual material produced. Contextual data from participants were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The study included 17 citizen-users and two preceptors. The 360-degree assessment was recognized as an evaluation tool that fosters and values popular protagonism. Citizen-users perceived that by participating in the resident's evaluation, changes in the resident physician's conduct could occur. In this participatory process, they felt privileged and as contributors to the resident physician's work. Preceptors recognized that the participation of users and the team in the resident's evaluation process contributes to the assessment and strengthens the relationship between the team, residents, and users, as well as interprofessional work in PHC. Challenges were observed in conducting the resident's assessment by team professionals due to the work routine and in the management of the feedback process by preceptors. An adequate environment and strong bonds between preceptors and residents were considered facilitators of feedback.

Conclusion: The 360-degree assessment proved to be an effective educational evaluation strategy in training the healthcare workforce. It provides an opportunity for resident physicians to develop, recognize their mistakes, and become closer to both users and the healthcare team. Further research is recommended, including the perceptions of residents, healthcare teams, and managers.

Keywords: Educational Assessment; Patient Outcome Assessment; Internship and Residency; Family Practice; Primary Health Care.

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de práticas integrais em saúde, que visam responder às necessidades individuais e coletivas da população¹. Porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)², a APS tem potencial para atender de 80% a 90% das necessidades em saúde de um indivíduo em seu percurso de vida³. O profissional médico que atua na APS deve saber usar as evidências científicas no seu processo de trabalho, sendo capaz de centrar o cuidado nas necessidades das pessoas, das famílias e da comunidade, considerando as diversidades relacionadas a sexo, gênero, idade, raça, religião, cultura, classe social e problemas ou afecções de saúde. Para tanto, espera-se que atue em colaboração com outros profissionais nas ações de atenção à saúde⁴⁻⁷, o que exige, ao longo de sua formação, o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe⁸ – comunicação interprofissional, conhecimento da dinâmica do trabalho da equipe, liderança, reconhecimento dos papéis profissionais, resolução de problemas e cuidado centrado no paciente, nas famílias e na comunidade^{9,10}.

A Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC) é uma proposta de educação em serviço que, ao longo de dois anos, propõe-se a qualificar profissionais médicos a adquirir competências para que possam ser resolutivos em cenários de prática, contemplando os atributos da APS^{11,12}.

Ferramentas de avaliação do residente devem ser (re)construídas no cotidiano dos serviços de saúde. No processo educacional, a avaliação tem o propósito de progredir com a aprendizagem¹³ por meio da observação do desenvolvimento de competências do educando perante os desafios da prática^{14,15}. A intenção é uma avaliação que seja, concomitantemente, somativa – aprovando ou reprovando – e formativa – fornecendo *feedback* ao residente sobre suas potencialidades, suas lacunas e seus planos para melhorias^{16,17}, de modo orientar o aprimoramento dos recursos didáticos dos preceptores e dos programas de residência¹⁸⁻²⁰.

A avaliação 360 graus ou multifonte destaca-se por envolver a participação de profissionais da equipe, dos pacientes e do próprio residente, guiada pelo preceptor. Auxilia o preceptor no desenvolvimento de competências interpessoais e de comunicação do residente com a equipe e os usuários²¹, estimulando o pensamento crítico-reflexivo, a autocritica, os valores éticos, o profissionalismo e o gerenciamento de equipes²¹⁻²⁴.

O componente formativo dessa avaliação consiste em parecer, retorno, devolução ou retroalimentação ao residente (*feedback*), individual e confidencial, entre o preceptor e o residente. Após a comunicação, é estimulada uma reflexão do próprio residente sobre cada ponto destacado, com o apoio

e a facilitação do preceptor^{23,24}. A equipe de saúde da família, na qual o residente se insere e interage em suas práticas, estabelece-se como uma potente avaliadora do processo^{11,24,25}.

Nos Estados Unidos, experiências com a avaliação 360 graus têm sido relatadas na Pediatria²⁶, Anestesiologia²⁷, Medicina Interna²⁸, Cirurgia²⁹ e Radiologia³⁰, principalmente após a Accreditation Council for Graduate Medical Education a instituir, em 2000, como uma das ferramentas necessárias para avaliação do médico residente²¹. Também tem sido descrita na Dinamarca³¹, no Reino Unido^{32,33} e na Índia³⁴.

No Brasil, a utilização da avaliação 360 graus tem possibilitado o desenvolvimento das competências exigidas aos residentes, indo ao encontro da proposta do currículo baseado em competências³⁵ e do estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Médica³⁶⁻³⁸. A avaliação pela equipe e a autoavaliação são utilizadas dentro do contexto da APS³⁹, mas nem sempre há a participação dos pacientes. Na atenção de média e alta complexidades do SUS, há relatos da avaliação 360 graus nas residências de clínica médica, cardiologia⁴⁰ e ginecologia e obstetria⁴¹, mescladas com critérios técnicos, como anamnese e exame físico, e na residência de anestesiologia, mas sem menção à avaliação de usuários ou à autoavaliação⁴².

Considerando as lacunas e os desafios relacionados à aplicação da avaliação 360 graus e aos seus efeitos na formação e no exercício da profissão¹⁹, este estudo teve o objetivo de analisar a avaliação 360 graus em programa de RMFC do Rio Grande do Sul. Traz a percepção de cidadãos usuários e preceptores, identificando potências, desafios e perspectivas dessa avaliação na formação de médicos residentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizado em unidades da APS de dois municípios do Rio Grande do Sul, no contexto de uma RMFC. A pesquisa seguiu o *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)⁴³ e foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 66054622.6.0000.5347/Parecer nº 5.875.955).

