

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DOUTORADO EM ENSINO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

MARLENE HARGER ZIMMERMANN

AVALIAÇÃO CLÍNICA OBJETIVA ESTRUTURADA (OSCE) COM
***FEEDBACK* EFETIVO E VÍDEO *FEEDBACK*: SUA INTERFACE NO**
ENSINO E NA APRENDIZAGEM

TESE

PONTA GROSSA

2019

MARLENE HARGER ZIMMERMANN

**AVALIAÇÃO CLÍNICA OBJETIVA ESTRUTURADA (OSCE) COM
FEEDBACK EFETIVO E VÍDEO *FEEDBACK*: SUA INTERFACE NO
ENSINO E NA APRENDIZAGEM**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ensino de Ciência e Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - Câmpus Ponta Grossa

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Zanetti Gomes

PONTA GROSSA

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Departamento de Biblioteca
da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Ponta Grossa
n.48/19

Z75 Zimmermann, Marlene Harger

Avaliação Clínica Objetiva Estruturada (OSCE) com feedback efetivo e vídeo feedback: sua interface no ensino e na aprendizagem. / Marlene Harger Zimmermann. 2019.

362 f.; il. 30 cm

Orientadora: Profª. Drª. Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Zanetti Gomes

Tese (Doutorado em Ensino de Ciência e Tecnologia) - Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2019.

1. Enfermagem - Estudo e ensino. 2. Cuidados médicos - Avaliação. 3. Educação sanitária. 4. Aprendizagem. 5. Vídeo interativo. I. Silveira, Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto. II. Gomes, Ricardo Zanetti. III. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 507



Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Campus de Ponta Grossa
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO
DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Título de Tese Nº 20/2019

AVALIAÇÃO CLÍNICA OBJETIVA ESTRUTURADA (OSCE) COM FEEDBACK EFETIVO E
VÍDEO FEEDBACK: SUA INTERFACE NO ENSINO E NA APRENDIZAGEM

por

Marlene Harger Zimmermann

Esta tese foi apresentada às **19 horas** do dia **04 de junho de 2019** como requisito parcial para a obtenção do título de DOUTOR EM ENSINO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, com área de concentração em Ciência, Tecnologia e Ensino, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo citados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

Prof^a. Dr^a. Tania Cremonini de Araújo-Jorge
(FIOCRUZ)

Prof^a. Dr^a. Gerlinde Agate Platais Brasil
Teixeira (UFF)

Prof^a. Dr^a. Sani de Carvalho Rutz da Silva
(UTFPR)

Prof. Dr. Luis Maurício Resende
(UTFPR)

Prof^a. Dr^a. Rosemari Monteiro Castilho
Foggiatto Silveira (UTFPR)
Orientadora

Prof. Dr. Awdry Feisser Miquelin
Coordenador do PPGECT-Doutorado
UTFPR - Campus Ponta Grossa

A FOLHA DE APROVAÇÃO ASSINADA ENCONTRA-SE NO DEPARTAMENTO DE
REGISTROS ACADÊMICOS DA UTFPR – CÂMPUS PONTA GROSSA

AGRADECIMENTOS

Ao término dessa jornada em que naveguei por terras longínquas e mares ora caudalosos, ora pacíficos, finalmente cheguei ao destino com o olhar modificado levando no coração a certeza do dever cumprido e nas mãos o fruto dessa aventura.

Não percorri esse caminho sozinha; muitos embarcaram comigo. Pessoas queridas com as quais partilhei a angústia da incerteza, a alegria dos acertos, o vislumbre das descobertas, a ajuda na dificuldade, a oração para o fortalecimento.

Agradeço a Deus por ter permitido a elaboração dessa tese.

À Profa. Dra. Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira pelos ensinamentos e pelo tempo dedicado à orientação desse trabalho. Obrigada pela atenção, paciência, confiança, pelo seu carinho acolhedor, sua compreensão e pela pessoa que és. Soube incentivar, acolher, instruir, compreender e acreditar que o conhecimento lapidado é cativante por revelar o inacabado.

Ao Prof. Dr. Ricardo Zanetti Gomes, co-orientador, por suas contribuições, seus ensinamentos, apoio e incentivo para que o sonho se tornasse realidade. Sua ajuda e seu sorriso foram incentivadores na travessia do mar do conhecimento.

Aos membros da banca examinadora pela paciência na leitura do trabalho e pelas contribuições ao aprimoramento dele.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da UEPG que acompanharam essa trajetória. Obrigada pelo apoio, ajuda e incentivo constantes.

Aos professores e alunos do Departamento de Medicina da UEPG que navegaram comigo, que acreditaram e confiaram. Juntos crescemos.

Ao meu marido Dalton pela compreensão e apoio durante o doutorado. Às minhas filhas Marina e Elisa e meus genros Lucas e Thiago; vocês foram essenciais nessa caminhada.

A minha querida mãe, pelas orações e pelas palavras de incentivo.

A todos que de uma forma ou de outra, contribuíram para que o navio pudesse aportar levando consigo uma preciosa carga: a aquisição de novos conhecimentos e finalizar assim mais uma etapa de minha vida profissional.

RESUMO

ZIMMERMANN, Marlene Harger. **Avaliação Clínica Objetiva Estruturada (OSCE) com *feedback* efetivo e o vídeo *feedback***: sua interface no ensino e na aprendizagem. 2019. 362 f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciência e Tecnologia) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2019.

No ensino médico as habilidades clínicas são essenciais para o exercício da profissão e necessitam ser avaliadas. A metodologia chamada *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) (Avaliação Clínica Objetiva Estruturada) avalia habilidades clínicas em que o aluno 'mostra como faz' e pode ser acrescido do *feedback* efetivo (FE) e do vídeo *feedback* (VF). O objetivo dessa pesquisa foi sistematizar e implantar o OSCE com associação do FE e do VF nos internatos do curso de Medicina para auxiliar no processo de ensino e de aprendizagem. Abordagem metodológica; de natureza qualitativa, interpretativa, aplicada, permeada pela pesquisa-ação. Dividiu-se em 3 fases; a 1ª Exploratória, a 2ª Formação Continuada (FC) (curso para execução do OSCE e VF + operacionalização do OSCE e FE) e a 3ª Implantação do OSCE com VF+ autoscopia. A amostragem deu-se por conveniência e constituiu-se de: a 1ª fase com 42 participantes (20 alunos (A) e 22 docentes (D)). A 2ª fase com 94 (43 A e 51 D). A 3ª fase com 29 (23 A e 6 D) de três Internatos do curso de Medicina da UEPG. Na coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada individual, rodas de conversa, gravações áudio visuais, questionário com questões abertas e fotos. Gravou-se um momento avaliativo do aluno e sua autoscopia. Utilizou-se como técnica de tratamento do material, a análise de conteúdo temática. Na 1ª fase os docentes perceberam a necessidade de formação didático-pedagógica e na avaliação sugeriram padronização. Na 2ª fase a FC permitiu ao docente colocar-se no lugar do aluno em avaliação e no recebimento do FE. O OSCE foi considerado fundamental para melhorias do fazer docente e na avaliação do aluno. Na 3ª fase, o OSCE favoreceu a projeção do aluno à condição de médico na tomada de decisões. Aumentou sua segurança e autoconfiança, reafirmou o que sabe e o que precisa saber com vistas a melhorar seu desempenho. As alterações emocionais dos alunos ajudaram no autoconhecimento em aprender a lidar com as emoções. Permitiu ao docente conhecer como se dá o raciocínio clínico do aluno. O desempenho do aluno traduziu-se em uma projeção do fazer docente e das lacunas que mereciam ajustes. A objetividade, estruturação e padronização do OSCE contribuíram com a avaliação, o ensino e a aprendizagem pela presença do FE e do VF modificando a avaliação tradicional do docente. A autoscopia permitiu aos alunos refletir sobre seus erros e acertos, sedimentou os conhecimentos, potencializou a aprendizagem significativa, consolidou o raciocínio clínico e testou as habilidades clínicas em situações simuladas. Permitiu ao docente traçar estratégias cognitivas para melhorar sua forma de ensinagem e ampliação de seus conhecimentos pedagógicos consolidando-o como um instrumento tecnológico inovador no OSCE. Elaborou-se um site sobre como implantar e operacionalizar o OSCE com o FE, VF e a autoscopia. O desafio de ensinar e de avaliar permanece lançado e conta com a contribuição do olhar do professor e do aluno à construção da espiral do conhecimento no ensino médico.

