

Artigo Original

Implantação de um programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

L.E. DE A. TRONCON, J.F. DE C. FIGUEIREDO, M. DE L.V. RODRIGUES, L.C. PERES, A.R.L. CIANFLONE, C.E. PICINATO, M. DE F. A. COLARES

Trabalho realizado pelo Grupo de Avaliação da Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

RESUMO - Nos últimos cinco anos, um programa de avaliação final do desempenho dos graduandos vem sendo desenvolvido na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, visando colher dados sobre a eficácia do currículo médico.

OBJETIVO. Descrever as principais etapas de implantação deste programa, bem como as medidas tomadas para superar as dificuldades encontradas.

MÉTODOS. A avaliação consiste em uma prova de conhecimentos e em exames práticos de habilidades clínicas nas cinco áreas terminais do curso médico. As provas são elaboradas e aplicadas por docentes das áreas envolvidas sob a supervisão de um grupo coordenador supra-departamental, que avalia todo o programa. Os graduandos participam como voluntários e os resultados são utilizados somente para os fins institucionais propostos. A adesão dos graduandos foi registrada e as impressões dos docentes e dos graduandos sobre o programa foram colhidas por meio de questionários específicos.

RESULTADOS. Nos dois primeiros anos a adesão dos

graduandos à prova de conhecimentos foi superior a 85%, mas o percentual de inscrições nas provas práticas foi de apenas 55%. Além disso, do primeiro para o segundo ano, houve diminuição considerável do grau de empenho dos docentes envolvidos, obrigando medidas corretivas voltadas ao recrutamento dos graduandos, à participação docente e aos métodos de avaliação prática. Em consequência, houve aumento notável da adesão dos estudantes que atingiu mais de 90% nos anos seguintes. Houve, também, acréscimo considerável do empenho docente, o que garantiu adequado nível de qualidade à avaliação.

CONCLUSÃO. As medidas tomadas aumentaram a aceitação do programa e a qualidade das provas, permitindo que a avaliação do desempenho dos graduandos traga dados fidedignos sobre a eficácia do currículo.

UNITERMOS: Avaliação curricular. Avaliação de habilidades clínicas. Estudantes de Medicina. Educação médica. Ensino médico. Planejamento e Avaliação Educacional.

INTRODUÇÃO

A avaliação da eficácia do currículo de graduação constitui um procedimento pouco freqüente nas escolas médicas brasileiras e, quando realizada, baseia-se freqüentemente na percepção subjetiva dos alunos e professores¹. Além disso, a avaliação do desempenho clínico dos graduandos, que tem sido crescentemente apontada como um fator da maior importância na Educação Médica^{2,3}, não é uma prática rotineira no Brasil⁴. A progressão dos estudantes ao longo das diferentes etapas do curso médico depende, quase exclusivamente, do bom aproveitamento em provas voltadas para os aspectos cognitivos. A avaliação das habilidades clínicas propriamente ditas, quando efetuada, baseia-se, em grande parte, nas impressões subjetivas dos preceptores dos estágios do Internato e é freqüentemente desenvolvida de modo não-sistemático e sem definição de critérios objetivos.

Conseqüentemente, há uma escassez absoluta

de dados fundamentados sobre o padrão de desempenho clínico dos graduandos em Medicina no Brasil, o que dificulta sobremaneira a avaliação objetiva da eficácia geral do currículo.

Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FM-RP), as discussões que vieram a resultar em ampla reforma curricular; trouxeram, também, a recomendação de se introduzir um sistema permanente de avaliação curricular. A formação, no início de 1993, de um Grupo de Trabalho da Comissão de Graduação para implementar essa recomendação, seguiu-se da decisão de efetuar esta avaliação tendo como base o desempenho dos estudantes prestes a se graduarem. Deste modo, iniciou-se um esforço concentrado no sentido de criar condições objetivas para a realização desta avaliação, o que incluiu o recrutamento dos graduandos, a capacitação docente e a introdução de métodos mais objetivos de avaliação do desempenho clínico. O relato da experiência inicial da instituição com este tipo de trabalho foi apresentado anteriormente em publicação específica⁵.

Neste artigo apresenta-se uma descrição global das principais etapas deste trabalho, desde o seu início até o presente momento, com ênfase nas dificuldades e resistências encontradas, bem como nas medidas tomadas para superá-las. Pretendeu-se, ainda, dar uma idéia do estágio atual do processo e discutir as suas perspectivas futuras.

MÉTODOS

Características locais

A FMRP é a unidade mais antiga do campus da Universidade de São Paulo, localizado no interior do Estado. Essa escola médica admitia, até a implantação de recente reforma curricular, iniciada em 1992, 80 novos estudantes por ano e aproximadamente o mesmo número graduava-se ao final de cada ano.

