



A avaliação das aptidões clínicas – podemos melhorá-la?

ISABEL SANTOS*

RESUMO

A autora analisa o processo tradicional de avaliação de aptidões clínicas e defende que este é inadequado e tem limitações. Como exemplo, centra-se na avaliação final dos internatos, em particular no de Clínica Geral, e dá sugestões para que o processo de avaliação final possa ser alterado.

ABSTRACT

The traditional process of clinical skills assessment at the end of training is reviewed by the author that states the limitations of this process and its inadequacies. As an example of this situation the author looks into the summative assessment of General Practice Vocational Training and makes suggestions for change.

«Modificar o programa ou as técnicas de ensino sem mudar o sistema de avaliação tem 100% de probabilidade de não nos levar a lado nenhum. Mudar o sistema de avaliação sem modificar o programa de ensino tem muito maior repercussão sobre a natureza e a qualidade da aprendizagem que modificar o programa sem tocar nos exames.»

G.E. Miller¹

A avaliação, toda a avaliação, é uma actividade complexa. Entre outras razões, porque decorre de um processo onde se combinam operações de natureza subjectiva e interpretativa. É difícil ser-se um bom avaliador de jóias, um bom avaliador de propriedades e um bom avaliador de competências, mas todos estes exercícios de avaliação, em geral, não são contestados quanto à sua necessidade ou quanto à sua legitimidade e viabilidade². No entanto, o

mesmo não se dirá relativamente à sua racionalidade e eficiência.

Do pré-graduado ao pós-graduado, quer avaliadores quer avaliados manifestam, frequentemente, o seu descontentamento sem que as tradições se alterem. Os *curricula vitae* médicos são disso exemplo marcante. As centenas de horas despendidas por examinadores e candidatos na sua redacção e leitura crítica seriam, surpreendentemente todos concordam, melhor aplicadas noutras actividades. Há cerca de uma semana uma interna disse-me «Há três meses que estou sentada ao computador a escrever o meu relatório. Finalmente acabei. Agora posso estudar. Já tinha saudades».

O modelo de avaliação dos internatos, como refere Scriven³, parece ser um bebé não desejado de progenitores alegadamente incompatíveis, cujas famílias se opõem ao casamento. Ao parto difícil tem-se seguido uma infância perturbada, em que a criança exhibe numerosos distúrbios de personalidade apresentando

em consequência diversas dificuldades no seu crescimento. Recentemente, no XXIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, o Professor Germano de Sousa aludiu à necessidade de um exame único nacional a efectuar pela Ordem dos Médicos referindo não ser aceitável a continuação de um pseudo-exame em que o director do serviço domina o júri e a Ordem dá um colorido colocando três elementos que não têm força para serem ouvidos⁴. A OM também não está, ao que parece, contente.

Importância dada à avaliação

O Internato Complementar de Clínica Geral, via de acesso à obtenção do título de especialista em Medicina Geral e Familiar tem 22 anos de existência. Ao longo destes anos o seu programa e organização interna sofreram várias mudanças⁵ sem que nunca ocorresse qualquer avaliação. No entanto, ciclicamente, o internato, o seu programa e a sua organização são alvo de atenção por parte dos organismos representativos da Clínica Geral^{6,7}. Surpreendentemente, apesar de sabermos que a avaliação influencia a aprendizagem^{8,9}, o modelo actual nunca foi sujeito de nenhuma proposta de mudança. A importância dada à avaliação final do internato (processo de certificação) resume-se à discussão de quem deve avaliar e à sua transcrição quase em promenor no Diário da República¹⁰.

*Chefe de Serviço de Clínica Geral no CS Oeiras, Assistente Convidada da FCM-UNL, Membro da ADSO

Deve um sistema de avaliação sumativa ser descrito ao pormenor no D.R.? Se sim, isso implica, na maioria das vezes, que um sistema se mantenha *sine die* sem que possa ser ajustado ou melhorado. A nossa desconfiança crónica em relação a tudo e a todos leva-nos a viver com tensões, incongruências e inconsistências que poderiam ser reduzidas se fossemos mais determinados em definir o caminho que pretendemos seguir. A razão que muitas vezes encontro para este estado de coisas é o nosso gosto pela argumentação. Na nossa profissão temos diferentes instituições que nos representam, umas de carácter político e outras de carácter mais técnico-científico. As responsáveis pela vertente técnica e científica desconfiam das outras e vice-versa. Se em vez da desconfiança e da cultura da diferença defendêssemos a cooperação e o progresso podíamos, com mais dinamismo, atingir melhor qualidade com o sistema de certificação actualmente em vigor.