Palavras-chave: Avaliação. Ensino. Aprendizagem. Vídeo. *Feedback* efetivo. Simulação.

ABSTRACT

ZIMMERMANN, Marlene Harger. **Objective Structured Clinical Examination (OSCE) with effective feedback and video feedback:** its interface in teaching and learning. 2019. 362 p. Thesis (Doctorate in Teaching of Science and Technology) - Federal University of Technology - Paraná, Ponta Grossa, 2019.

In high school the clinical skills are essential for the practice of the profession and need to be evaluated. The methodology called Objective Structured Clinical Examination (OSCE) assesses clinical skills in which the student 'shows how he does' and can be supplemented by effective feedback (FE) and video feedback (VF). The objective of this research was to systematize and implant the OSCE with an association of FE and VF in the boarding schools of Medicine to assist in the teaching and learning process. Methodological Approach; of a qualitative, interpretative, applied nature permeated by action research. It was divided into 3 phases; (OSCE and VF + operationalization of the OSCE and FE) and the 3rd OSCE deployment with VF + autoscopy. Sampling was for convenience and consisted of: the first phase with 42 participants (20 students (A) and 22 professors (D)). The second phase with 94 (43 A and 51 D). The 3rd phase with 29 (23 A and 6 D) of three Internships of the UEPG medical course. Data collection was done using the individual semi-structured interview, talk wheels, visual audio recordings, questionnaire with open questions and photos. An evaluation moment of the student and his autoscopy were recorded. Thematic content analysis was used as the material treatment technique. In the first phase the teachers realized the need for didactic-pedagogical training and in the evaluation, they suggested standardization. In the second phase the HR allowed the professor to put himself in the student's place in evaluation and in the receipt of the FE. The OSCE was considered fundamental for improvements in teacher making and student assessment. In the third phase, the OSCE favored the student's projection as a doctor in decision-making. He increased his safety and self-confidence, reaffirmed what he knows and what he needs to know in order to improve his performance. Emotional changes of the students helped in the self-knowledge in learning to deal with emotions. It allowed the teacher to know how the student's clinical reasoning takes place. The student's performance translated into a projection of professor making and the gaps that merited adjustments. The OSCE's objectivity, structuring and standardization contributed to evaluation and teaching and learning through the presence of the FE and the VF modifying traditional teacher assessment. The self-copy by VF allowed the students to reflect on their mistakes and correctness, sedimented the knowledge, potentiated the meaningful learning, consolidated the clinical reasoning and tested the clinical skills in simulated situations. It allowed teachers to draw cognitive strategies to improve their teaching form expand their pedagogical knowledge by consolidating it as an innovative technological tool in the OSCE. The VF was considered a technological instrument with evaluative and formative function. A website was developed with guidelines on implementing and operating the OSCE with FE, VF and autoscopy. The challenge of teaching and evaluating has been launched and has the contribution of the professor and student's perspective to the construction of the knowledge spiral in medical education.

Keywords: Evaluation. Teaching. Learning. Video. Effective feedback. Simulation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide de Miller e as modalidades de avaliação	76
Figura 2 - Ciclos autorreflexivos da pesquisa-ação de Kurt Lewin	98
Figura 3 - Etapas da pesquisa-ação.....	101
Figura 4 - Estruturação do OSCE.....	117
Figura 5 - Fases do Processo de Análise.....	137
Figura 6 - Constituição do <i>Corpus</i>	138
Figura 7 - Alterações emocionais.....	165
Figura 8 - Conjunto de aprimoramentos do OSCE sugeridos pelos participantes...	173
Figura 9 - <i>Feedback</i> efetivo: suas contribuições	182
Figura 10 - Falas representantes da importância do <i>feedback</i> efetivo para os discentes	183
Figura 11 - Falas representantes da importância do <i>feedback</i> efetivo para os docentes.....	183

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Instituições de Ensino Superior de Medicina no Brasil	27
Quadro 2 - Dimensões da Competência Profissional.....	34
Quadro 3 - Métodos de Avaliação Clínica Estruturada.....	77
Quadro 4 - Modelo de <i>Feedback (checklist)</i>	81
Quadro 5 - Estratégias de <i>Feedback</i>	83
Quadro 6 - Diferenças entre pesquisa-ação e pesquisa convencional.....	99
Quadro 7 - Caracterização dos professores participantes da avaliação diagnóstica: 1º momento (entrevista)	103
Quadro 8 - Caracterização dos alunos participantes da avaliação diagnóstica: 1º momento (entrevista).....	104
Quadro 9 - Caracterização dos alunos participantes da avaliação diagnóstica: 2º momento (roda de conversa)	105
Quadro 10 - Caracterização dos docentes participantes da Formação Continuada	106
Quadro 11 - Caracterização dos alunos e docentes participantes da implantação do OSCE com <i>feedback</i>	106
Quadro 12 - Caracterização dos alunos e docentes participantes da etapa do OSCE com o vídeo <i>feedback</i>	107
Quadro 13 - Resumo das etapas e do desenvolvimento da pesquisa-ação	108
Quadro 14 - Atividades relativas à 1ª fase da Implementação do Plano de Ação ...	114
Quadro 15 - Resumo do 1º OSCE efetuado nos oito Internatos	118
Quadro 16 - Resumo do 2º OSCE efetuado nos oito Internatos	122
Quadro 17 - Resumo do 3º OSCE efetuado nos oito Internatos	126
Quadro 18 - Resumo do 4º OSCE efetuado nos oito Internatos	128
Quadro 19 - Categorias e subcategorias emergentes nos grupos estudados.....	141
Quadro 20 - Contribuições do OSCE à formação	146
Quadro 21 - Percepção do aluno após os quatro OSCES: algumas respostas representativas.....	159
Quadro 22 - Contribuição do OSCE ao fazer docente	162
Quadro 23 - Alterações emocionais vivenciadas pelos alunos: respostas representativas.....	165

Quadro 24 - Alterações emocionais percebidas pelos docentes em relação aos discentes	166
Quadro 25 - Fatores responsáveis pelas alterações emocionais dos alunos no OSCE	168
Quadro 26 - Principais sugestões dos discentes para melhorar avaliação de habilidades	173
Quadro 27 - Principais sugestões dos docentes para melhorar avaliação de habilidades	174
Quadro 28 - Expressões positivas e negativas dos alunos após autoscopia por VF	215
Quadro 29 - Expressões dos alunos quanto à presença das câmeras no ambiente avaliativo.....	224
Quadro 30 - Percepção do aluno em sua autoscopia por meio do VF	227
Quadro 31 - Vídeo feedback e o aprendizado sob o olhar do discente: algumas falas representativas	231
Quadro 32 - Mudanças do fazer discente após o vídeo <i>feedback</i>	248
Quadro 33 - Sugestões de mudanças em relação ao VF, sob o olhar do aluno	261
Quadro 34 - Sugestões de mudanças em relação ao VF, sob o olhar do docente	268