O curso de medicina é desenvolvido em seis anos, divididos em um ciclo básico, um ciclo clínico e o Internato em cinco áreas terminais: Clínica Médica, Pediatria e Puericultura, Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetricia e Medicina Comunitária e Social.

Uma característica peculiar da instituição é o fato de que mais de 80% do corpo docente, incluindo os professores dos departamentos clínicos, trabalha em regime de tempo integral e dedicação exclusiva à docência e à pesquisa. A grande maioria destes docentes é detentora de títulos de Mestrado e de Doutorado. Por outro lado, o interesse geral no ensino médico de graduação pode ser considerado como relativamente baixo, o que é indicado pelo fato da escola não possuir um setor de Educação Médica ou um programa regular de capacitação e atualização de seus docentes em temas educacionais.

A proposta original de avaliação

Definiu-se, inicialmente, que toda a avaliação teria como base o elenco dos Objetivos Terminais do curso de graduação em Medicina, definido pela instituição em 1987⁵. Para implementá-la, propôs-se, originalmente, um programa composto por duas etapas, sendo a primeira constituída por uma prova de conhecimentos com base em testes de múltipla escolha; a segunda etapa era integrada por uma série de exames práticos específicos, voltados para as habilidades clínicas, desenvolvidos com pacientes do Hospital das Clínicas da FMRP. Decidiu-se, desde o início, que a abrangência das provas cobriria somente as cinco áreas terminais do Internato na FMRP. Os cinco departamentos envolvidos indicaram, para trabalhar sob a coordenação do Grupo de Trabalho responsável pela implantação do programa, 22 docentes escolhidos entre os que exercem suas funções na Faculdade em regime de dedi-

Tabela 1 – Avaliação terminal de competências dos graduandos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Número de estudantes prestes a se graduar em cada ano (elegíveis para a avaliação de competências) e de membros do corpo docente participantes das atividades de avaliação no período de 1993 a 1996.

Anos	Graduandos	Docentes
1993	82	22
1994	80	27
1995	83	16
1996	84	18

cação integral à docência e à pesquisa. A esses docentes foi designada a tarefa de desenvolver e aplicar os exames. Os integrantes do Grupo de Trabalho e os docentes indicados pelos Departamentos cumpriram, nos primeiros meses de 1993, um amplo programa de capacitação que incluiu leituras selecionadas em ampla revisão da literatura internacional sobre avaliação do desempenho clínico, bem como seminários sobre aspectos gerais e específicos da avaliação educacional, conduzidos por especialistas da área de Educação. Ao término deste programa, foram desenvolvidas em forma definitiva as provas a serem aplicadas, incluindo mais de uma centena de testes de múltipla escolha e anteprojetos específicos para as provas práticas nas cinco áreas terminais já mencionadas.

Previu-se, inicialmente, aplicar as duas etapas de provas ao maior número possível dos 82 estudantes que deveriam graduar-se em 1993. Uma importante diretriz do programa era a de que as provas seriam aplicadas aos estudantes que decidissem inscrever-se voluntariamente para uma ou ambas as etapas da avaliação, com o compromisso de tratamento confidencial dos resultados e do seu emprego exclusivamente para os fins institucionais previstos. Ao mesmo tempo, desenvolveram-se, ao longo dos primeiros meses daquele ano, atividades dirigidas à informação e ao recrutamento dos estudantes⁵.

Receptividade dos estudantes e empenho dos docentes

O número de estudantes prestes a se graduar em cada ano e de docentes participantes das atividades de avaliação no período de 1993 a 1996 são apresentados na Tabela 1.

A aceitação por parte dos graduandos foi estimada pelos porcentuais de inscrições nas diferentes etapas da avaliação em cada ano. Além disso, procurou-se identificar fatores eventualmente responsáveis pela baixa receptividade dos estudantes à proposta de avaliação. Isso foi feito pela aplicação prévia, a cada um dos estudantes elegíveis, de um questionário sobre sua disposição em se inscrever

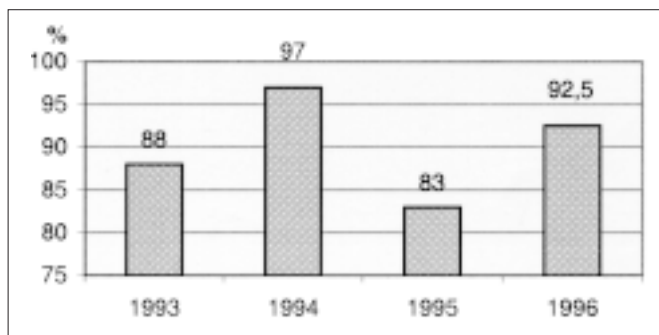


Fig. 1 - Porcentagem de adesão voluntária dos graduandos da FMRP à Prova de Conhecimentos *antes* (1993 e 1994) e *depois* (1995 e 1996) das medidas corretivas introduzidas pelo grupo coordenador da avaliação terminal.