A amostra foi intencional. Convidaram-se para participar do estudo os dois médicos trabalhadores da APS, que são preceptores da Residência, e cidadãos usuários da APS. Estes deveriam ter sido atendidos pelos médicos residentes no período da pesquisa e ter participado de sua avaliação. Excluíram-se os usuários menores de 18 anos e que não tivessem condições cognitivo-emocionais e linguísticas de participar da entrevista. O tamanho final da amostra, para os usuários, foi definido pelo critério da saturação teórica⁴⁴, aliado à análise da densidade do material textual produzido pela pesquisa.

A coleta de dados aconteceu em 2023, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas⁴⁵ com cidadãos usuários e preceptores. A entrevista com os preceptores foi realizada ao final dos ciclos de avaliação do médico residente. Com os cidadãos usuários, a entrevista foi realizada no mesmo dia do convite para a participação no estudo, após o encontro do usuário com o médico residente.

As entrevistas foram presenciais, realizadas em sala reservada das unidades de APS e conduzidas por um único pesquisador com formação para pesquisa qualitativa. As entrevistas tiveram duração média de 33 minutos.

As entrevistas, após transcrição, foram devolvidas aos preceptores, para que pudessem confirmar/complementar as ideias apresentadas. Pela dificuldade do reencontro com os cidadãos usuários, não se devolveu a transcrição para esses participantes. Codificou-se cada entrevista com a letra inicial da categoria dos participantes, com o acréscimo de números sequenciais (de C1 a C17/P1 e P2), a fim de preservar o anonimato deles.

Os dados de contexto dos participantes foram analisados pela estatística descritiva. Já os dados qualitativos produzidos foram interpretados pela análise de conteúdo⁴⁶, à luz de três elementos presentes no conceito do quadrilátero da formação para a área da saúde – controle social, atenção à saúde e ensino⁴⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 17 cidadãos usuários e dois preceptores (Tabela 1).

O Quadro 1 expressa os resultados do processo de análise por categorias.

Participação popular na formação do médico residente

Os cidadãos usuários participantes deste estudo perceberam que, ao fazerem parte da avaliação do médico residente, mudanças nas práticas de cuidado desse profissional

Tabela 1. Informações de contexto dos participantes de pesquisa.

CIDADÃOS USUÁRIOS		n
SEXO		
	Masculino	13
	Feminino	4
IDADE		
	De 20 a 39 anos	2
	De 40 a 60 anos	7
	> 60 anos	8
TEMPO QUE ACESSA A UNIDADE DE SAÚDE		
	Até 3 anos	6
	De 4 a 10 anos	6
	Mais de 10 anos	5
TOTAL		17
PRECEPTORES		n
SEXO		
	Masculino	1
	Feminino	1
IDADE		
	De 20 a 39 anos	2
TEMPO DE FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO		
	7 anos	1
	12 anos	1
PÓS-GRADUAÇÃO		
	Residência em Medicina de Família	2
TEMPO DE FORMAÇÃO NA PÓS-GRADUAÇÃO		
	2 anos e meio	1
	9 anos	1
TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS		
	7 anos	1
	11 anos	1
TOTAL		2

Fonte: Elaborada pelos autores.

Quadro 1. Processo de análise por categorias.

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO ESTRUTURAL DAS CATEGORIAS
Elemento: CONTROLE SOCIAL Participação popular na formação do médico residente	Traz a percepção/os sentimentos de cidadãos usuários e preceptores sobre a participação popular na formação do médico residente.
Elemento: ATENÇÃO À SAÚDE A equipe na formação e avaliação do médico residente: uma construção interprofissional	Apresenta a percepção de preceptores sobre potências e desafios da participação da equipe de saúde na avaliação do médico residente.
Elemento: ENSINO O aprender a aprender: a avaliação 360 graus como parte do processo de ensino e de aprendizagem do médico residente	Apresenta a percepção de cidadãos usuários e preceptores sobre o ensino-aprendizagem do médico residente/feedback e a relação do médico residente com o preceptor.

Fonte: Elaborado pelos autores.

podem acontecer. Entendendo o processo como participativo, sentiram-se privilegiados ao contribuírem para o trabalho do médico residente: “me sinto em primeiro lugar muito privilegiado. Por que a gente, como paciente, poder analisar o trabalho deles [médicos residentes]? [...] Acho que eu estou contribuindo” (C7).

Para os preceptores, a possibilidade de ter a visão do usuário na avaliação do médico residente foi valorizada, sendo reconhecida como essencial na APS e na qualificação da avaliação do preceptor.

[...] consigo ter a visão do usuário, que para a gente, na atenção primária, é o que mais importa. (P1)

[...] o usuário é que vai me trazer o que que ele entendeu do atendimento do [médico] residente, eu posso ter entendido muito bem porque eu tenho um formato, uma personalidade, mas se o usuário não entendeu, não atingiu o resultado. [...] eu, como avaliador, preciso me aprimorar [...]. (P2)

Observou-se, nos relatos dos preceptores que acompanharam o médico residente, o potencial de redirecionamento de um modelo educacional em que o professor/educador é o único guia e a fonte de dados para seu aprendiz e aprendizado⁴⁸. Buscar a percepção do usuário trouxe a intencionalidade do distanciar-se dessa realidade centrada no professor. Se a teoria não pode se distanciar da práxis⁴⁹ e esta culmina com benefícios para o paciente, nada mais adequado do que o usuário-paciente também fazer parte dessa formação⁵⁰⁻⁵³. E o preceptor assume o papel de mediador-facilitador e, também, de aprendiz, em vez de detentor da razão ou de argumentos de autoridade⁵⁴.