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ABIM	<i>American Board of Internal Medicine</i>
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ACGME	<i>Accreditation Council for Graduate Medical Education</i>
AVA	Ambiente virtual de aprendizagem
CEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CPX	<i>Clinical Practice Examination</i>
CPE	<i>Clinical Performance/Practice Examination</i>
CSA	<i>Clinical Skills Assessment</i>
CSE	<i>Clinical Skill Examination Exercise</i>
DCN	Diretrizes Curriculares nacionais
FC	Formação Continuada
LDB	Leis de Diretrizes e Bases
mini-CEX	<i>Mini-Clinical Evaluation Exercise</i>
NUTEAD	Núcleo de Tecnologia e Educação à Distância
OSCE	<i>Objective Structured Clinical Examination</i>
OSLER	<i>Objective Structured Long Examination Record</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PACES	<i>Practical Assessment of Clinical Examination Skills</i>
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
VF	<i>Vídeo feedback</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SP	<i>Standardized Patients</i>
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 O ENSINO MÉDICO BRASILEIRO	23
1.1 HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO	24
1.2 FORMAÇÃO DO MÉDICO: AVANÇOS E DIFICULDADES.....	33
2 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO ENSINO, DA APRENDIZAGEM E DA AVALIAÇÃO	50
2.1 O MODELO COGNITIVISTA.....	50
2.2 PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM.....	53
2.2.1 Simulação	54
2.3 AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM.....	62
3 AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM DO ENSINO MÉDICO	71
3.1 AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS (OSCE)	74
3.2 FEEDBACK DA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS (OSCE)	79
3.3 VÍDEO <i>FEEDBACK</i> E A METACOGNIÇÃO	86
3.4 A AUTOSCOPIA E A APRENDIZAGEM.....	91
4 O CAMINHO PERCORRIDO	94
4.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS - METODOLÓGICOS: PESQUISA QUALITATIVA E PESQUISA-AÇÃO.....	94
4.2 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA, OS SUJEITOS PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS.....	101
4.3 DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO	108
4.3.1 Etapa Exploratória da Pesquisa-ação.....	111
4.3.2 Implementação do Plano de Ação	113
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	132
4.4.1 Roda de Conversa.....	132
4.4.2 Entrevista Semiestruturada.....	133
4.4.3 Questionário Avaliativo	134
4.4.4 Gravações de Áudio e de Imagens.....	135
4.5 TÉCNICA E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	136
4.5.1 A Fase da Pré-Análise: Formação do <i>Corpus</i>	138
4.5.2 A Fase da Exploração do Material	138
4.5.3 A Seleção das Unidades de Análise	139
4.5.4 O Processo de Categorização e de Subcategorização.....	139

4.5.5 Análise.....	141
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	143
5.1 ETAPA EXPLORATÓRIA.....	143
5.2 ETAPA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	144
5.2.1 Formação Continuada	144
5.2.2 OSCE + <i>Feedback</i>	145
5.2.2.1 OSCE	145
5.2.2.1.1 OSCE e a formação	146
5.2.2.1.2 OSCE e as alterações emocionais	165
5.2.2.1.3 OSCE e sugestões para aprimoramentos.	172
5.2.2.2 <i>Feedback</i> efetivo: suas contribuições.....	181
5.2.2.2.1 O ensino e a aprendizagem	184
5.2.2.2.2 A autoavaliação.....	194
5.2.2.2.3 Aprender a lidar com a ansiedade:.....	196
5.2.2.2.4 Aprendizagem por meio do erro	198
5.2.2.2.5 Percepção da importância do docente para o aprendiz e do aprendiz para o docente:.....	206
5.2.2.2.6 Outras contribuições:.....	210
5.2.3 OSCE + Vídeo <i>Feedback</i> (VF)	213
5.2.3.1 Percepção pela autoscopia	213
5.2.3.2 Vídeo <i>feedback</i> e suas relações.....	230
5.2.3.2.1 Vídeo <i>Feedback</i> e o aprendiz para o aluno	231
5.2.3.2.2 Vídeo <i>feedback</i> e a prática docente	235
5.2.3.2.3 Função de comprovação X formação.....	240
5.2.3.3 Vídeo <i>feedback</i> e as mudanças	247
5.2.3.3.1 Mudanças relativas à atuação discente.....	248
5.2.3.3.2 Mudanças relativas à atuação docente	252
5.2.3.3.3 Sugestões de mudanças do VF: olhar do discente e do docente.....	260
6 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO.....	274
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	275
REFERÊNCIAS.....	284
APÊNDICE A - AGENDAMENTO PARA CONTATOS/COLETA DE DADOS....	304
TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS: VÍDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO.....	305
APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM DOCENTES.....	306
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	308

APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM DISCENTES	310
APÊNDICE E - CONVITE À FORMAÇÃO CONTINUADA	312
APÊNDICE F - LISTA DE PRESENÇA - FORMAÇÃO CONTINUADA	314
APÊNDICE G - FICHA AVALIATIVA SOBRE A FORMAÇÃO CONTINUADA ..	316
APÊNDICE H - REGISTRO DE IMAGENS DA FC.....	319
APÊNDICE I - PESQUISA-AÇÃO: ENCONTROS COM DOCENTE.....	321
APÊNDICE J - PLANEJAMENTO DO OSCE.....	323
APÊNDICE K - QUESTIONÁRIO AVALIATIVO DO 1º OSCE.....	326
APÊNDICE L - ROTEIRO RODA DE CONVERSA - DOCENTES.....	328
APÊNDICE M - ORIENTAÇÕES/MUDANÇAS 2º OSCE- DOCENTES	330
APÊNDICE N - <i>FEEDBAK</i> EFETIVO RESUMIDO	333
APÊNDICE O - QUESTIONÁRIO AVALIATIVO - PÓS 2º OSCE	335
APÊNDICE P - PERGUNTAS NORTEADORAS – <i>VIDEOFEEDBACK</i>	337
APÊNDICE Q - ORIENTAÇÕES/MUDANÇAS 3º OSCE- DOCENTES	339
APÊNDICE R - QUESTIONÁRIO AVALIATIVO - PÓS 3º OSCE	342
APÊNDICE S - QUESTIONÁRIO AVALIATIVO - PÓS 4º OSCE	344
APÊNDICE T - PUBLICAÇÃO DE ARTIGO	346
ANEXO A - REPERCUSSÃO DA FC	348
ANEXO B - MODELO DE <i>FEEDBACK</i> EFETIVO	350
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UEPG ...	352
ANEXO D - AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS.....	354
ANEXO E - AUTORIZAÇÃO DO SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE.....	356
ANEXO F - PARECER DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA	358

INTRODUÇÃO

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê” (Arthur Schopenhauer)

Essa pesquisa não se trata de resultado individual, mas sim intimamente ligada a circunstâncias e pessoas com quem foram partilhadas ideias, olhares, momentos, leituras e discussões. No compasso de passos lentos a escrita se fez e com ela a construção das páginas responsáveis pela ampliação do meu olhar como professora dos cursos de Enfermagem e Medicina por meio da reflexão compondo o processo educacional que permeia toda a formação profissional.

Nesse sentido, fazemos menção a Sonzogno (2014) quando expõe que o conhecimento passa a ser produto de sua prática com a apropriação de novos conhecimentos a partir da ação refletida e de Minayo (2000) que nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido num primeiro momento, um problema da vida prática. Considerando minha formação em Enfermagem, a decisão em ingressar no programa de Pós-Graduação no Ensino de Ciência e Tecnologia, na sublinha de pesquisa ‘Relações entre ciência, tecnologia e sociedade no ensino e aprendizagem’; deu-se em função das atividades que viemos desempenhando nos últimos 17 anos na formação de profissionais enfermeiros e há 10 anos na dos profissionais médicos, ambos na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG).