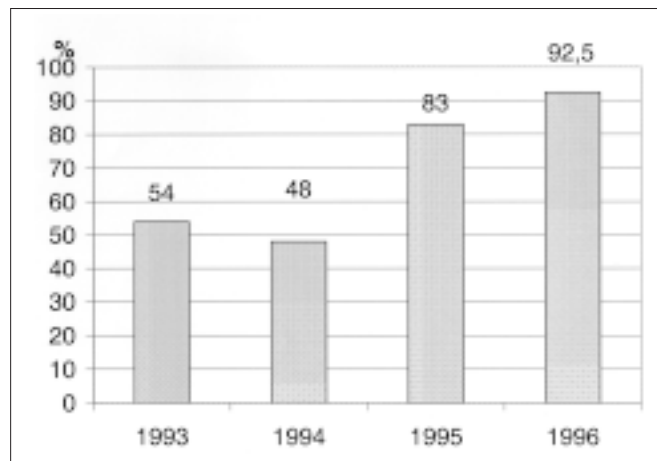


Fig. 2 - Porcentagem de adesão voluntária dos graduandos da FMRP às Provas de Práticas *antes* (1993 e 1994) e *depois* (1995 e 1996) das medidas corretivas introduzidas pelo grupo coordenador da avaliação terminal.

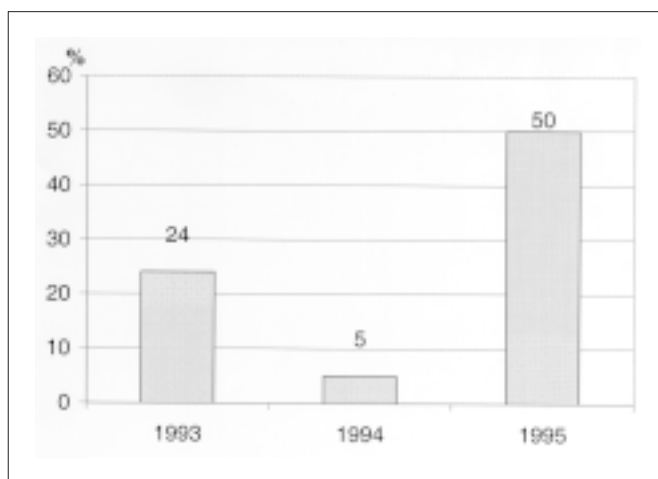


Fig. 3 - Porcentagem dos membros do corpo docente com escores elevados (4 e 5) em escala de 5 pontos de auto-avaliação do grau de empenho nas atividades de avaliação, *antes* (1993 e 1994) e *depois* (1995) das medidas corretivas intriduzidas pelo grupo coordenador da avaliação terminal.

e as razões explicativas de eventual recusa. Na análise deste instrumento, foi dedicada atenção especial às respostas daqueles que não se inscreveram para as provas práticas.

O empenho dos docentes participantes do processo de avaliação foi estimado mediante a aplicação, ao final de cada ano, de uma escala de analogia visual de cinco pontos (variando de 1 - mínimo a 5 - máximo) voltada para a auto-avaliação do grau individual de envolvimento. Procurando identificar fatores eventualmente limitantes de maior envolvimento docente, todos os professores foram convidados a responder, junto com a aplicação da escala, a um questionário contendo itens relativos a fatores restritivos de maior empenho nas atividades de avaliação.

Determinação de dificuldades e indicação de medidas corretivas

A análise da receptividade dos graduandos e do

grau de envolvimento dos docentes nos dois primeiros anos de implantação do programa permitiram identificar algumas dificuldades e a tomada de medidas específicas para superá-las. Essas medidas foram efetivamente implementadas em 1995 e mantidas em 1996. Além disso, o Grupo de Trabalho coordenador do projeto de avaliação vem acompanhando cuidadosamente o desenvolvimento do mesmo, o que vem trazendo subsídios constantes para o seu aperfeiçoamento.

RESULTADOS

Receptividade dos estudantes

O percentual de adesão voluntária dos estudantes às etapas de avaliação de conhecimentos e de habilidades clínicas práticas nos quatro primeiros anos de implantação do projeto são mostrados nas Figuras 1 e 2, respectivamente.

No primeiro ano de instalação do projeto, mais de 85% dos estudantes concordaram em inscrever-se para a prova de conhecimentos, porém pouco mais de 50% deles apresentaram-se como voluntários para as provas práticas. No segundo ano, houve aumento da adesão à prova de conhecimentos, que se acompanhou de diminuição do percentual de estudantes que se inscreveram para as provas práticas.

