

360°



Estratégias na avaliação do residente: experiências com *MultiSource feedback*

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos¹, Gustavo Salata Romão²

1. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil.

2. Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Como citar?

Barcelos ID, Romão GS. Estratégias na avaliação do residente: experiências com “*MultiSource feedback*”. *Femina*. 2021;49(3):152-5.

Autor correspondente:

Ionara Diniz Evangelista Santos Barcelos

Av. Tancredo Neves, 3.224, Santo Onofre, 85806-470, Cascavel, PR, Brasil.

ionarabarcelos@hotmail.com

AVALIAÇÃO DO MÉDICO-RESIDENTE: VISÃO GERAL

A avaliação e a manutenção de competências médicas têm ganhado atenção em todo o mundo, parcialmente em resposta a preocupações relativas à *performance* do médico⁽¹⁾ e à segurança do paciente,^(2,3) bem como a exigências de prestação de contas tanto para pacientes como para agências de fomento.^(4,5) Dessa forma, a visão de competência deslocou seu foco, que estava na habilidade de conduzir procedimentos específicos, para um quadro mais abrangente de avaliação da *performance* do médico.⁽⁶⁾

Segundo o *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, cada programa de residência deve permitir que o residente adquira competência nos seguintes domínios: habilidades interpessoais e de comunicação, avaliação de sistemas, conhecimento médico, cuidados com o paciente, aprendizado baseado na prática, profissionalismo, melhoramento de programa e prática inserida no sistema de saúde.⁽⁷⁾

A oportunidade de encontrar métodos válidos, confiáveis, viáveis e aceitáveis para a avaliação de competências na prática médica continuará indefinidamente. É pouco provável que uma única ferramenta seja encontrada para guiar na melhora médica ou para convencer agências de fomento de que médicos estão atingindo níveis satisfatórios de *performance*.

AVALIAÇÃO 360° COMO ESTRATÉGIA

A avaliação 360° ou *feedback* multifonte (“*multisource feedback*”) foi desenvolvida pela indústria para apoiar a tomada de decisões em relação aos funcionários e melhorias de qualidade.⁽⁸⁾ É reconhecida como uma ferramenta útil para avaliar competências de forma ampla e prática no ambiente profissional. A avaliação é baseada em um questionário aplicado aos pares, pacientes e colegas de trabalho e considera comportamentos específicos relacionados à *performance*. Embora tenha sido desenvolvido e utilizado largamente na indústria, recentemente esse método tem ganhado aceitação como ferramenta de melhoria de qualidade em sistemas de saúde.⁽⁵⁾ Algumas das características mais importantes da avaliação 360° são as seguintes:

- O avaliado deve ser envolvido na seleção dos avaliadores;
- Os avaliadores devem ser confiáveis e conhecedores do comportamento do avaliado;
- Os comportamentos e as evoluções avaliadas devem se relacionar apenas com as expectativas e tarefas de trabalhos atuais;
- Amostras moderadas de avaliadores (entre 4 e 12) devem ser utilizadas para preservar o anonimato e aumentar a confiabilidade;
- Uma escala comum deve ser preenchida por todos os avaliadores;
- Escalas do tipo Likert com 4 a 7, tais como “concordo fortemente – discordo fortemente” ou “sempre – nunca”, devem ser construídas de forma apropriada;
- As avaliações devem ser respondidas *on-line* em vez de ser impressas, com o objetivo de preservar o anonimato, melhorar a taxa de respostas e otimizar a qualidade e a quantidade de comentários;
- O *feedback* deve ser sensível, oportuno, presencial e regular;
- Melhoras de *performance* devem ser documentadas ao longo do tempo.⁽⁹⁾

A avaliação 360° tem sido utilizada para avaliar, de forma confiável, as habilidades de comunicação e profissionalismo de médicos e residentes em uma variedade de cenários médicos,⁽¹⁰⁻¹³⁾ tais como conselhos de acreditação médica, escolas médicas e hospitais, bem como para controle de qualidade e melhoras de serviço de saúde (Figura 1). Um dos objetivos é identificar médicos com *performance* abaixo do aceitável, iniciando-se com avaliação de estudantes de Medicina.⁽¹⁴⁾ Muitas dessas aplicações ocorreram nas últimas décadas e têm sido utilizadas em várias especialidades médicas, incluindo ginecologia e obstetria.^(9,15,16)



Fonte: Adaptada de Berk RA. Using the 360 degrees multisource feedback model to evaluate teaching and professionalism. *Med Teach*. 2009;31(12):1073-80.⁽⁹⁾