A atuação na docência associadas às reflexões que se formaram durante a trajetória neste campo do saber permitiu a visualização de lacunas relativas à avaliação da aprendizagem durante a formação inicial desses profissionais, em especial a do médico. Lacunas estas que adentram o bojo das pesquisas envolvendo as relações entre ciência, tecnologia e a sociedade e que assumem grande importância no panorama das intervenções

Em minha atuação na disciplina de Semiótica ministrada para acadêmicos do primeiro ano do curso de Medicina, ao realizar avaliação de habilidades seguida de *feedback* do desempenho e ouvir a autoavaliação do aluno; surgiram algumas indagações: Tem-se oportunizado, nas outras disciplinas do curso, que o aluno realize autoavaliação de seu desempenho? Tendo em vista o valor formativo do *feedback* para o aprendizado; têm os alunos recebido dos docentes devolutiva de seu

desempenho? Um vídeo gerado durante a avaliação de habilidades, poderia ser um instrumento com contribuições para o aluno construir cognitivamente estratégias para o alcance do que não atingiu em relação ao seu aprendizado?

Outrossim, constatamos também que os alunos, principalmente os do curso de Medicina, estavam descontentes com os resultados das avaliações. Havia insatisfação com as notas recebidas e muitos não sabiam o que tinham errado ou o que faltou para atingir o objetivo nas avaliações realizadas. Os docentes, por sua vez, não conseguiam entender o motivo desse descontentamento e nem visualizar outra forma de realizar a avaliação. Pela ausência de conhecimentos pedagógicos elaboravam suas avaliações de forma tradicional com o objetivo quase que absoluto para quantificar o saber do aluno de maneira a classificar se estavam aptos ou não para passar para outra série do curso.

Tratando-se do ensino médico, além do conhecimento, as habilidades e as atitudes também são consideradas objeto da aprendizagem, algo que precisa ser ensinado e avaliado. A habilidade 'saber pensar criticamente' é um atributo essencial para o profissional de saúde (TRONCON, 2001), o que vai ao encontro das Leis de Diretrizes e Bases (LDB) e as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 1996) aprovadas em 20/06/2014 para o curso de Medicina, por meio da Resolução CNE nº3/2014, as quais enfatizam a aprendizagem crítica-reflexiva, em que os acadêmicos devem refletir e participar ativamente do processo ensino e aprendizagem com articulação entre conhecimento, habilidades e atitudes (BRASIL, 2014). Para que isso ocorra faz-se necessário desenvolver metodologias que promovam a participação ativa do aluno, o sujeito da aprendizagem, nas experiências reais ou simuladas visando a solucionar os desafios emergidos da prática, bem como desenvolver uma visão crítica-reflexiva dos conteúdos apresentados (BERBEL, 2011).

No entanto, a avaliação tradicional não contempla as habilidades clínicas e não colabora para o processo de ensino e aprendizagem. Entendemos que a avaliação só tem sentido se for para auxiliar o processo formativo, portanto nessa pesquisa a avaliação é entendida como a obtenção de informações importantes sobre o desempenho do educando, que serão empregadas para aperfeiçoar o processo formativo, com reforço dos pontos positivos e posterior correção das eventuais deficiências conforme argumenta Troncon (2001).

A avaliação formativa pode ocorrer em diferentes momentos e pode ser amplamente empregada para acompanhar o estudante em efetuar as correções,

reforçar os aspectos positivos e principalmente a devolutiva, o *feedback*, ao acadêmico sobre o seu desempenho no processo de aprendizagem. Diferente do que ocorre “nas avaliações convencionais escritas em que é possível definir se o educando sabe e se sabe como fazer. No entanto, para que este faça do modo mais adequado, é necessário que este saiba mostrar como se faz” (TIBÉRIO; DAUD-GALLOTTI, 2012, p.298). Para atender de forma eficaz e efetiva esse ‘mostrar como faz’, surge a simulação¹ realística como técnica de ensino, treinamento e avaliação prática de habilidades clínicas fazendo uso do método avaliativo conhecido como *OSCE*² (*Objective Structured Clinical Examination*). A simulação realística constitui-se em atividade prática efetuada em ambiente protegido que possibilita a formação segura dos alunos em contextos envolvendo a simulação de situações reais. Situações essas que possam reproduzir o atendimento de eventos, assegurando a não exposição a riscos, tanto de alunos como de pacientes (MIRANDA, et al., 2017).

O *OSCE* simula situações clínicas, com auxílio de manequins (bonecos) ou atores treinados (fazendo papel de paciente) que deve durar de 5 a 10 minutos. Método temporizado, padronizado, estruturado e objetivo em que os casos clínicos simulados se desenvolvem por sucessivas estações. Os estudantes fazem rodízios e avaliadores usam instrumento com critérios controlados de avaliação. Metodologia adotada por muitas escolas médicas na América do Norte e Europa, *Medical Council of Canada* e pelo *United States Medical Licensing Examination*. Das 126 escolas acreditadas pelo *Liaison Committee on Medical Education* em 2003, 82 usavam o *OSCE* (BARZANSKI; ETZEL, 2003). Durante as três últimas décadas, esta modalidade tem sido largamente utilizada no mundo e em todos os níveis da educação médica (MEGALE, 2011).

¹ Simulação: termo encontrado na literatura com diferentes significados relacionado ao contexto do ensino. Descrito por diferentes autores ora como técnica de ensino, ora como instrumento de aprendizagem, ora como ferramenta de ensino, como metodologia ou até como estratégia de ensino e de aprendizagem. Nessa tese far-se-á uso do termo com o significado de técnica de ensino por entender que é o termo que mais se aproxima do estudo realizado. A simulação é a técnica de aprendizagem que exige destreza, habilidade mental e capacidade de resposta que se fundamenta em princípios do ensino baseado em tarefas e se utiliza da reprodução parcial ou total destas tarefas em um modelo artificial, conceituado como simulador (LÓPEZ; SPIRKO, 2007; PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2007).

² *OSCE*: termo que se apresenta na literatura com descrições variadas. Descrita por diferentes autores ora como método avaliativo, ora como metodologia de avaliação, ora como modelo metodológico. Nessa tese far-se-á uso do termo com o significado de metodologia de avaliação que é considerada válida, fidedigna, acurada, flexível e de alto impacto na educação (TIBÉRIO; DAUD-GALLOTTI, 2012).

Dessa forma, a avaliação de habilidade clínica vem sendo reconhecida como uma das atividades mais importantes dentro do processo formativo do profissional médico por envolver a história clínica, a realização do exame clínico, a interpretação dos achados no raciocínio clínico e formulação de hipótese, execução de medidas diagnósticas e terapêuticas, e a interação e a comunicação de forma adequada com o paciente e seus familiares (TRONCON, 2001).

O que percebemos em nossa pesquisa inicial é que a maioria das escolas médicas que realizam o OSCE a menção da realização do *feedback* no OSCE ainda permanece sem muito ou nenhum destaque (TRONCON, 2012).

Por se tratar de simulação com observação pelo docente do desempenho do aluno em vista da sua aprendizagem, o *feedback* é um importante elemento para que o aluno tenha ciência do que sabe e do que necessita ainda aprender.

Contudo, o *feedback* necessita ser efetivo³ a fim de que possa promover desenvolvimento da aquisição dos saberes e colaborar no aprendizado para que aconteça, além do conhecimento adquirido, a autoavaliação do aluno e a auto regulação de sua aprendizagem. A partir do *feedback* efetivo fornecido pelo docente, os alunos podem elaborar seus próximos passos em avançar para melhorias nas lacunas que necessitam de ajustes. Eles se instrumentalizam cognitivamente para atingir os objetivos que necessitam.