O Quadro 1 apresenta as principais razões explicadas pelos estudantes para não se inscreverem para as provas práticas. A discordância em relação à modalidade somativa, com preferência por formas de avaliação contínua de cunho formativo, foi o fator mais freqüentemente apontado. Além disso, uma fração expressiva dos estudantes que não se inscreveram para as provas práticas, assinalou como razão explicativa deste comportamento, o

Quadro 1 – Principais fatores identificados como restritivos de maior adesão dos graduandos às provas práticas da avaliação terminal de competências.

- Preferência por modalidades formativas, em vez de avaliação somativa;
- Discordância quanto à abordagem e aos métodos de exames propostos;
- Temor de que um desempenho negativo pudesse trazer dificuldades futuras no acesso à Residência Médica;
- Insatisfação geral com o curso médico.

Quadro 2 – Principais fatores indicados pelos docentes com limitantes ao maior envolvimento nas atividades do programa de avaliação terminal.

- Falta de tempo;
- Sobrecarga de atividades de ensino, pesquisa e assistência médica;
- Impressão de que as atividades educacionais são pouco valorizadas;
- Insegurança quanto à sua atuação como avaliador;
- Discordância quanto à abordagem e aos métodos de exames propostos.

temor de desempenho negativo, cuja detecção pudesse trazer conseqüências futuras em sua progressão na formação profissional.

Comportamento do corpo docente

O empenho inicial dos docentes foi considerado satisfatório, uma vez que cerca de 70% dos membros individuais tiveram escores iguais ou superiores a 3 na escala de empenho. No entanto, a proporção dos docentes com escores 4 e 5, indicativos de maior empenho, não foi muito grande e sofreu, ademais, decréscimo marcante do primeiro para o segundo ano, como mostra a Figura 3.

A aplicação do questionário destinado a identificar fatores limitantes indicou que mais de 80% dos docentes reconhecia a falta de tempo, decorrente do acúmulo de atividades de ensino, pesquisa e de assistência médica, como impeditivas de maior envolvimento nas atividades do programa de avaliação terminal. Esta e outras razões, que foram reconhecidas pelos docentes como limitantes, são apresentadas no Quadro 2.

Desenvolvimento das provas na etapa inicial

No final do ano de 1993, algumas semanas antes do término do curso médico, os estudantes inscritos foram submetidos às duas etapas das provas previstas. A prova de Conhecimentos constou de 109 testes de múltipla escolha abrangendo conteúdos das disciplinas das cinco áreas envolvidas. As provas Práticas foram realizadas em todas as cinco áreas, sendo que os Departamentos de Clínica Médica e de Medicina Social decidiram efetuar avaliação conjunta. Nessas duas áreas, bem como na de Ginecologia e Obstetrícia, optou-se por avaliar os alunos durante consultas ambulatoriais rotineiras. O mesmo foi feito pela área de Pediatria que, no entanto, ao invés de empregar avaliadores observando as consultas, optou por gravação em fita de vídeo, para posterior análise do desempenho dos graduandos. Na área de Cirurgia, foram realizadas provas específicas nas modalidades “caso longo” e “casos curtos”⁶, com pacientes internados em En-

fermarias. Nessa área, as provas descritas foram complementadas por avaliação específica de habilidades cirúrgicas necessárias em procedimentos de pequena monta, como suturas, dissecação de veias periféricas e introdução de sondas, feitos em animais anestesiados no Laboratório de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental. Um relato detalhado de todas as provas foi apresentado em publicação específica⁵.

Em 1994, realizou-se, pela segunda vez, a prova de Conhecimentos nos mesmos moldes do ano anterior. No entanto, o baixo grau de adesão dos graduandos, aliado à redução do empenho do corpo docente, inviabilizou a realização das provas Práticas. Estas foram efetivamente cumpridas em apenas duas das cinco áreas, com número muito pequeno de estudantes.

Impressões do Grupo Coordenador

O acompanhamento da aplicação das provas práticas nos dois primeiros anos pelos integrantes do Grupo de Trabalho coordenador do programa, permitiu detectar um número variado de imperfeições. Isso gerou impressão da necessidade de melhora da qualidade geral das mesmas. Percebeu-se alto grau de heterogeneidade entre as diferentes áreas nos protocolos de observação e no grau de adequação dos casos selecionados. Houve, ainda, falta de uniformidade em muitas das variáveis atinentes às provas, como o tempo concedido aos graduandos em cada situação de avaliação ou o grau de participação do examinador na referida situação. Ademais, constatou-se que proporção considerável das habilidades que deveriam ser avaliadas não as foram, em função da falta de condições práticas apropriadas.

Medidas corretivas

A constatação das dificuldades mencionadas levou o Grupo Coordenador a repensar a proposta original de avaliação, com intenção de tomar medidas corretivas. Os fatores possivelmente responsáveis pelas respostas dos estudantes e dos membros do corpo docente foram levados em consideração para a definição de várias medidas, que foram

Quadro 3 – Sumário do conteúdo das 10 estações constantes do módulo de Habilidades Clínicas, integrante das Provas Práticas em 1995 e 1996.