Durante a residência, o profissional educando é estimulado a alcançar, no seu retorno à coletividade, um conjunto de competências pela mobilização de conhecimentos-habilidades-atitudes. Entre tais competências, destacam-se as específicas⁸, para lidar com desafios/situações no campo de prevenção, investigação, diagnose, tratamento ou paliativo, e as integrativas (éticas, interpessoais e colaborativas para o trabalho em equipe)^{4,8-10,21}, para dar sentido e completude às primeiras⁵⁴. O balizador para o desenvolvimento dessas competências pode ser buscado diretamente no campo em que atua^{5,6,55}, ou seja, nos espaços de interação com a equipe e, especialmente, com os usuários.

O cidadão usuário C7 traz um senso de coletividade e representatividade que cada usuário exerce ao avaliar o médico residente, “podendo avaliar o médico, me sinto representando muitas pessoas”.

O relato vai ao encontro do preconizado pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS)⁵⁶, quando se refere à construção compartilhada do conhecimento e ao

diálogo entre os saberes populares e as produções individuais e coletivas de conhecimento nas ações de promoção-proteção-recuperação da saúde.

Identifica-se, no relato de C15, que participar das avaliações de um médico residente pode promover mudanças na maneira como esperariam receber o cuidado: “Tem muita coisa que você quer mudar e não sabe com quem vai falar. Mas tem essas avaliações que a gente vai falar o que está sentindo”.

Mendes⁵⁷ enfatiza, em harmonia com o sentimento de mudança relatado por C15, que pode haver um descompasso entre a oferta de saúde e a demanda da população. Aliada a esse desafio, há a dificuldade da atuação dos conselhos de saúde como instrumentos de controle público, pela ausência de cultura de participação e pela imposição de propostas por gestores – manipulação das reuniões ou desacato das decisões deliberadas no colegiado^{57,58}. Trata-se de um julgamento de gestores que pode ser atribuído ao entendimento de um desconhecimento técnico dos conselheiros sobre saúde, legislação e administração^{59,60}, além da falta de resolutividade, o que acaba por gerar desinteresse⁵⁹.

A atuação dos usuários na avaliação do médico pode representar um estímulo para outros espaços de participação, como os do controle social.

Mencionado na Lei nº 8.080⁶¹ e descrito na Lei nº 8.142⁶², o controle social é parte do quadrilátero da formação⁴⁷ e constitui um direito não só de cada cidadão, mas do conjunto de brasileiros, o que foi lembrado por C7. Poder participar da formação dos médicos residentes torna-se uma expansão desse direito popular. A voz autônoma e autêntica dos cidadãos é fundamental na formação de todos os profissionais da saúde⁶³.

O participante C17 relata uma experiência negativa de atendimento médico e ressalta a importância que percebe no “poder falar” sobre o médico residente e na avaliação que permite sua participação: “Isso me marcou e até hoje eu lembro das palavras daquele médico [...], mas como não tinha com quem falar, ficou por isso mesmo. Acho muito importante a gente poder falar sobre o médico que está nos atendendo, muito importante a avaliação [...]”.

Ao dar voz ao cidadão, a avaliação 360 graus se apresenta como um dispositivo de participação popular na educação dos profissionais da saúde. Do mesmo modo, estimula o engajamento do usuário no seu próprio cuidado e o cuidado centrado no paciente, competência colaborativa reconhecida para a qualificação da segurança do paciente^{7,9,10}.

A disponibilidade para o aprender com o outro no processo de aprendizagem fica evidenciada nessa avaliação, por possibilitar a escuta ao usuário sobre seu processo de cuidado, mobilizando espaços para discussões e trocas, para a autorreflexão e o entendimento de que acertos, dúvidas

e incertezas dos residentes e preceptores são esperados na formação, tendo a prática como guia⁶⁴. O erro ou a dificuldade do residente também tem grande potencial de ensinar⁶⁵, uma vez que, para a cultura de aprendizado, o erro precisa ser esperado e exige a responsabilização sem gerar culpa ou afetar a confiança do educando⁶⁶.

Os cidadãos usuários entendem que, ao fazerem a avaliação do médico residente e poderem trazer aspectos positivos do atendimento e até elogios pelo trabalho realizado, estimulam a confiança entre pacientes e médicos, e incentivam os médicos a querer melhorar cada vez mais.

[...] quando eles [médicos residentes] trabalham bem-feito, merecem elogios [...] os pacientes têm que ter confiança no médico, têm que ver se eles trabalham bem ou não. Se eles dão atenção [...] imagina você receber um elogio! [...] você vai tentar melhorar cada vez mais. (C6)

[...] acho que ele [médico residente], sabendo que a gente se sentiu bem do jeito que ele tratou a gente, é bom, né? Se sentir bem avaliado. Sentir um retorno que o paciente gostou do atendimento dele. (C14)

Os elogios não devem ser a expectativa na avaliação 360 graus, mas o residente em formação, como educando, pode buscar esses reforçadores positivos ou negativos como um estímulo modelador de conduta na própria interação com o usuário⁶⁷.