Ao mencionar sobre o *feedback* efetivo, estamos nos reportando aos autores Archer (2010) Hewson e Little (1998) e McKimm (2009) que consideram que essa devolutiva é usada para promover um desenvolvimento positivo e desejável do aluno. Trata-se de um diálogo entre professor e aluno tendo como fio condutor comentários e sugestões para ajudar o estudante em sua própria revisão, sua auto avaliação e ajuda-o a se sentir responsável pelo aprendizado.

Ao salientar a importância do *feedback* e principalmente do *feedback* efetivo no OSCE na formação dos futuros médicos, lembramos que a literatura menciona que, ao se planejar o uso da avaliação de habilidades clínicas, deve haver atenção para o atendimento dos atributos como a fidedignidade, a viabilidade, a validade e o impacto educacional.

³ *Feedback* efetivo: essa temática será tratada com mais propriedade no capítulo 3, em que abordaremos sobre o *feedback* da avaliação de habilidades.

Em algumas avaliações de habilidades em que a devolutiva acontece, como por exemplo em Portugal, ela se dá de forma grupal denominada *debriefing* que tem sua importância à formação, mas não se trata de um *feedback* e nem de um *feedback efetivo*. Ele carece da percepção do aluno em refazer sua trajetória metacognitiva com ajuda do professor pelo diálogo individual, imediato ao término da ação. Há necessidade do espaço para a autoavaliação com resgate da trajetória cognitiva do aluno, com a devolutiva do professor sobre os aspectos positivos de desempenho do aluno, bem como, ambos traçarem condutas para atender os ajustes necessários à formação faltante (McKIMM, 2009).

Com a detecção da ausência do *feedback* efetivo no OSCE e da autoscopia do aluno por meio do vídeo gravação, fomos à busca de publicações e realizamos algumas visitas em locais de referência que faziam avaliação de habilidades clínicas (OSCE) utilizando-se da simulação para delinear o problema e a construção do objeto de estudo. Efetuamos levantamento em bases de dados (LILASC, MEDLINE, CAPES, PUBMED), revista e banco de teses e dissertações nacionais e internacionais em busca de publicações que contemplassem o uso do vídeo-*feedback* no OSCE.

A Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) no Brasil é o principal meio de divulgação científica publicando temas considerados relevantes na área médica. No levantamento que realizamos na RBEM em 2015 no período temporal de 2000 a 2014; do total de 496 publicações (artigos, relatos de experiência, tese, ensaio, revisão e resenha), não foi localizada nenhuma publicação que contemplasse a vídeo gravação em ambiente do OSCE.

Também efetuamos a busca no banco de teses e dissertações na Biblioteca Digital em Rede de Teses e Dissertações (*Networked Digital Library of Theses and Dissertations-NDLTD*). Trata-se de uma organização internacional que promove a criação, difusão e preservação de teses e dissertações eletrônicas do Instituto Politécnico e Universidade Estadual na Virginia. Também não foram encontrados resultados com o referido objeto de estudo.

Em 2013 realizamos uma revisão sistemática por meio de um protocolo simplificado com objetivo relacionado a utilização dos vídeos como *feedback* na avaliação da aprendizagem por simulação. Não foram encontradas publicações sobre o tema, na língua portuguesa, nas bases de dados pesquisadas que atendiam o delineamento solicitado (ZIMMERMANN, et al. 2013).

As pesquisas efetuadas por (MORT; HANSEN, 2010; LANE; GOTTLIEB, 2004; EECKHOUT; GERITS; BOUQUILLON; SCHENMAKERS, 2016; BARIBEAU et al., 2012; HANSEN et al., 2011; BALLESTERD; GANNAM; BOLLELA, 2011; HOFFMANN; O'DONNELL; KIM, 2007; BOYER, 2008; HILL; HOOPER; WAHL; 2000; CORBALLY, 2005) apontam a nível internacional o uso do vídeo para alunos e demais interessados. O aluno visualiza seu desempenho pelo vídeo na avaliação de diversas habilidades. Na Europa e nos Estados Unidos o vídeo *feedback* é uma realidade sendo usado de diferentes maneiras para diferentes habilidades. Quanto à utilização do vídeo *feedback* na avaliação no modelo OSCE, encontramos publicações (PERRON et al., 2016; REISSLEIN, SEELING, REISSLEIN 2005, BACHSTEIN et al. 2005; ENDACOTT et al., 2012, PAUL, 2010, BARRATT, 2010), com diferentes desenhos e formatos tanto individual quanto grupal, efetuados com alunos e docentes nas diversas áreas do conhecimento, contudo, fora das terras brasileiras.

Já no Brasil existem algumas pesquisas (MEGALE; CONTIJO; MOTTA, 2009; BALLESTERD; GANNAM; BOLLELA, 2011; DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013) que abordam o uso do vídeo contudo, evidenciamos que os alunos não tiveram acesso a gravação de seu desempenho e quando o fizeram foram para visualizar o vídeo de seu desempenho referente as habilidades de comunicação e não necessariamente no modelo OSCE ficando as demais habilidades clínicas sem serem contempladas.

Sobre a gravação de vídeo, verificamos que algumas escolas possuem local apropriado para realização do OSCE incluindo equipamento para gravação de vídeo nas instalações, como é o caso do Centro de Simulação Clínica, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em Curitiba, PR. Todas as salas possuem câmeras para que possam ser filmados os procedimentos realizados pelos alunos para posterior discussão. Contudo, a filmagem quando feita é para sanar dúvidas ou assume uma função de proteção ao docente não sendo utilizada como ferramenta no processo avaliativo e formativo do aluno e nem do professor.

Na Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto, local pioneiro do OSCE no Brasil, também a filmagem e o vídeo não são realizados na avaliação de habilidades clínicas (OSCE).

Aqui no Brasil, o cenário que envolve as pesquisas sobre o vídeo *feedback* é incipiente. Quando as pesquisas acontecem, se dão para avaliar habilidade de comunicação e não as demais habilidades clínicas. De maneira geral, no ensino

médico brasileiro, tentativas atuais têm sido empregadas para melhorar a avaliação, entretanto nenhuma das técnicas recorre ao uso de vídeo como estratégia de *feedback* para consolidar o aprendizado dentro da metodologia de avaliação OSCE.

As pesquisas que envolvem a avaliação de habilidades clínicas em relação ao vídeo *feedback* têm sua interface também com nossa experiência enquanto docente pela observação dos alunos durante a avaliação prática simulada realizada na disciplina de Semiotécnica, no curso de Medicina da UEPG. Ao término da avaliação, após o *feedback* efetivo, notamos que os alunos apresentaram dificuldade em perceber e reconhecer suas falhas na execução dos procedimentos. Nesse contexto por tratar-se de avaliação formativa em que a participação do aluno é singular, importante que o aluno, além de receber o *feedback* efetivo do professor, possa utilizar-se da gravação do vídeo para revisitar seu desempenho e saber como executou a habilidade solicitada, quais suas falhas, o que errou, qual sua postura, enfim, o que precisa melhorar em sua formação. Ao ter contato com as cenas, o aluno pode realizar sua análise e reflexão autoscópica⁴ fazendo uso da metacognição para fins de autorregulação de sua aprendizagem, o que pode ser altamente benéfico à formação por resolver seus problemas de aprendizagem.

Não há publicações brasileiras que aborde a vídeo gravação no ambiente avaliativo do OSCE com posterior revisitação do aluno. Essa lacuna pode trazer prejuízo formativo ao aluno pela sua não participação em seu processo de construção do conhecimento. Esse fator tem sido motivo de descontentamento do discente porque nas avaliações de uma maneira geral, não consegue visualizar seus erros.