- Tomada de história clínica de adulto;
- Orientação a mãe de lactente com erro alimentar;
- Realização de teste de gravidez na urina e orientação a paciente sobre o resultado e medidas futuras;
- Interpretação de quadro clínico, foto de otoscopia e radiografias do tórax em criança com infecção respiratória;
- Exame físico geral em criança desnutrida;
- Exame do precórdio em adulto normal com palpitação;
- Exame do baço em paciente com equistossomose;
- Interpretação de diapositivos de alterações do exame abdominal e ginecológico (diagnóstico de inspeção em ginecologia e obstetrícia);
- Tomada de história clínica de mãe de criança com possível deficiência do desenvolvimento neuro-psico-motor;
- Interpretação de radiografia do tórax e de eletrocardiograma de adulto com dor torácica.

efetivamente implementadas a partir de 1995. Essas medidas constaram de mudanças:

1. No modo de inscrição dos estudantes voluntários às provas; ao invés de ter a possibilidade de opção por uma ou por ambas as etapas, os estudantes passaram a ter que se inscrever para toda a avaliação. Passaram, portanto, a ter que se submeter, necessariamente, à etapa de provas Práticas para terem a oportunidade de fazer a prova de Conhecimentos;
2. No modo de indicação dos membros do corpo docente encarregados das provas; ao invés de solicitar aos Departamentos, anualmente, a indicação de nomes, optou-se por convidar docentes com interesse, capacitação e disponibilidade para se envolverem ativamente no programa. Optou-se, portanto, em compor um elenco permanente de profissionais com as características adequadas ao trabalho necessário;
3. Na abrangência das provas Práticas; ao invés de efetuar as provas setoriais em cada uma das cinco áreas envolvidas, optou-se por realizar um conjunto menor de provas gerais. Estas, preparadas e conduzidas com maior participação dos integrantes do Grupo de Trabalho coordenador do programa, passaram a incluir uma mistura de conhecimentos, habilidades e atitudes próprias das cinco áreas de abrangência da avaliação;
4. Nos métodos aplicados na realização das provas; ao invés de realizar as provas com métodos tradicionais de exame do desempenho clínico^{5,6}, passou-se a empregar métodos mais modernos e objetivos⁷, dotados, presumivelmente, de maior validade e fidedignidade⁸.

Mudanças observadas

Em resposta à implementação das mudanças propostas, houve um aumento considerável no

percentual de estudantes participantes da avaliação, como mostram as Figuras 1 e 2. O exame conjunto destas duas figuras permite concluir que a mudança na sistemática de voluntariado dos graduandos trouxe um aumento marcante na proporção de estudantes disponíveis para a aplicação das provas Práticas, sem que tenha havido queda significativa na proporção de graduandos disponíveis para a prova de Conhecimentos.

A Figura 3 mostra que, no ano seguinte à aplicação das medidas corretivas acima descritas, a proporção de membros do corpo docente com escore indicativos de maior envolvimento foi, também, consideravelmente mais alta que nos dois primeiros anos.

Desenvolvimento das provas na etapa atual

A superação das resistências dos graduandos ao voluntariado para as provas Práticas e a possibilidade de constituição de um grupo mais coeso de docentes, com características mais propícias a um maior envolvimento no programa de avaliação, permitiram a adoção de um novo formato para as provas. Nos anos de 1995 e 1996 foi possível configurar três módulos de provas, destinados, respectivamente, à avaliação de: a) Habilidades Clínicas; b) Habilidades Psicomotoras para a Realização de Procedimentos, e c) Habilidades Cognitivas Especiais. A prova de Conhecimentos foi realizada nos moldes idênticos ao adotado na etapa inicial.

A prova de Conhecimentos vem sendo aplicada a todos os graduandos que se inscrevem como voluntários à avaliação. Para cada um dos três módulos de provas práticas, designam-se, por sorteio, grupos de 18 a 20 alunos.

Os dois primeiros módulos das provas práticas vêm sendo desenvolvidos pela técnica de “exame clínico objetivo estruturado por estações^{9,10}”. As habilidades clínicas vêm sendo avaliadas em uma sequência de 10 estações integradas por elenco de “pacientes padronizados”, que inclui pacientes reais, adultos e crianças, bem como pacientes simulados. Um sumário das tarefas propostas aos graduandos neste módulo está apresentado no Quadro 3.

As habilidades psicomotoras vêm sendo avaliadas em sequência de seis estações integradas por manequins e por animal anestesiado, nas quais solicita-se o cumprimento das tarefas apresentadas no Quadro 4. As habilidades cognitivas especiais foram avaliadas por modificação da técnica denominada de *patient management problem*¹¹. Nesta prova, apresenta-se um problema clínico, cujo desdobramento oferece a oportunidade de solicitar tarefas e tomadas de decisão variadas, conforme sumariado no Quadro 5.