A avaliação formativa e sumativa

A profissão médica repousa numa competência tripla: o saber, o saber ser e o saber fazer. O saber compreende o domínio dos conhecimentos e da sua utilização para resolver problemas médicos, o saber ser expressa-se no comportamento com os utilizadores de cuidados de saúde e os seus profissionais e o saber fazer espelha a utilização eficaz de vários gestos técnico-profissionais.

Seja qual for a etapa do processo formativo, a avaliação tem como objectivo verificar a aquisição de competências ou a qualidade dos desempenhos. Verificar a aquisição de competências é o mesmo que verificar se os objectivos de formação foram atingidos. As finalidades da avaliação visam a motivação, a na-

tureza, a qualidade e o auto diagnóstico da aprendizagem, assim como permitem medir a eficácia, a qualidade do ensino e dos programas e proteger a sociedade dos elementos que lhe possam ser nocivos¹¹.

Para que os resultados obtidos numa avaliação sejam significativos é necessário dispor de instrumentos de medida, ou «testes», ou provas que respeitem as seguintes propriedades: validade, fidedignidade, comodidade. A validade mede o grau de precisão do que é suposto medir-se, a fiabilidade diz respeito à constância da medida obtida e à concordância entre julgamentos e a comodidade é determinada pelo tempo necessário à construção e execução da prova.

O modelo de avaliação nos internatos reúne duas vertentes de avaliação: a formativa e a classificativa. Qualquer um destes tipos de avaliação apresenta fragilidades. A avaliação formativa é muitas vezes influenciada pela envolvimento afectiva dos avaliadores, orientadores de um percurso formativo, podendo levar à aceitação complacente da mediocridade e a negligenciar a componente de juízo de qualidade. A avaliação classificativa atribui uma nota quantitativa, por oposição à avaliação qualitativa, tendo por base uma notação descritiva, que a nossa legislação actual não prevê. O legislador, ao optar por um sistema de avaliação quantitativa, privilegia a hierarquização dos candidatos em detrimento do seu agrupamento em classes (de A a E ou de 1 a 5) mas, paradoxalmente, para esta opção, não escolhe instrumentos de medição adequados.

O modelo de avaliação sumativa ou classificativa dos internatos tem por base a escala de 0 a 20. Quando olhamos para os modos de avaliação final legalmente previstos, dos quais

decorrem muitas das avaliações parcelares impostas aos internos, verificamos: 1) que a transferência da valorização atribuída às escalas qualitativas não permite o respeito pela escala métrica proposta; 2) que a existência de múltiplos e variáveis júris impossibilita o desenvolvimento de competências específicas e a sua profissionalização; 3) que o recurso tempo, mais de 2.670 horas/ano, consumido nesta actividade, é uma variável que evolui directamente com o número de sujeitos a avaliar; 4) que em todas as avaliações previstas os avaliadores são obrigados a fundir no mesmo acto mental o exercício da medida objectiva e a do juízo subjectivo.

A prova de conhecimentos

Quando sabemos da limitação, há muito descrita, das provas orais¹² perguntamo-nos porque razão nunca se introduziu uma prova escrita, seja ela de perguntas de resposta aberta e curta, de perguntas de escolha múltipla simples ou de problemas de resolução sequencial, casos clínicos com perguntas de escolha múltipla, etc... Se é verdade que o nosso sistema, ao dispor de 3 provas orais centradas em conteúdos diversos, permite a avaliação de diferentes elementos da competência clínica, entre eles da componente conhecimentos, também é verdade que a este sistema falta uma prova, de igual conteúdo para todos os candidatos, independente do seu contexto de aprendizagem, abrangente, e que permita aferir os níveis de conhecimentos de uma forma válida e fidedigna.

Na reunião de Orientadores que ocorreu durante o 20º Encontro Nacional foi expressa a preocupação com as disparidades das classificações no termo do internato, entre as diferentes zonas, mas a solução

apontada de «harmonizar as coordenações regionais de internato» é, quanto a este problema, parcialmente ineficaz, dada a pouca diferença que esta solução poderá trazer para o sistema de provas de avaliação final, em vigor.

A prova curricular

A prova curricular obriga o candidato a entregar ao júri, em tempo determinado, sete exemplares de um documento escrito, tradicionalmente longo (com uma dimensão média de 150 páginas A4, frequentemente acompanhado de um volume de anexos de igual tamanho). Não poderia o dinheiro e o tempo gastos pelo candidato e pelos júris ser melhor aplicado?