Na avaliação 360 graus, o usuário mostra ao preceptor aspectos que somente ele sentiu. É preciso considerar, entretanto, que a avaliação dos usuários sobre o residente, mediada pelo preceptor, precisa ser analisada antes de ser compartilhada com o residente, evitando que a avaliação seja utilizada como uma pesquisa de opinião do usuário sobre o serviço. O receio de uma avaliação interferir negativamente no acesso à saúde ou no atendimento daquele profissional deve ser ponderado pelo preceptor, assim como a comparação com momentos em que a população carecia de profissionais ou de profissionais qualificados na APS, magnificando atendimentos considerados simples ao residente e do cotidiano dos serviços⁶⁸.

O preceptor deve, desse modo, conhecer a característica da população que participa da avaliação, o que inclui aspectos da história e cultura local, idade, gênero, classe social, aspectos psicológicos, entre outros. Adicionalmente, deve ser considerado o histórico do relacionamento da população com os serviços do SUS ofertado pelo município, o que pode gerar uma baixa expectativa com o serviço ou na melhoria do serviço⁶⁹. Por sua vez, a própria cultura criada ao longo de um tempo pela avaliação 360 graus pode mudar esse referencial no momento da avaliação. Em curto prazo, a explicação prévia do preceptor sobre a avaliação e o objetivo pretendido e a garantia

da confidencialidade dessa participação/desses comentários podem contribuir para qualificar a avaliação⁶³.

Cabe destacar que todos os cidadãos usuários que participaram do estudo relataram bem-estar e satisfação por avaliarem o médico residente e a sensação de conforto por serem sinceros na avaliação. Nenhum cidadão entrevistado mostrou ou relatou preocupação, medo ou prejuízo ao avaliar o médico residente. Acreditam que todos os profissionais de saúde devem ser avaliados. Expressaram a percepção de que os pacientes ajudam na formação e na atuação médica. Outro resultado que merece destaque nessa categoria foi o de que nenhum cidadão fez comentários negativos sobre o médico residente, o que merece uma análise complementar em estudos futuros.

A equipe na formação e avaliação do médico residente: uma construção interprofissional

A segunda categoria trata do componente atenção à saúde do quadrilátero da saúde⁴⁷, abordando a avaliação 360 graus e sua relação com a equipe nas práticas de saúde. Assume-se, nessa categoria, uma limitação, que é a ausência da percepção dos demais profissionais da equipe e da gestão do serviço, sendo esse resultado construído pela percepção dos preceptores.

Os preceptores reconhecem que a participação dos profissionais da equipe no processo avaliativo do médico residente contribuiu para a avaliação 360 graus e fortaleceu a relação de parceria de cuidado entre a equipe e o médico residente no cotidiano da formação e do trabalho interprofissional na APS.

O enfermeiro participou sempre [da avaliação], e eu vejo que isso é muito importante, principalmente o enfermeiro que trabalha diretamente com o [médico] residente [...]. O enfermeiro sempre participou e o agente comunitário sempre participou. [...] a gente precisa se complementar e se completar. E a gente não pode fazer coisas completamente diferentes e separadas, sem uma harmonia. (P2)

O trabalho em equipe, interprofissional-colaborativo, está sendo cada vez mais valorizado como uma competência importante a ser desenvolvida na formação da força de trabalho em saúde^{4,70}. O médico residente, ao vivenciar suas práticas de formação com as equipes multiprofissionais, interagindo e aprendendo com diferentes profissões, passa por uma experiência de educação interprofissional (EIP).

A EIP acontece quando duas ou mais profissões aprendem com e sobre cada uma, valorizando seus papéis profissionais para melhorar a comunicação e a colaboração entre a equipe e a qualidade do cuidado voltado à saúde^{7,71}.

Quando tais experiências acontecem no cenário do trabalho em equipe, como na residência, a EIP pode ampliar a compreensão das disparidades em saúde e promover o desenvolvimento de identidades profissionais que tenham senso compartilhado de responsabilidade social^{4,7,57}.

A presença de médicos residentes que trabalham de forma colaborativa, buscando a interação com outras profissões, foi destacada por P1 e mostra uma diferença entre profissionais que já atuaram em equipes sem interação e com postura de trabalho isolado por núcleo profissional.

[...] as equipes são gratas por hoje ter médicos que, como eles dizem, pegam junto, chamam a agente de saúde, chamam todo mundo para participar. E o que eles [equipe] nos relatam de experiência prévia era uma relação muito mais vertical, muito mais o médico como alguém que ia fazer o seu trabalho pontualmente e ia embora, ele não tinha essa questão de vínculo com a equipe, de trabalhar junto. (P1)

Os preceptores relataram a representação da equipe na avaliação 360 graus, ainda que nem todos os profissionais tenham participado, os quais poderiam ter contribuído para a complementação da avaliação com uma visão diferente.

[...] sempre alguém [da equipe] participou! [...] em nenhum momento, ninguém quis participar. Houve negativas. Não negativas diretas, mas justificativas. Eu optei por não insistir [...] outros profissionais de saúde teriam complementado com uma visão diferente e não quiseram participar ou não puderam participar, não houve diálogo. (P2)

O preceptor entende que a avaliação 360 graus, com a participação da equipe em relação ao trabalho do médico residente na APS, “estimula a comunicação do residente com a equipe, tornando-o mais comunicativo e receptivo a comentários e até críticas da equipe” (P2), mesmo em momentos que não sejam, necessariamente, de avaliação formal.