Quadro 4 – Sumário do conteúdo das 6 estações constantes do módulo de Habilidade Psicomotoras para a Realização de Procedimentos, integrante das Provas Práticas em 1995 e 1996.

- Trauma torácico (acesso à veia periférica e punção do tórax)
- Recepção a recém-nascido;
- Parada cardiorrespiratória (manobras de ressuscitação);
- Parada respiratória (intubação oro-traqueal e assistência ventilatória);
- Condução de parto normal e dequitação;
- Exame ginecológico e colheita de material cervical.

Quadro 5 – Sumário do conteúdo das etapas constantes da Prova de Habilidades Cognitivas Especiais, integrantes das Provas Práticas em 1995 e 1996.

- Análise da relevância de dados da história clínica;
- Análise da relevância de dados do exame físico;
- Proposição de hipóteses diagnósticas;
- Realização de prescrição médica de admissão hospitalar;
- Indicação de exames complementares;
- Interpretação de exames laboratoriais;
- Interpretação de radiografias e eletrocardiograma;
- Revisão de hipóteses diagnósticas;
- Manejo de intercorrência;
- Análise de problema ético e médico legal;
- Preenchimento de atestado de óbito;
- Comunicação escrita: redação de ensaio curto.

DISCUSSÃO

A presente proposta de avaliação do currículo do curso médico, por meio da aferição do desempenho dos estudantes em vias de se graduar, além de original em nosso meio, constituiu-se, também, em uma oportunidade valiosa para observar alguns pontos relativos à atitude de estudantes e professores frente à avaliação educacional.

Com relação aos graduandos, notou-se, desde o início, franca aceitação da prova de Conhecimentos; no entanto, as observações efetuadas ao longo dos dois primeiros anos sugeriram que uma proporção considerável dos estudantes relutava em submeter-se à provas práticas, que parece ser vista por eles como uma experiência ameaçadora. Isso não é surpreendente, visto que a avaliação objetiva de habilidades clínicas psicomotoras e afetivas, ao nosso conhecimento, não é habitualmente conduzida em nenhuma escola médica do País. Ademais, é reconhecida a ausência no sistema de ensino superior brasileiro de uma “cultura de avaliação”¹² e tanto estudantes como professores tendem a considerar os procedimentos de avaliação como algo destinado a “punir alguns estudantes e a premiar outros”¹³.

Do mesmo modo, a aceitação pronta da prova de Conhecimentos baseada em testes de múltipla escolha pode ser explicada pelo fato de que, em todo o sistema educacional superior brasileiro, a avaliação

do estudante é fortemente orientada para os aspectos de retenção de conhecimentos factuais^{4,5,12}. Além disso, uma análise cuidadosa do contexto local do ensino médico permite emprestar importância a um elemento chave, a saber, o processo de seleção à Residência Médica, etapa seguinte, virtualmente obrigatória, da formação médica. É possível que este fator explique, em grande parte, a resposta dos graduandos às medidas corretivas tomadas em 1995, depois de constatadas as dificuldades para a implementação do programa.

A admissão à Residência Médica exige a aprovação em um concurso que consiste de uma etapa inicial, baseada em testes de múltipla escolha, seguida por entrevistas e análise do curriculum vitae dos candidatos. Esta fase é conduzida por docentes dos diferentes Departamentos. Desse modo, os graduandos aceitaram, em sua maioria, submeter-se à prova de Conhecimentos, que pode ter sido vista como uma “prévia” do concurso inicial de acesso à Residência. Do mesmo modo, os estudantes podem ter temido participar dos exames práticos porque as entrevistas da segunda fase do processo de seleção poderiam ser conduzidas por docentes que tivessem, eventualmente, testemunhado um desempenho insatisfatório.

Com as medidas corretivas tomadas em 1995, os graduandos tiveram que optar entre uma experiência potencialmente ameaçadora, a de se submeter às provas práticas, ou perder a oportunidade de se expor a uma situação potencialmente facilitadora do seu desempenho futuro na etapa inicial do acesso à Residência, submetendo-se à prova de Conhecimentos. Para neutralizar este dilema, algumas ações compensatórias foram, então, engendradas. De um lado, procurou-se minimizar parte dos temores dos graduandos, ao se optar por incluir como avaliadores docentes convidados pelo Grupo coordenador, e não professores indicados pelos Departamentos envolvidos. Por outro lado, procurou-se implantar, na execução das provas práticas, métodos mais modernos e objetivos e, especialmente, menos dependentes da influência dos avaliadores, na avaliação do desempenho prático. Isso veio oferecer a oportunidade de aplicar, em escala mais ampla, métodos mais modernos, objetivos e fidedignos de avaliação do desempenho clínico^{7,8,9,14}, o que foi, em grande parte, facilitado pela experiência prévia disponível na instituição com o método de “exame clínico objetivo estruturado”, com o emprego de pacientes padronizados^{10,11}.