Descontentamento esse percebido também por meio de uma avaliação diagnóstica no curso de Medicina da UEPG cujo resultado apontou para dificuldades na avaliação faltando sistematização e padronização. Estavam ausentes o *feedback* e a autoavaliação do aluno sobre o caminho percorrido. A ausência do *feedback* não permite ao discente que saiba o que falta à sua formação, quais as lacunas, o que atingiu e como poderia melhorar sua ação pedagógica. Nessa pesquisa os alunos sugerem que haja gravação das avaliações a fim de poder certificar-se dos resultados tendo em vista dificuldades geradas por problemas avaliativos entre docente/discente.

⁴ Ao nos referirmos a reflexão autoscópica fazemos menção a autoscopia que a capacidade de visualizar, de analisar, de se revisitar. Quanto ao uso dos vídeos e sua posterior autoscopia, os estudos na área da educação ganham destaque com os nomes de Sadalla (1998), Meira (1994), Tassoni (2000); Larocca (2002) e Sadalla e Larocca (2004). Não foram encontradas publicações que versam sobre o uso da autoscopia no ensino na saúde.

Apontam também à necessidade de formação didático-pedagógica de capacitação docente sobre a metodologia de avaliação de habilidades OSCE.

Por outro lado, os docentes também perceberam suas limitações na ação pedagógica e solicitaram melhorias na forma de ensinar e de avaliar. O professor também pode ser beneficiado ao realizar sua autoscopia pelo vídeo *feedback* ao potencializar e elucidar suas necessidades de aprimoramentos, e assim, melhorar sua atuação na formação.

Essa necessidade remete a inserir no curso de Medicina da UEPG uma avaliação que tenha o intuito não classificatório, mas de formação, de aprendizagem do aluno a fim de que ele não repita o mesmo erro, que tenha consciência de seu desempenho, que possa visualizar os seus acertos e ‘conversar’ consigo rumo ao aprendizado significativo.

Diante desse contexto, interrogamos: **Como é possível sistematizar e implantar a avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com *feedback* efetivo e o vídeo *feedback*, no curso de Medicina, com a finalidade de auxiliar no processo ensino-aprendizagem?**

Para responder a esse questionamento traçamos como **objetivo geral**:

- Sistematizar e implantar a avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com associação do *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback*, nos internatos do curso de Medicina para auxiliar no processo de ensino e aprendizagem.

E como **objetivos específicos**:

- a) Diagnosticar o processo de ensino-aprendizagem e de avaliação, sob o olhar dos docentes e discentes, no curso de medicina da UEPG;
- b) Identificar as percepções dos alunos e docentes sobre a avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com associação do *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback*;
- c) Analisar se a avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) associada ao *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback* influenciou no processo ensino-aprendizagem;
- d) Criar um site com um modelo teórico e prático com orientações sobre a elaboração do OSCE com associação do *feedback* efetivo associado ao vídeo *feedback*.

Partimos do pressuposto de que a sistematização e implementação da metodologia *Objective Structured Clinical Examination (OSCE)* (Avaliação Clínica Objetiva Estruturada) associada ao *feedback* efetivo e ao vídeo *feedback*, pode contribuir para o processo de ensino e de aprendizagem de alunos e de docentes do curso de medicina.

Nesse sentido justificamos que a revisitação do aluno ao utilizar a ferramenta tecnológica para fins educacionais, o vídeo *feedback*, pode contribuir para a autoavaliação de seu desempenho numa perspectiva de autorregulação da aprendizagem lançando mão da autoscopia como instrumento para tal.

Elegemos como **universo da pesquisa** o ensino médico e sua delimitação o curso de Medicina da UEPG, na cidade de Ponta Grossa, PR; tornando-se *locus* da pesquisa de campo. Os participantes foram os alunos e docentes da 5^o e 6^o séries, mais precisamente da Disciplina do Internato, tendo em vista que nesse campo da prática, estão inseridas as habilidades clínicas fundamentais para prover atenção à saúde do paciente.

Pesquisa de natureza aplicada, com abordagem metodológica qualitativa de caráter interpretativo, permeada pela pesquisa-ação. Trata-se de pesquisa aplicada com finalidade prática por constituir-se no propósito na obtenção de um conhecimento relativo à resolução de um problema gerado na prática educacional.

Para atingir dos objetivos delineados, recorreremos a algumas **técnicas para coleta de dados** como a entrevista individual semiestruturada individual e grupal (Rodas de Conversa, as fotos, os questionários avaliativos e as gravações de som e imagem); todas as técnicas permeadas pelos pressupostos da pesquisa-ação.

A presente tese está estruturada em sete **capítulos**. No primeiro capítulo: “**O Ensino Médico Brasileiro**” trazemos o panorama do ensino médico brasileiro considerando sua história e sua prática social historicamente constituída. Apresentamos a trajetória do ensino Médico com os obstáculos percorridos e o progresso realizado com a eclosão de bases legais para sua formação. Traçamos os avanços e as dificuldades do referido ensino no território brasileiro e suas repercussões que atravessam o tempo e eclodem na atualidade.

O segundo capítulo: “**Concepções teórico metodológicas do ensino, da aprendizagem e da avaliação**”, tratamos sobre os aportes teóricos que deram sustentação aos resultados fazendo alusão a Aprendizagem Significativa (MOREIRA,

MASINI 2001; MOREIRA E MOSSONI (2016). Abordamos o processo de ensino e de aprendizagem fazendo alusão a avaliação e a simulação no contexto da formação.

O terceiro capítulo: **Avaliação no processo de ensino e de aprendizagem no ensino médico**, mencionamos a avaliação do processo de ensino e de aprendizagem no ensino médico com abordagem sobre a metodologia de avaliação de habilidades clínicas, o *OSCE (Objective Structural Clinical Examination)*. Apresentamos o processo histórico dessa importante metodologia e sua utilização no mundo e no Brasil. Explanamos sobre o *feedback* efetivo na avaliação de habilidades clínicas enfocando o vídeo *feedback* e a metacognição nesse contexto. Discorremos sobre a autoscopia e sua relação com a aprendizagem.

Compõe o quarto capítulo: **“O caminho percorrido”** em que é apresentado o caminho metodológico para aquisição de novos conhecimentos. Mencionamos às técnicas de coleta de dados utilizadas sendo umas delas a Roda de Conversa. Nela, a entrevista e a observação encontram-se inseridas como instrumentos privilegiados para o atingimento de determinados objetivos da tese. Pela sua abordagem metodológica qualitativa, a pesquisa-ação propicia o entrelaçamento e a constante retomada de melhorias no caminho à medida que os participantes do estudo vão construindo, em conjunto com o pesquisador, o conhecimento que se pretendeu apreender do objeto de estudo. Apresentamos as etapas da pesquisa-ação e seu desenvolvimento.

Contém no quinto capítulo: **“Análise e discussão dos dados”** a análise e discussão dos dados apoiados na Análise Temática de Conteúdo com base em Bardin (1977) e Minayo (2000) constituindo-se em um conjunto de técnicas de análise amplamente utilizada nas pesquisas qualitativas com auxílio para o desvelamento de significados.

Já o sexto capítulo contém alguns apontamentos sobre o produto tecnológico que trata-se de um site com um modelo teórico e prático com orientações de como planejar, implantar e operacionalizar um *OSCE* acrescido do vídeo *feedback* efetivo e da autoscopia voltado para diversas áreas do conhecimento para auxiliar docentes e discentes que queiram fazer uso do vídeo gravação e da autoscopia na formação.

Para finalizar essa escrita o sétimo capítulo versa sobre as **“Considerações Finais”** em que apresentamos os conhecimentos que foram descortinados, juntamente com algumas sugestões para enriquecer o desafio de processo de avaliar, bem como traçamos as limitações e implicações para futuras pesquisas.

1 O ENSINO MÉDICO BRASILEIRO

“Precisamos descobrir novas maneiras de ensinar”

É no passado que reside a história possuindo um legado que aviva o pensamento e move a escrita de novos capítulos em seu enredo, abrindo portas rumo a achados e a compreensão de fatos muitas vezes esquecidos no tempo. A história se dá onde há tempo, tempo de possibilidades.