Outro resultado que se destacou neste estudo foi o dos desafios observados pelos preceptores sobre o momento de realizar a avaliação 360 graus com os usuários e profissionais da equipe, por conta da rotina intensa de trabalho de cada profissão na APS.

[...] acho a avaliação 360 graus perfeita em termos de avaliação, mas aplicar ela acaba sendo muito difícil na nossa rotina. [...] eu pessoalmente não consigo passar o turno, por exemplo, entrevistando os usuários, até porque como eu sou o profissional médico da mesma unidade, quando eles entram dentro do consultório comigo eles querem consultar. [...]. E aí a gente acaba passando essa atribuição para outro membro da equipe que também tem suas tarefas, que também não consegue passar aquele turno chamando os pacientes

ou chamando os colegas, então, eu tenho dificuldade de aplicar porque nossa rotina é difícil. [...] os detalhes da rotina acabam dificultando bastante. (P1)

Um dos preceptores utilizou, como estratégia para melhorar a participação de profissionais da equipe, o encaminhamento das questões avaliativas pelo *Google Forms*, sempre fornecendo explicações e se colocando à disposição para dúvidas ou incompreensões.

[...] disparei o Google Forms para algumas pessoas da equipe e me coloquei disponível para qualquer dúvida. Eu perguntava se recebeu o Forms, se teve alguma dificuldade, se conseguiu preencher, enfim, eu tentava sanar as dúvidas à medida que o trabalhador me perguntava. [...] antes de eu enviar o Google Forms, eu perguntava para as pessoas, eu explicava o que era a avaliação, os objetivos [...]. Sempre tinha uma introdução verbal. Acho que é importante isso, porque, por escrito, você não consegue sentir às vezes alguma coisa ou pode não ter a melhor percepção. (P2)

A dificuldade do preceptor em dividir o tempo entre a assistência e o trabalho na formação com qualidade do residente é reforçada pela literatura^{72,73}, enfatizando que a tensão entre a educação o serviço formata a dedicação à residência médica, o que pode trazer prejuízos à qualidade educacional. O *feedback* ao residente precisa de um ambiente adequado, tempo suficiente e sem interrupções, conforme apresentado a seguir por P1. São aspectos que confirmam como a participação ativa da gestão na agenda assistencial tem potencial para afetar positivamente o ensino e futuras interações com os usuários, expandindo o conceito do quadrilátero para a residência⁴⁷.

Por vezes, os preceptores perceberam situações em que as relações interpessoais entre profissionais da equipe e os médicos residentes acabaram afetando positiva ou negativamente a avaliação.

Como a gente passa muito tempo junto dentro da unidade, acaba tendo esse relacionamento dentro da equipe. Tenho agente de saúde que gosta mais daquele residente, tem um atendente que gosta mais do outro, e normalmente acaba tendo um cunho muito pessoal: “Eu vou lá ajudar na avaliação dele”, ou até o contrário: “Tive um probleminha com ele então e vou lá anonimamente colocar isso na avaliação”, para tentar de alguma forma prejudicar. (P1)

É um achado que expressa a relação do convívio pessoal, das afinidades e dos vínculos no trabalho – estabelecidos ou não – com a habilidade de avaliar o residente, o que deve despertar a atenção do preceptor, como educador, uma vez que o processo educacional vai além do âmbito profissional, alcança as relações humanas e a qualidade de vida dos atores⁴⁷.

O aprender a aprender: a avaliação 360 graus como parte do processo de ensino e de aprendizagem do médico residente

A terceira categoria apresenta o elemento ensino do quadrilátero⁴⁷, trazendo a avaliação como parte do processo de ensino e de aprendizado do residente^{15,18,48}. A parte final da avaliação 360 graus consiste em ouvir a autoavaliação do residente em dois momentos – antes e depois das avaliações dos cidadãos usuários e da equipe⁷⁴. É centrada no aprendizado das competências sociais e interprofissionais⁷⁻¹⁰, e na capacidade receptiva do residente⁷⁵.

Cidadãos usuários e preceptores veem na avaliação 360 graus uma oportunidade para o médico residente evoluir, perceber erros e se aproximar dos usuários e da equipe.

[...] é tipo uma reciclagem. Ele [o médico] precisa ser avaliado se não fica uma coisa muito rotineira, parece que não evolui [...]. (C12)

[...] não existe ninguém perfeito. Errar é humano, mas persistir no erro aí já não é a mesma coisa. (C16)

A avaliação vai forçar um interesse que esse [médico] residente não tinha. Ele se via num distanciamento com relação ao usuário, com relação à equipe e vai ter que diminuir esse distanciamento por causa da avaliação. (P2)

Luckesi¹³ reforça a percepção dos cidadãos usuários e preceptores ao valorizar a avaliação como qualificadora do processo educativo. O médico residente é avaliado pelo preceptor por seu desempenho, considerando o componente somativo e o formativo¹⁷, podendo expressar fragilidades didáticas e nos projetos pedagógicos dos programas^{16,19,20,48}.

O potencial de mudança no educando expressa-se pela avaliação formativa⁷⁴, por meio do *feedback*^{22,24,29-31}. Esse retorno avaliativo pelo preceptor deve considerar o desempenho do educando, comparando com o desempenho pretendido e buscando reforçar ou mudar condutas⁷⁵.