Ainda que o envolvimento inicial do corpo docente tivesse sido considerado como satisfatório⁴, o prosseguimento do programa no ano seguinte veio associar-se à redução drástica do empenho indivi-

dual dos professores. A exploração deste ponto veio revelar um número de fatores limitantes à maior participação docente. É interessante mencionar que grande parte destes fatores são idênticos aos assinalados em um levantamento relativamente recente feito em grande número de escolas médicas da América do Norte¹⁵, no qual identificou-se a falta de tempo e/ou de interesse como um dos principais óbices à introdução de inovações nos procedimentos de avaliação.

A substituição do sistema de indicação departamental por convites a professores com reconhecido interesse, disposição e disponibilidade para participar de atividades mais genuinamente educacionais, resultou, como seria de se esperar, em aumento notável no grau de empenho individual médio e permitiu a superação das dificuldades relacionadas ao corpo docente. Adicionalmente, esta medida permitiu a formação de um núcleo supra-departamental de professores de área clínica com adequada capacitação no emprego de métodos mais modernos de avaliação objetiva do desempenho clínico.

Apesar da existência das inúmeras dificuldades ora relatadas, a implementação do programa de avaliação terminal do desempenho dos graduandos, como meio de estimar a eficácia do currículo do curso médico na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto foi factível e vem adquirindo o apoio de proporção substancial dos corpos discente e docente da instituição. A alta qualificação do corpo docente e, notadamente, o fato de que todos os professores envolvidos nas atividades de avaliação trabalharem na Faculdade em regime de tempo integral e dedicação exclusiva à docência e à pesquisa, foram, indubitavelmente, fatores essenciais para o sucesso obtido.

A aplicação das diferentes provas nos anos de 1995 e 1996 nos moldes pretendidos em amostras representativas do perfil do graduando da instituição, permitiu que se obtivessem dados indicativos do desempenho dos estudantes em uma variedade de habilidades e competências importantes para a formação médica básica. A análise destes dados tem possibilitado o delineamento de um conjunto de pontos positivos e negativos do currículo do curso médico da Faculdade. Assim, será possível, em futuro breve, dispor de elementos objetivos para nortear eventuais mudanças e ajustes curriculares e acompanhar, nos anos subseqüentes, a eficiência das mudanças eventualmente introduzidas. Nesse sentido, um objetivo importante a ser preenchido pelo programa é a futura comparação do desempenho dos graduandos formados na antiga estrutura curricular com o daqueles formados a partir de 1998, que terão

a sua formação baseada no novo currículo da FMRP, implantado a partir de 1993.

Não é demais ressaltar que as informações obtidas na avaliação terminal referem-se não só ao domínio cognitivo, mas também às esferas das habilidades clínicas mais gerais, incluindo as de natureza psicomotora e afetiva.

Não obstante, reconhece-se a necessidade da introdução de mudanças contínuas no programa de avaliação, visando o seu aperfeiçoamento global. Em especial, pretende-se ampliar o leque de habilidades e competências avaliadas, com a introdução nas diferentes provas de estações e etapas adicionais com situações representativas da prática médica cotidiana de nosso meio. Pretende-se, adicionalmente, introduzir, a partir de 1997, um método específico para a avaliação de atitudes, crenças e opiniões dos graduandos frente os diferentes aspectos relevantes do exercício da profissão médica¹⁶.

Ao longo da aplicação das provas, foi possível notar a necessidade de fornecer, diretamente aos graduandos avaliados, informações imediatas sobre o seu desempenho. Isto vai possibilitar revestir a avaliação somativa de um caráter mais formativo, contribuindo, assim, diretamente, para a formação dos estudantes.

Por fim, a introdução do programa tem ensejado, no interior da instituição, discussões vivas sobre a necessidade de aperfeiçoamento dos meios atualmente existentes de monitorização da qualidade do "produto" formado. Isto é justificado pela inexistência, no Estado e no País, de um sistema de verificação formal de competência médica, antes da autorização para exercício profissional pelas instâncias competentes. Desse modo, a proteção da sociedade contra médicos inadequadamente habilitados¹⁷ recai sobre as instituições formadoras e, em especial, sobre as escolas médicas.