Neste capítulo, pretendemos, para uns avivar e, para outros, apresentar o ensino médico brasileiro em suas conquistas, suas implicações e suas possibilidades. Todos são convidados a olhar pela janela do tempo e acompanhar como se processou a criação e o desenvolvimento deste ensino, a trajetória das transformações sofridas ao longo da história.

Iniciamos com o ensino trazido pelos jesuítas das terras lusitanas, a instituição e a constituição do ensino médico nas cidades de Salvador e do Rio de Janeiro estimulado pela vinda da família real ao país. O caminho perpassa as primeiras iniciativas do ensino desta profissão e se estende até a consolidação do ensino atual com seus avanços e dificuldades na trajetória que compõe os passos desta história.

Interessante e importante revisitar como se deu o descortinar da formação ao longo da história deste ensino, as influências sofridas pelo ensino médico estrangeiro, seus critérios de acesso ao ensino, suas primeiras escolas, a criação das Santas Casas, as primeiras Faculdades, as produções científicas e a necessidade de criação de um *corpus* próprio do profissional médico oriundo de uma excelente formação.

Pensamos ainda que o presente resgate, responsável por esta escrita, traduz-se em fundamento teórico para dar sustentação à pesquisa relativa a esta compilação, fortalecer o diálogo que se pretende sobre a avaliação do ensino e da aprendizagem e outras tentativas a serem adotadas que compõem o objeto desta tese.

1.1 HISTÓRICO DO ENSINO MÉDICO

Tratando-se de pesquisa que envolve o ensino e avaliação no contexto formativo, importante que a temporalidade seja valorizada numa perspectiva de presente, passado e futuro. Os fatos históricos configuram-se em valiosas contribuições para elucidar como se deu o treinamento profissional em seus aspectos teóricos e práticos, tanto de forma geral como no ensino do profissional médico, dentro na academia.

Na Grécia, Sócrates (469-399 a. C.) fazia uso dos questionamentos estimulando seus alunos a encontrar respostas às suas próprias indagações. Nascia, assim, o ensino tutorial baseado na dialética, no diálogo, na conversa. A troca de ideias era o que movia os pensamentos à formulação de conceitos e de soluções. Paulatinamente, pelo número crescente de interessados, passaram-se às aulas magistrais; aquelas em que os professores assumem a liderança perante os alunos e, o conhecimento transmitido, muitas vezes, é baseado em livro-texto (MATTOS, 1997).

No ensino médico, o treinamento profissional iniciou com aprendizado informal sob a orientação de um médico prático. Esta relação mestre-discípulo permite que os docentes adquiram, hoje, habilidades no ensino no âmbito da Medicina nas Instituições de Ensino Superior (MATTOS, 1997).

E, no Brasil, para que se saiba como se constituiu o ensino médico em seus primórdios, convém que seja lembrada esta história que aborda sobre os primeiros passos dados em terra brasileira datados do séc. XIX. Aludir sobre o ensino na Medicina, nos remete a pensar sobre o atendimento à saúde prestada no início da colonização brasileira. Os habitantes das terras, os povos indígenas, faziam uso dos rituais, dos feiticeiros e das plantas para obter sucesso nos casos em que a doença se fazia presente. Em 1549, com a chegada ao Brasil de Tomé de Sousa, militar e político português, pisaram também em terras brasileiras os missionários que entre as atividades previstas, atuavam como médicos, enfermeiros, boticários (farmacêuticos) na prestação da assistência à saúde (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

No governo de Tomé de Sousa houve a fundação da cidade de Salvador em 1594. Os jesuítas, sob a chefia de Manoel de Nobrega, além da evangelização dos habitantes nativos, preocuparam-se com a educação, fundando o primeiro colégio no Brasil. No séc. XVIII, em algumas vilas e cidades havia boticas (farmácias) ou

hospitais instalados nesses colégios dos jesuítas (GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Importante destacar que houve partilha e entrelaçamento de saberes das culturas indígenas, missionárias e jesuíticas. No entanto, o saber produzido necessitava de maiores aportes para melhores resultados no quesito das doenças, principalmente, no atendimento de pessoas de grande influência, como por exemplo, a nobreza.

E assim se sucedeu quando em 22 de janeiro de 1808, com a chegada da família real e do príncipe regente ao Brasil, as necessidades de atendimento médico a essa importante família portuguesa e a sua comitiva, impulsionaram à criação do primeiro curso de Medicina neste país, dando início ao ciclo universitário. O ensino médico teve seu início menos de um mês depois da família real ter desembarcado em Salvador. Salientamos que, até este momento da história, aqueles que queriam se tornar médicos, deveriam dirigir-se a Coimbra para realizar seus estudos (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Salvador será eternamente lembrada pelo legado de ter sido a primeira cidade e capital do Brasil a possuir a primeira escola de Medicina do país, criada em 18 de fevereiro de 1808, por determinação do príncipe regente D. João VI que a denominou de Colégio de Cirurgia - marco do início do ensino superior no Brasil. Este curso ficava nas dependências do Hospital Real Militar e possuía somente dois professores os quais não recebiam nenhuma remuneração pelo ofício. A presença em sala de aula não era obrigatória. O documento que pode ser considerado como 'certidão de nascimento' do ensino médico brasileiro foi escrito por D. Fernando José de Portugal e Castro, ministro de D. João VI ao Conde da Ponte (GOMES, 2005; LIMA-GONÇALVES, 2002).

Com a inauguração da escola de Medicina, os brasileiros não necessitaram mais recorrer aos estudos nas academias médicas portuguesas na obtenção de conhecimentos para atender a população tornando-se marco para importantes mudanças na época (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Tratando-se de apontamentos relativos à história do ensino médico brasileiro, outro fato que merece destaque e que sofreu influência com a chegada da família real foi a imprensa. O decreto do príncipe regente D. João, em 13 de maio de 1808, autorizou a publicação no país inaugurando a primeira imprensa nacional denominada 'Impressão Régia' com o intuito de registrar a vida administrativa do Brasil pelo Diário

Oficial da União. Anterior a isso, os livros que circulavam no país provinham do exterior. Este acontecimento certamente apresentou repercussões para o ensino médico com a possibilidade de publicar e circular informações (FIGUEIREDO; 2005).

O Colégio de Cirurgia já denominada Academia de Cirurgia, foi transformada em 29 de dezembro de 1815 em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia e suas aulas aconteciam nas dependências do Hospital de Caridade, em Salvador (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Em 1815, o ensino de Medicina na Bahia passou a ter cinco anos de duração pelos esforços do baiano Dr. Manoel Luiz Álvares de Carvalho, cirurgião e médico de Dom João VI. Pode se considerar que esta foi a primeira reforma que o ensino médico sofreu. Em 1884, foram unificados os cursos médico e cirúrgico com mudança no nome para Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas Práticas (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Esta formação era centrada no ato cirúrgico recebendo o profissional uma licença somente para executar cirurgias. O ano letivo compunha-se de nove meses (março a dezembro). O exame final acontecia na presença do Governador da Capitania em que o aluno deveria apresentar e defender histórias clínicas de cinco pacientes. Dezesete anos depois, em 1832, por ato da Regência Trina, as escolas foram denominadas de Faculdades, respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com incremento do ensino para seis anos de duração (GOMES, 2005; NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

Com o deslocamento da família real para o Rio de Janeiro em 08 de março de 1832, houve determinação do Príncipe Regente para a criação de mais uma escola de Medicina no país, desta vez, situada na nova capital. Sendo assim, em abril daquele ano foi criada a Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro com as seguintes características: ensino de quatro anos, presença obrigatória nas aulas com emissão de certidão de competência ao final do curso, sob o juramento dos profissionais para se encarregarem dignamente da saúde pública. Todavia, as duas escolas no território brasileiro tinham a mesma característica, eram “escolas de cirurgia”, formavam cirurgiões ficando a formação de médicos reservada à Europa, principalmente em Portugal (LIMA-GONÇALVES, 2002; GOMES, 2005; GONÇALVES; BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Nessa trajetória pela história do ensino médico brasileiro, não se pode deixar de mencionar o nome de Vicente Cândido Figueira de Saboia que se formou médico

pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1857. Após estágios na Europa se tornou professor e, mais tarde, diretor da Faculdade de Medicina na então capital do Brasil. Empreendeu importantes reformas no ensino médico tornando-se referencial para todo o Brasil, constituindo-se em médico da Casa Imperial recebendo o título de Visconde, pelo Imperador Dom Pedro II (TUOTO, 2008).