Para os preceptores, o retorno avaliativo pelo *feedback* vai ficando mais efetivo à medida que vai conhecendo e estabelecendo relações de vínculo com o médico residente, o que desenvolve disponibilidade e interesse em ouvir e argumentar sobre a avaliação recebida. É o “discordar em harmonia” e com respeito ao preceptor.

[...] justamente por a gente ter esse vínculo, os [médicos] residentes me parecem bem à vontade de ouvir, de discordar de alguma opinião ou avaliação dada. (P1)

[...] nas primeiras avaliações do [médico] residente que eu não tinha percebido ainda a personalidade dele e como que ele ia receber algumas informações, então eu coloquei e vi que surgiu um efeito que talvez

não fosse interessante para o aprendizado dele. Aí eu mudei a abordagem. [...] esse [médico] residente está respeitando a minha opinião, está entendendo o que eu trouxe [...] discordar em harmonia, o quanto importante isso é [...]. (P2)

Para ser construtivo, o momento do *feedback* na avaliação 360 graus deve trazer a expectativa do preceptor balizada pelo potencial do residente naquele momento. Para tal, deve-se estabelecer uma aliança entre preceptor e residente com o compromisso de compreender os objetivos de ensino-aprendizagem, as potencialidades e a cultura desse residente. A partir dessa relação, cria-se um plano de ação de comum acordo selando o compromisso com o aprendizado^{20,75-77}. O *feedback* deve focar o comportamento e a tarefa executada pelo médico residente, contendo, preferencialmente, sugestões de como melhorar ou traçando objetivos relevantes e simples de ser realizados^{75,76}.

De acordo com P1, o ambiente silencioso e reservado do *feedback*, sem interrupções externas, é um facilitador da avaliação 360 graus: “A gente acaba, na unidade de saúde, conseguindo usar o ambiente do consultório, isso nos ajuda bastante. Sei que eu tenho isolamento acústico, que ninguém vai entrar e sair, então a gente fica bem à vontade e não percebo nenhuma dificuldade”.

Trata-se de um ambiente que oportuniza a discussão entre o médico residente e o preceptor, prevenindo comportamentos defensivos e desinteressados ou o constrangimento por parte do residente^{20,76}.

Cabe destacar que a condução do *feedback* é marcada por desafios, uma vez que pode trazer críticas ao fazer do residente. O momento exige do preceptor a decisão sobre a prioridade das informações a serem compartilhadas, evitando excessos ou sobrecargas e estimulando a autorreflexão-autocrítica, para o aprender a aprender, de modo que o residente tenha interesse/vontade de fazer parte da equipe e de trabalhar com a equipe e os usuários.

[...] tive experiências de ter uma reação frágil [com o médico residente], ter que insistir e perguntar de novo, [...] reações muito exageradas de voltar naquela pontuação depois da avaliação ter terminado, voltar naquela dúvida, perguntar [...]. Justamente por isso essa avaliação é muito importante, porque na medida em que vou fazendo isso várias vezes, vou ensinando esse residente que ele não pode estar tão suscetível a uma crítica [...] porque ele será criticado em diversos momentos do trabalho [...] autorreflexão e autocrítica, vem muito nesse ponto, a visão de que eu não paro de aprender quando termina a residência [...]. Vou estar num lugar diferente, vou estar numa equipe diferente, vão vir informações novas, usuários diferentes, com culturas diferentes,

então [...], tenho que aprender a aprender. [...] que ele [médico residente] saia com esse interesse e com interesse em se avaliar. (P2)

Na fala do preceptor, destaca-se a necessidade do aprendizado contínuo e da adaptação a novos contextos profissionais que precisam ser estimulados na formação do residente pela promoção da autocrítica e da postura reflexiva no residente^{20,76}. O resultado alinha-se com a visão de uma nova relação educador-educando, em que o educando assume o papel mais ativo em seu próprio desenvolvimento, construindo o hábito de se adaptar aos julgamentos, tanto no atendimento aos usuários quanto no relacionamento com a equipe⁷⁸. E o preceptor deve apoiar, fazer a mediação entre a teoria e a prática, e ajudar o educando a construir a própria trajetória⁷⁹. A avaliação 360 graus contribui, assim, com o ensino que prepare os educandos para a receptividade às críticas e para a autogestão emocional, estimulando os sentimentos de empatia, altruísmo e solidariedade^{65,74}.

Nessa avaliação, as observações são de fontes em que o preceptor confia, as quais irão se somar àquelas que ele já tem⁷⁶. Os preceptores perceberam na avaliação 360 graus um potencial colaborativo, constituída pelo olhar de diferentes atores sobre o fazer do médico residente.

Para mim, essa é a maior vantagem da avaliação 360 graus, eu passar esse retorno para o [médico] residente. [...] me dá muita segurança, não sou eu que estou julgando, que estou de maneira alguma determinando que aquilo é o certo. [...] tira um pouco peso da nossa avaliação pessoal e do nosso julgamento. (P1)

Nessa categoria, assume-se como limitação a ausência da percepção direta dos médicos residentes sobre seu processo de ensino e de aprendizado a partir da avaliação 360 graus, o que pode ser explorado em estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa mostraram que a avaliação 360 graus aplicada ao contexto da RMFC, no cenário da APS, possibilitou a inserção/valorização do controle social na formação profissional e mobilizou a ideia da participação popular no SUS. A autoavaliação precedida pelo *feedback* do preceptor estimulou a autocrítica, a autonomia com responsabilidade e a postura reflexiva do residente.