O documento sujeito a avaliação curricular é um misto de relatório de actividades de aprendizagem (*port-folio*) e de *curriculum vitae*. A lei diz que esta prova se destina a avaliar a trajectória profissional do candidato ao longo do processo formativo. O legislador revela uma enorme desconfiança relativamente ao sistema implementado. A trajectória formativa é em grande parte definida pelo programa do internato, sendo por isso, no nosso ponto de vista, uma condição indispensável de acesso a esta avaliação final. Assim, se a trajectória formativa já foi avaliada, o que importa aqui é avaliar os seus resultados em termos de competências finais.

Na avaliação curricular o D.R. determina que os aspectos a valorizar são, entre outros: a) descrição e análise da evolução da formação ao longo do internato; b) descrição e análise do contributo do trabalho do candidato para os serviços e funcionamento dos mesmos; c) frequência e classificação de cursos cujo programa de formação seja de interesse para a especialidade e que se en-

quadrem na fase de formação em que foram efectuados; d) publicação ou apresentação pública de trabalhos; e) trabalhos escritos e ou comunicados feitos no âmbito dos serviços e da especialidade; f) participação, dentro da área da especialização, na formação de outros profissionais.

Apesar dos esforços feitos pela Coordenação do Internato Complementar da Zona Sul na criação de referentes e de critérios de avaliação¹³ que possibilitassem uma uniformização nos procedimentos de avaliação, questionamo-nos sobre as competências que esta prova avalia. Num exame final do internato, a capacidade de relatar uma experiência de aprendizagem, dela salientando as informações e factos mais pertinentes, pode considerar-se um requisito mínimo nas aptidões clínicas do candidato? Não se estará a confundir o exame final do internato e a certificação com um concurso de provimento ou a candidatura a um emprego? Não é por acaso que os avaliadores, sentindo-se desconfortáveis, acabam por fazer desta prova uma segunda prova de avaliação de conhecimentos

Desconheço a existência noutros países deste instrumento de certificação. Apesar das limitações anteriormente descritas julgamos ser, ainda assim, possível minimizar os custos desta prova obtendo alguns benefícios.

O volume a apresentar pelos candidatos, designado por CV, poderia ser limitado na sua extensão. O número de páginas ou de caracteres, os quadros e figuras, como fazem as revistas científicas nas suas normas para publicação, poderiam ter um limite máximo. Por outro lado, se no essencial, se pretende ajuizar sobre o valor das experiências vividas durante os estágios (o que foi feito, como e porquê?) e a capacidade de re-

flexão sobre a prática e de auto-aprendizagem, porque não pedir aos candidatos indicadores precisos do seu desempenho para sobre eles os interrogar posteriormente?

Uma das dificuldades, e grande, desta prova, relaciona-se com o valor e cotação que lhe são atribuídos; a chamada nota de expectativa. Esta apreciação é frequentemente contextualizada e comparativa, ou seja, o júri aprecia se o candidato, para além do conjunto mínimo curricular pré-estabelecido, aproveitou todas as oportunidades de desenvolvimento pessoal que o local de treino lhe proporcionou e o que diferencia os *curricula* sob análise. Após esta leitura e apreciação crítica, o júri ainda entrevista o candidato para esclarecer dúvidas. Mesmo com o auxílio da docimologia esta dificuldade só é obviamente resolúvel mediante estratégias de concertação.

O relato-prova do trabalho clínico do interno

Os internos, candidatos a certificação, no geral fabricam o volume CV que lhes é solicitado, começando por referir as razões que os levaram a escolher a especialidade, o local onde nasceram, o n.º do bilhete de identidade, quem foi a sua professora de instrução primária e finalmente, depois de várias páginas dedicadas à escolaridade obrigatória e a outras informações irrelevantes, juntam uma súmula dos diversos relatórios que apresentaram no decurso do seu internato e que são prova do trabalho clínico efectuado.

Estes relatórios são documentos descritivos do treino do interno e como tal indispensáveis a qualquer programa de formação. Esta documentação é essencial para que se possa efectuar a avaliação curricular, a adequação do treino, e verificar se os internos estão aptos a «sair» do

internato. Ninguém se pode candidatar ao exame da carta de condução sem que previamente tenha efectuado x horas de treino durante o qual teve que arrumar o carro, fazer ultrapassagens, etc... Estes documentos, que consideramos imprescindíveis, precisam, no entanto, ser, também, repensados. Os suportes de informação para fazer prova deste treino não parecem actualmente satisfazer as necessidades. A maioria dos relatórios apresentados encerra dois problemas: 1) sub-notificação de actos clínicos e ocorrências com eles relacionados (problema mais comum); 2) sobre-notificação, intencional ou não;

A prova prática

A componente clínica é essencialmente avaliada nesta prova. Mas as componentes do desempenho e os critérios utilizados, por condicionamentos imposto pelo tipo de prova realizada, não respeitam as cinco grandes áreas tradicionalmente definidas¹⁴: 1) descobrir as razões que trazem o doente à consulta; 2) definir os problemas; 3) explicar os problemas ao paciente; 4) definir planos de actuação e gerir os problemas apresentados; 5) fazer uso judicioso do tempo de consulta.