Figura 1. Avaliação 360°

VIABILIDADE, CONFIABILIDADE E VALIDADE DA AVALIAÇÃO 360°

Viabilidade

Em revisão sistemática realizada por Donnon *et al.*,⁽¹⁷⁾ cada um dos 42 estudos forneceu informações gerais sobre processo, administração e/ou viabilidade da avaliação MSF (do inglês, *MultiSource feedback*). Descreveu-se como avaliar resultados psicométricos, formas práticas e eficientes de conduzir a avaliação, bem como estratégias para a coleta de múltiplas medidas de *performance* na prática.⁽¹⁷⁾

Pesquisadores reconheceram que instrumentos de avaliação MSF são efetivos quando utilizados em triangulação com pacientes, pares e colegas da área médica associados à autoavaliação.⁽¹⁸⁾ Alguns autores acrescentam ainda que o *feedback* fornecido aos médicos com relação à sua *performance* em competências-chave tem o potencial de conduzir a mudanças e melhor adaptação à prática.⁽¹⁹⁾

Confiabilidade

Em geral, a avaliação de *performance* médica por meio de instrumentos de MSF requer no mínimo 8 colegas médicos (pares), 8 colegas de trabalho e 25 pacientes para que se atinjam coeficientes adequados de consistência interna e generalização ($\alpha \geq 0,90$ e $Ep2 \geq 0,80$, respectivamente, segundo revisão sistemática conduzi-

da por Donnon *et al.*, 2014).⁽¹⁷⁾ Embora vários processos tenham sido avaliados, cinco domínios principais foram identificados nos instrumentos: (1) profissionalismo; (2) competência clínica; (3) comunicação; (4) gestão; (5) relações interpessoais.

Validade

Critérios relacionados à validade foram evidenciados em alguns estudos em que se encontrou correlação positiva entre MSF e instrumentos e medidas (validade concorrente) e entre MSF e a classificação feita por outros instrumentos de avaliação/medidas (validade preditiva ou concorrente). Como reportado por Risucci *et al.* (1989),⁽¹⁵⁾ houve forte validade concorrente para questionários entre os pares em que a média de nota de supervisores e pares sobre os mesmos parâmetros de *performance* se correlacionaram ($r = 0,92$; $p < 0,001$).⁽¹⁷⁾

Em resumo, o sistema de avaliação 360°, em que vários avaliadores (pares, colegas de trabalho e pacientes) consideram vários domínios (clínicos e não clínicos), é confiável, válido e factível. Novas pesquisas devem focar em consolidar instrumentos de medidas de domínios de competências, entre e dentro das especialidades médicas, levando em conta questões ligadas à implementação do processo de avaliação 360° tanto em nível local quanto nacional.⁽¹⁷⁾

IMPACTO DA AVALIAÇÃO 360° SOBRE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO E PROFISSIONALISMO DO RESIDENTE

Mesmo que tenhamos métodos de avaliação inovadores, válidos e confiáveis, seu valor como ferramenta para melhora de *performance* não está bem estabelecido.

A avaliação 360° tem sido utilizada para avaliar, de forma confiável, as habilidades de comunicação e profissionalismo de médicos e residentes em uma variedade de cenários médicos



Para que sejam efetivos, esses métodos devem estimular o aprendizado, inspirar confiança e otimizar a habilidade do residente de automonitoramento.⁽²⁰⁾

Brinkman *et al.*⁽¹³⁾ realizaram um ensaio randomizado, controlado, com o objetivo de determinar se o uso de MSF com o objetivo de incrementar o *feedback*-padrão levaria à melhora nas habilidades de comunicação e profissionalismo de residentes de pediatria. Um grupo (n = 18) teve o *feedback* habitual, enquanto o outro foi exposto à avaliação MSF com avaliação pelas enfermeiras e pelos pais dos pacientes. Observou-se diferença significativa entre os grupos nos seguintes quesitos: comunicação efetiva com o paciente e a família (35%; intervalo de confiança de 95%: 11,0%-58,0%), pontualidade na conclusão de tarefas (30%; intervalo de confiança de 95%: 7,9%-53,0%) e demonstração de responsabilidade e de prestação de contas (26%; intervalo de confiança de 95%: 2,9%-49,0%). Nesse cenário, a intervenção de *feedback* multifonte afetou positivamente habilidades de comunicação e comportamento profissional entre os residentes de pediatria.⁽¹³⁾

DESAFIOS DA AVALIAÇÃO 360°: RESULTADOS ESPERADOS E NÃO ESPERADOS

Embora o *feedback* seja utilizado intencionalmente para melhora dos desdobramentos da avaliação, a relação entre *feedback* e resultados não é necessariamente linear, e o *feedback* nem sempre atinge as expectativas.⁽²¹⁾ Quase metade dos médicos que receberam *feedback* negativo não aceitou ou não utilizou as informações fornecidas pelo *feedback*. As informações utilizadas de forma mais consistente foram aquelas mais específicas, fornecidas pelo paciente, abordando habilidades de comunicação.