Foram apontados, pelos preceptores, desafios relacionados ao momento de realizar a avaliação do médico residente com os profissionais da equipe, por conta da rotina de trabalho de cada profissão na APS e na condução do *feedback*.

O estudo não teve a intenção de mostrar a avaliação 360 graus como uma possibilidade única de avaliação educacional, mas sim de trazê-la para a discussão no contexto

da formação da força de trabalho em saúde, compreendendo suas potencialidades e seus desafios. Destaca o potencial de processos avaliativos participativos e colaborativos, baseados na cultura do aprendizado e confirma a avaliação 360 graus como estratégia avaliativa efetiva na RMFC. Novas pesquisas são recomendadas envolvendo a percepção de residentes, profissionais da equipe e gestores sobre os efeitos da avaliação 360 graus na formação e no trabalho em saúde.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Mauro Sérgio Furtado de Souza concebeu o estudo e participou do levantamento, da análise e da interpretação dos dados, da redação do artigo, da revisão crítica do conteúdo intelectual importante, da revisão crítica da literatura e da aprovação da versão final do manuscrito.

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi concebeu o estudo, orientou a pesquisa e participou da análise e da interpretação dos dados, da redação do artigo, da revisão crítica do conteúdo intelectual importante, da revisão crítica da literatura e da aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

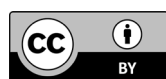
Os dados de pesquisa só estão disponíveis mediante solicitação.

REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Mendonça MHMD. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, organizador. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 493-545.
2. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção primária à saúde. Brasília: Opas; 2018.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):5-40. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5).
5. Lopes JMC, Dias LC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 1-10.
6. Rodrigues RDR, Anderson MIP. Complexidade e integralidade na medicina de família e comunidade e na atenção primária à saúde: aspectos teóricos. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 81-92.

7. Frenk J, Chen L, Chandran L, Groff EO, King R, Meleis A, et al. Challenges and opportunities for educating health professionals after the Covid-19 pandemic. *Lancet*. 2022;400(10362):1539-56. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02092-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02092-X).
8. Barr H. Competent to collaborate towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-7. doi: <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>.
9. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Competency framework for advancing collaboration. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2024.
11. Brasil. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
12. Brasil. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Brasília: Ministério da Educação; 2020.
13. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições. 22a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
14. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990 Sept;65(9):S63-7.
15. Méndez JMA. Avaliar a aprendizagem em um ensino centrado nas competências. In: Sacristán JG, Gomez AIP, Rodríguez JBM, Santomé JT, Rasco FA, Méndez JMA. Educar por competências: o que há de novo? Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 233-64.
16. Schuwirth L, Vleuten C. How to design a useful test: the principles of assessment. In: Swanwick T, Forrest K, O'Brien B, editors. Understanding medical education: evidence, theory, and practice. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2019. p. 277-90.
17. Brasil. Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. Diário Oficial; 2023.
18. Rodriguez EM. Melhorar o currículo por meio de sua avaliação. In: Sacristán JG, editor. Saberes e incertezas sobre o currículo. Porto Alegre: Penso; 2013. p. 525-34.
19. Daudt CVG, Pinto MEB, Lopes JMC. Avaliação do ensino de medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 461-73.
20. Ferreira IG, Almeida CS. Preceptoria médica: guia básico de ensino-aprendizagem. Porto Alegre: Editora da UFCSPA; 2022.
21. Holmboe ES, Lobst W. Accreditation Council for Graduate Medical Education: assessment guidebook. Chicago: ACGME; 2020.
22. Rodgers KG, Manifold C. 360-degree feedback: possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1300-4. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01591.x>.
23. Goldstein R, Zuckerman B. A perspective on 360-degree evaluations. *J Pediatr*. 2010 Jan;156(1):p1-2.e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.09.027>.
24. Björklund K, Stenfors T, Nilsson GH, Leanderson C. Multisource feedback in medical student's workplace learning in primary health care. *BMC Med Educ*. 2022;22:401. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03468-7>.
25. Brasil. Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília: Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos; 2011.
26. Chandler N, Henderson G, Park B, Byerley J, Brown WD, Steiner MJ. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. *J Grad Med Educ*. 2010 Sept;2(3):430-4. doi: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00013.1>.
27. Berger JS, Pan E, Thomas J. A randomized, controlled crossover study to discern the value of 360-degree versus traditional, faculty-only evaluation for performance improvement of anesthesiology residents. *J Educ Perioper Med*. 2009;11(2):E053.
28. Stark R, Korenstein D, Karani R. Impact of a 360-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feedback delivery. *J Gen Intern Med*. 2008 July;23(7):969-72. doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0586-0>.
29. Hageman MGJS. Do 360-degree feedback survey results relate to patient satisfaction measures? *Clin Orthop Relat Res*. 2015;473(5):1590-7. doi: <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3981-3>.
30. Cousar M, Huang J, Sebro R, Levin D, Prabhakar H. Too scared to teach? The unintended impact of 360-degree feedback on resident education. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2020;49(4):239-42.
31. Holm E, Holm K, Sørensen JL. 360-degree feedback for medical trainees. *Ugeskr Laeger*. 2014;176(49):V05140295.
32. Palmer R, Rayner H, Wall D. Multisource feedback: 360-degree assessment of professional skills of clinical directors. *Health Serv Manag Res*. 2007;20(3):183-8. doi: <https://doi.org/10.1258/095148407781395973>.
33. Whitehouse A, Hassel A, Bullock A, Wood L, Wall D. 360 degree assessment (multisource feedback) of UK trainee doctors: field testing of team assessment of behaviours (TAB). *Med Teach*. 2007;29(2-3):171-6. doi: <https://doi.org/10.1080/01421590701302951>.
34. Jani H, Narmawala W, Ganjawale J. Evaluation of competencies related to personal attributes of resident doctors by 360 degree. *J Clin Diagn Res*. 2017 June;11(6):JC09-JC11. doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25907.10027>.
35. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
36. Brasil. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Brasília: Comissão Nacional de Residência Médica; 2006.
37. Brasil. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Brasília: Ministério da Educação; 2015.
38. Brasil. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. Brasília: Comissão Nacional de Residência Médica; 2020.
39. Augusto DK. Residência em medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 447-53.
40. Sousa JC. Implementação da avaliação 360 do residente no programa de residência médica em cardiologia e clínica médica do Hospital Universitário Onofre Lopes [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
41. Fabrício TN, Almeida GA, Fabrício AC, Freitas MR, Vital AL Gonçalves AK. Experience of the 360-degree evaluation and feedback system among obstetrics and gynecology residents: a pilot study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Feb;152(2):264-66. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13368>.
42. Fernandes CR, Farias Filho A, Gomes JM, Pinto WA Filho, Cunha GK, Maia FL. Currículo baseado em competências na residência médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):129-36. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100018>.
43. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
44. Fontanella BJ, Luchesi BM, Saidel MG, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011 Feb;27(2):388-94. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020>.
45. Britten N. Entrevista qualitativa. In: Pope C, Nicholas M, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 23-32.
46. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

47. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.
48. Sacristán JG. O currículo: uma reflexão sobre a prática. 3a ed. Porto Alegre: Penso; 2020.
49. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
50. Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*. 1998 Nov;1(2):82-95. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x>.
51. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002 Jan 9;287(2):226-35. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>.
52. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):699-705. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>.
53. Oh J, Cho H, Kim YY, Park HJ, Kim HK. An integrative review on development of "Quality of care Through the patients' Eyes" (QUOTE) instruments. *J Nurs Care Qual*. 2015 Oct-Dec;30(4):E26-31. doi: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000127>.
54. McCormack J, Elwyn G. Shared decision is the only outcome that matters when it comes to evaluating evidence-based practice. *BMJ Evid Based Med*. 2018 Aug;23(4):137-9. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110922>.
55. Silva RP, Ribeiro VMB. Inovação curricular nos cursos de graduação em Medicina: o ensino da bioética como uma possibilidade. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):134-43. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100017>.
56. Brasil. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
57. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
58. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Cien Saude Colet*. 2002;7(3):537-47. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000300011>.
59. Busana JA, Heidemann ITS B, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2):442-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000702014>.
60. Zermiani TC, Freitas RS, Pessali HF, Ditterich RG. A participação dos conselhos locais de saúde na contratualização de metas na atenção primária à saúde: a experiência de Curitiba, PR. *Interações*. 2019;20(4):1115-26. doi: <https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1971>.
61. Brasil. 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*; 1990. p. 18056.
62. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial*; 1990.
63. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ*. 2010 Jan;44(1):64-74. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03530.x>.
64. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA*. 2006;26(2):86-92.
65. Costa RLS. Neurociência e aprendizagem. *Rev Bras Educ*. 2023;28:e280010. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782023280010>.
66. Reis CT. Cultura de segurança em organizações de saúde. In: Sousa P, organizador. *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. 2a ed. Rio de Janeiro: Cdead, Ensp, Fiocruz; 2019. p. 81-7.
67. Abib JAD. Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. *Psicol Reflex Crít*. 2001;14(1):107-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100009>.
68. Bernhart MH, Wiadnyana IG, Wihardjo H, Pohan I. Patient satisfaction in developing countries. *Soc Sci Med*. 1999 Apr;48(8):989-96. doi: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00376-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00376-1).
69. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet*. 2005;10(3):599-613. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300017>.
70. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
71. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide Nº. 39. *Med Teach*. 2016 July;38(7):656-68. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>.
72. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):24-32. doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100004>.
73. Gaion JPBF, Kishi RGB, Nordi ABA. Preceptoria na atenção primária durante as primeiras séries de um curso de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2022;46(3):e096. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210391>.
74. Donnon T, Ansari AA, Alawi SA, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med*. 2014 Mar;89(3):511-6. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000147>.
75. Archer JC. State of the science in health professional education: effective feedback. *Med Educ*. 2010 Jan;44(1):101-8. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x>.
76. Jug R, Jiang XS, Bean SM. Giving and receiving effective feedback: a review article and how-to guide. *Arch Pathol Lab Med*. 2019 Feb;143(2):244-50. doi: <https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0058-RA>.
77. Bing-You R, Varaklis K, Hayes V, Trowbridge R, Kemp H, McKelvy D. The feedback tango: an integrative review and analysis of the content of the teacher-learner feedback exchange. *Acad Med*. 2018 Apr;93(4):657-63. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001927>.
78. Souza CS, Iglesias AG, Pazin-Filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):284-92. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i3p284-292>.
79. Ribeiro PK, Firmo W da C, Sousa MH, Figueiredo IA, Pacheco MA. Os profissionais de saúde e a prática de preceptoria na atenção básica: assistência, formação e transformações possíveis. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:e21. doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.977>.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.