Se meditarmos sobre alguns dos indicadores de bom desempenho para estas áreas vemos quão difícil é a sua aplicação no modelo actual:

O médico encoraja o doente a expressar os seus sentimentos e opiniões em momentos apropriados da consulta?

É obtida informação suficiente para que nenhuma situação grave seja omitida?

As investigações complementares solicitadas são capazes de confirmar ou excluir os diagnósticos presuntivos?

Os diagnósticos de trabalho ou

definitivos são clinicamente apropriados?

Os diagnósticos, o seguimento e os efeitos do tratamento são explicados ao doente?

O plano de seguimento é adequado aos problemas identificados?

O médico prescreve apropriadamente?

O médico faz uso judicioso do tempo disponível e sugere outra consulta se apropriado?

Os custos são justificáveis relativamente à contribuição dos resultados para a gestão do caso em presença?

O envolvimento de outros profissionais é apropriado?

A prova com doentes reais impõe diversas limitações, algumas das quais já anteriormente referidas, pelo que julgamos ser desejável pensar na sua substituição. A videogração de consultas poderá ser uma das soluções.

Conclusão

Na sequência do anteriormente referido julgamos importante: 1) alterar o actual sistema de classificação destas provas; 2) definir claramente quais as competências a avaliar e em função disso construir o tipo de exames que melhor as avaliem e que se adequem aos recursos disponíveis; 3) profissionalizar um corpo de examinadores que possa trabalhar e responsabilizar-se sobre este processo de certificação final do internato de Clínica Geral.

O que propomos atenua as dificuldades e as tensões inerentes aos processos de valorização e de decisão e desenha soluções que permitem compatibilizar objectividade, subjectividade, atitude de apoio e rigor.

Julgamos que algumas das medidas propostas nos podem ajudar a não sacrificar o essencial quando falamos de avaliação e a compreen-

der que o complexo equilíbrio que caracteriza todo o acto de avaliar é o preço daquilo a que chamamos objectividade e justiça.

Agradecimentos

Agradeço à Professora Elizabeth Webermann, ao Dr. Carlos Ceia, ao Dr. Luis Filipe Gomes e à Dr.^a Carmo Nunes a leitura crítica e os comentários que, em tempo útil, me permitiram corrigir este manuscrito.

Referências Bibliográficas

1. Guilbert JJ. Guide pédagogique pour les personnels de santé. 6^e éd. Genève: OMS; 1990.
2. Cardoso A. Objectividade e subjectividade na avaliação escolar. Leituras: revista da Biblioteca Nacional 1997 Out-Abr; (2): 57-64.
3. Scriven M. Evaluation as a discipline. Studies in educational education 1994; 20: 147-66.
4. Jorge A. Os exames actuais não avaliam a qualidade e não funcionam. Tempo Medicina 2003; Mar 17: 32-33.
5. Santos I, Jordão JG. O Internato Complementar de Clínica Geral – Situação Actual e Evolução. Revista de Educação Médica 1997 Jun;8(2):69-83
6. APMCG. Medicina Geral e Familiar: colapso ou ressurgimento? Lisboa: APMCG; 2002.
7. Colégio de Medicina Geral e Familiar. Um novo *curriculum* para uma nova especialidade. Lisboa: Ordem dos Médicos; 1995.
8. Marshall J. Assessment during Postgraduate Training. Acad Med 1993; 68(2): S23-S26.
9. Tomblinson P. Assessment of competence for entry to general practice – formative or summative? Br J Gen Pract 1993; 37: 183-4.
10. Portugal. Ministério da Saúde. Portaria nº 695/95, de 30 de Junho. Diário da República, I Série-B 1995; (149): 4201-13.
11. Harrouchi A. Guide de l'évaluation au cours des études médicales. Casablanca: Faculté de Médecine et de Pharmacie; 1987.
12. Neufeld VR, Geoffrey RN. Assessing Clinical Competence. New York: Springer; 1985.
13. CICCZS. Critérios para análise e discussão de curriculum vitae. Lisboa: CICCZS; 1995. Publicação mimeografada.
14. Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. Br J Gen Pract 1994; 44: 87-92.

Endereço para correspondência

Dr.^a Isabel Santos
Departamento de Clínica Geral
Faculdade de Ciências Médicas
Campo dos Mártires da Pátria, 130
1169-059 Lisboa.
E-mail: issantos.cligeral@fcm.unl.pt