O *feedback* menos frequentemente utilizado abordava competências clínicas e foi fornecido por pares.⁽²¹⁾ Novas investigações serão necessárias para identificar a validade consequencial do método e, particularmente, para determinar métodos de avaliação justos e confiáveis, formatos de *feedback* construtivo e domínios de desempenho mais apropriados a serem avaliados por esse método.

Em suma, o MSF pode ser um método efetivo para conscientizar e deflagrar ações em resposta a uma necessidade identificada. Embora até o momento se observe grande aplicabilidade na avaliação formativa de habilidades de comunicação e profissionalismo, aspectos específicos ainda devem ser considerados.

REFERÊNCIAS

- Southgate L, Cox J, David T, Hatch D, Howes A, Johnson N, et al. The assessment of poorly performing doctors: the development of the assessment programmes for the General Medical Council's Performance Procedures. *Med Educ.* 2001;35 Suppl 1:2-8.
- Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, Hamilton JW. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1999;170(9):411-5. doi: 10.5694/j.1326-5377.1999.tb127814.x
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, Boyd D, Labrosse J, MacFadyen J. Skills for the new millennium: report of the Societal Needs Working Group, CanMEDS 2000 Project. *Ann R Coll Physicians Surg Can.* 1996;29(4):206-16.
- Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof.* 2003;23(1):4-12. doi: 10.1002/chp.1340230103
- Bandiera G, Sherbino J, Frank JR. *The CanMEDS Assessment Tool Handbook: an introductory guide to assessment methods for the CanMEDS competencies.* Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2006.
- Kang D, Siddiqui S, Weiss H, Sifri Z, Krishnaswami S, Nwomeh B, et al. Are we meeting ACGME core competencies? A systematic review of literature on international surgical rotations. *Am J Surg.* 2018;216(4):782-6. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.07.048
- Edwards MR, Ewen AJ. *360° feedback: the powerful new model for employee assessment & performance improvement.* New York: American Management Association; 1996.
- Berk RA. Using the 360 degrees multisource feedback model to evaluate teaching and professionalism. *Med Teach.* 2009;31(12):1073-80. doi: 10.3109/01421590802572775
- Ramsey PG, Wenrich MD, Carline JD, Inui TS, Larson EB, LoGerfo JP. Use of peer ratings to evaluate physician performance. *JAMA.* 1993;269(13):1655-60. doi: 10.1001/jama.1993.03500130069034
- Hall W, Violato C, Lewkonja R, Lockyer J, Fidler H, Toews J, et al. Assessment of physician performance in Alberta: the physician achievement review. *CMAJ.* 1999;161(1):52-7.
- Lipner RS, Blank LL, Leas BF, Fortna GS. The value of patient and peer ratings in recertification. *Acad Med.* 2002;77(10 Suppl):S64-6. doi: 10.1097/00001888-200210001-00021
- Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez Rey JA, Dewitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(1):44-9. doi: 10.1001/archpedi.161.1.44
- Tyler KM. Peer-level multiple source feedback for fitness to practice. *Med Educ.* 2006;40(5):482-3. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02430.x
- Risucci DA, Tortolani AJ, Ward RJ. Ratings of surgical residents by self, supervisors and peers. *Surg Gynecol Obstet.* 1989;169(6):519-26.
- Davis JD. Comparison of faculty, peer, self, and nurse assessment of obstetrics and gynecology residents. *Obstet Gynecol.* 2002;99(4):647-51. doi: 10.1016/s0029-7844(02)01658-7
- Donnon T, Al Ansari A, Al Alawi S, Violato C. The reliability, validity, and feasibility of multisource feedback physician assessment: a systematic review. *Acad Med.* 2014;89(3):511-6. doi: 10.1097/ACM.0000000000000147
- Violato C, Marini A, Towes J, Lockyer J, Fidler H. Feasibility and psychometric properties of using peers, consulting physicians, co-workers, and patients to assess physicians. *Acad Med.* 1997;72(10 Suppl 1):S82-4. doi: 10.1097/00001888-199710001-00028
- Violato C, Lockyer J, Fidler H. Multisource feedback: a method of assessing surgical practice. *BMJ.* 2003;326(7388):546-8. doi: 10.1136/bmj.326.7388.546
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226
- Sargeant J, Mann K, Sinclair D, van der Vleuten C, Metsemakers J. Challenges in multisource feedback: intended and unintended outcomes. *Med Educ.* 2007;41(6):583-91. doi: 10.1111/j.1365-2923.2007.02769.x