Em conclusão, a introdução de um programa de avaliação mais objetiva do desempenho clínico dos graduandos em medicina da nossa instituição, possibilitou o reconhecimento de diferentes padrões de atitudes de professores e de alunos frente à avaliação educacional. Esses padrões representaram dificuldades para a implementação do programa, que foram superadas com a tomada de medidas corretivas apropriadas. Em particular, a introdução de métodos de maior validade e fidedignidade, concorreu para consolidar a aceitação do programa entre estudantes e professores. Conseqüentemente, a avaliação da eficácia do currículo do curso médico por meio do exame do desempenho clínico dos graduandos em Medicina passou a ser considerada como uma proposta realista e factível.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos Professores Doutores Lisete Diniz Ribas Casagrande (Área de Educação, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) e Heraldo Marelím Vianna (Fundação Carlos Chagas, São Paulo) pela assessoria prestada na fase inicial do projeto. Agradecem, também, aos Professores Doutores Eduardo Marcondes e Ernesto Lima Gonçalves (CEDEM - FMUSP), pela contribuição dada ao programa.

SUMMARY

Summative assessment of medical student clinical performance for evaluation of curriculum efficacy.

PURPOSE. To describe the main steps in the implementation of such assessment, as well as to present the measures taken in order to overcome the difficulties that have been found.

METHODS. The proposed two-step assessment consists of a test of cognitive aspects based on Multiple Choice Questions (MCQ) and practical exams of clinical skills in each of 5 terminal areas. Students enrolled as volunteer for either step or both. The examinations were developed and carried out by faculty members nominated by the involved Departments under the supervision of an institutional work group. The rates of student enrollment for the summative assessment has been recorded and the responses of both students and faculty members were evaluated by means of specific questionnaires.

RESULTS. In the first two years, adhesion of students to the MCQ test was consistently high, but volunteering to the practical exams was persistently low. Moreover, there was a sharp decrease in faculty involvement, from the first to the second year. To overcome these difficulties, a number of measures were implemented aiming at increasing student adhesion and faculty involvement, as well as to improve assessment methods. As a consequence, a remarkable increase in both student adhesion and faculty involvement was recorded.

CONCLUSION. The measures taken resulted in sharp increases in both acceptance of the proposed assessment and the quality of the examination methods, which have allowed a more reliable characterization of the strengths and weaknesses of the local curriculum. [Rev Ass Med Brasil 1999; 45(3): 217-24.]

KEY WORDS: Assessment, performance-based. Assessment of students. Assessment, clinical skills. Curriculum evaluation. Undergraduate studies. Medical Education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Soares EC, Gualberto IC. Avaliação - Para que ? *Revista Brasileira de Educação Médica* 1990; 14: 11-16.
- Lowry S. Assessment of students. *British Medical Journal* 1993; 306: 51-54.
- Mulholland H and Tombleson PMJ (1990). Assessment of the general practitioner. *British Journal of General Practice* 40, 252 -254.
- Troncon LEA, Rodrigues MLV, Picinato CE, Cianflone ARL. Responses of students and faculty members to changes in assessment in a Brazilian medical school. In Rothman AI, Cohen R, editors. Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education, Toronto, University of Toronto Bookstore Custom Publishing Co., 1995; 120-122.
- Troncon LEA, Cianflone ARL, Rodrigues MLV, Picinato CE, Peres LC, Figueiredo JFC. *Avaliação terminal de competências clínicas dos graduandos em Medicina: relato da experiência inicial da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 118 páginas, 1996.
- Stokes J. *The clinical examination: assessment of clinical skills*. Medical Education Booklet Number 2. Association for the Study of Medical Education, Dundee, 1974.
- Van Der Vleuten C, Newble DI. How can we test clinical reasoning. *Lancet*, 1995. 345: 1032-1034.
- Van Der Vleuten CPM, Swanson DB. *Assessment of clinical skills with standardized patients: State of the art*. Teaching and Learning in Medicine 1990; 2: 58-76.
- Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education* 1979; 13: 39-45.
- Troncon LEA, Foss NT, Voltarelli JC, Dantas RO. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de paciente padronizados: descrição de dois métodos (Parte I). *Rev Bras Educ Med*, 1996. 20:45 - 52.
- Harden RM. *Preparation and presentation of patient-management problems (PMPs)*. Medical Education Booklet Number 17. Association for the Study of Medical Education, Dundee, 1983.
- Vianna HM (1992). Avaliação Educacional nos "Cadernos de Pesquisa". *Cadernos de Pesquisa* São Paulo 80, 100 - 105.
- Krasilchik M (1992). Avaliação do Ensino. Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo - *Documentos Especiais* 4, 6 - 11.
- Troncon LEA, Foss NT, Voltarelli JC, Dantas RO. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: uma aplicação no Brasil (Parte II). *Rev Bras Educ Med*, 1996. 20: 53 - 60.
- Swanson AG Brownell-Anderson M. *Educating medical students*. Academic Medicine (June Supplement) 1993; S7-S46.
- Gronlund WE. *Measurement and evaluation in teaching*. New York, McMillan Publishing Co., 1985.
- McMannus IC. Examining the educated and the trained. *Lancet* 1995; 345: 1151-1153.