Pela sua característica inovadora e na qualidade de médico e professor seguiu para a França, Itália, Bélgica e Inglaterra com objetivo de conhecer sobre a formação médica vigente naquelas renomadas escolas europeias. Sua inestimável contribuição ao ensino médico brasileiro deu-se na confecção de um relatório em 1842 que serviu de referência à elaboração do primeiro trabalho relativo à formação e criação da futura universidade brasileira. Tem-se aqui a certificação da influência europeia que sofreu o ensino médico brasileiro, desde seus primeiros ensaios (PIERUCCI, 2010).

A história permite surpresas e descobertas relevantes e insere-se nesta tese uma delas. Após 25 anos da escola carioca de Medicina, em 28 de novembro de 1857 foi defendida a primeira tese de doutorado do Brasil na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro pelo acadêmico Tomaz Baptista Pinto D'Almeida, com o título 'Da Operação da Fístula Lacrimal' a fim de obter o grau de Doutor em Medicina. Tese esta que está compilada em 31 páginas (D'ALMEIDA, 1857).

A partir de então, novas escolas médicas surgiram em diferentes lugares do Brasil, principalmente nas capitais. Devido à importância no cenário brasileiro daquela época, traçou-se um recorte temporal e foram listadas as 10 primeiras Instituições de Ensino Superior de Medicina do Ensino Médico com referência ao número de vagas e à administração que as regia, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 - Instituições de Ensino Superior de Medicina no Brasil

Nº	Data da criação	Instituição mantenedora	Vagas no 1º ano	Administração
1	18/02/1808	Universidade Federal da Bahia	160	Federal
2	05/11/1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro	200	Federal
3	01/03/1898	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	140	Federal
4	01/03/1911	Universidade Federal de Minas Gerais	320	Federal
5	01/01/1912	Universidade Federal do Paraná	190	Federal
6	10/04/1912	Universidade Federal do Rio de Janeiro	160	Federal
7	07/12/1912	Universidade de São Paulo	175	Estadual

8	03/01/1919	Universidade Federal do Pará	150	Federal
9	04/05/1920	Universidade Federal de Pernambuco	140	Federal
10	01/01/1929	Universidade Federal Fluminense	160	Federal

Fonte: Nassif (2010)

Após 121 anos (1808 a 1929) da chegada da família real ao Brasil, apenas 10 escolas médicas foram criadas numa abrangência geograficamente equilibrada com distribuição nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul com predominância de escolas na região Sudeste, sendo 90% de cunho administrativo Federal (NASSIF, 2010) (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Do ano de 1921 a 1960, portanto, em 39 anos, foram criadas 20 novas escolas das quais 60% (12) eram de administração Federal, 20% (4) Estadual e 20% (4) Privativa. Nesse período, surge a primeira escola de administração Privada do Brasil, a da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Passados 14 anos, no espaço de tempo de 1961 a 1975, houve um importante incremento com inauguração de 46 escolas médicas no país, das quais 27 se localizavam na região Sudeste. Saliento que nesse espaço de tempo houve uma invertida no quesito administrativo, sendo 54,35% (25) das escolas com administração Privada e somente 21,74% (10) Federal. As escolas Estaduais de medicina eram somente 19,57% (9) do total e de âmbito Municipal 04,34% (2). Essas escolas, vinculadas ao governo federal, foram induzidas a aumentar o número de vagas em seus cursos com provável repercussão na qualidade da formação dos médicos, por conta da inexistência de recursos educacionais, principalmente de docentes e de leitos hospitalares para o ensino clínico necessário à prática (LIMA-GONÇALVES, 2002; NASSIF, 2010).

De 1976 a 1999, no período de 23 anos, há uma diminuição significativa de escolas médicas, talvez pela tomada de consciência das autoridades educacionais quanto à qualidade da formação e suas repercussões. Outro fator que se verifica é a prevalência das escolas particulares de 71,42% (20); em seguida, das Estaduais com 10,71% (3), escolas Federais com 14,30% (4), finalizando com 03,44% (1), a escola municipal. O predomínio da localização espacial das escolas acontece na região sudeste considerada a mais populacional e contendo índices elevados de desenvolvimento socioeconômico (LIMA-GONÇALVES, 2002; NASSIF, 2010).

Nos últimos 16 anos, de 2000 a 2016, compatibilizando-se o levantamento até março de 2016, quando foi criada a última escola de medicina, o aumento das escolas médicas no Brasil aponta um dado preocupante. Foram criadas 172 escolas assim

delineadas: 25,50% (44) Federais; 09,30% (16) Estaduais; 59,89% (103) de cunho privativo e as municipais que contabilizaram 5, 23% (9). Percebemos que as escolas privadas tiveram uma verdadeira explosão por todo o país, sendo que 36 delas estão localizadas dentro do estado de São Paulo. Há preocupação com a qualidade do ensino ofertado com a preparação de médicos despreparados. Todavia, o Conselho Nacional de Saúde é o órgão que autoriza a criação de cursos de medicina por universidades e instituições de ensino superior, e que devia se manifestar em 120 dias sobre a necessidade social do mesmo, de acordo com o previsto no decreto 2.306 de agosto de 1997 (LIMA-GONÇALVES, 2002; NASSIF, 2010).

Por questões didáticas, elaboramos a Tabela 1 relativa ao panorama de surgimento das escolas médicas no Brasil ao longo de sua história; de 1808 a 2016.

Tabela 1 - Surgimento das escolas médicas e suas especificidades

Escolas		ADMINISTRAÇÃO				
Período	Tempo em anos	Nº de escolas criadas	Federal N %	Estadual N %	Privada N %	Municipal N %
1808-1920	121	10	09 90,00	01 10,00	- -	- -
1921-1960	39	20	12 60,00	04 20,00	04 20,00	- -
1961-1975	14	46	10 21,74	09 19,57	25 54,35	02 04,34
1976-1999	23	29	04 04,30	03 10,71	20 71,42	01 03,44
2000-2016	16	172	44 05,59	16 09,30	103 59,89	09 05,23

Fonte: Nassif (2010)

Ao se traçar um panorama da criação das escolas médicas vale lembrar a importância que as Santas Casas de Misericórdia representaram na formação destes profissionais, tendo em vista a necessidade de atividades práticas junto a pacientes em ambientes hospitalares. Desde os primórdios do ensino médico brasileiro, as Santas Casas foram importantes para o ensino e aprendizado do aluno. A primeira escola de medicina do Brasil, na Bahia, vinculou-se à Santa Casa pela necessária aproximação dos alunos aos pacientes internados, podendo colaborar para a formação teórica e prática dos aprendizes que, diga-se de passagem, se encontravam em estado embrionário no país.

As Santas Casas tornaram-se uma importante herança da colonização portuguesa no Brasil. As duas primeiras Santas Casas, fundadas em Salvador e no Rio de Janeiro, respectivamente, foram criadas por determinação do Príncipe

Regente. Todas as demais surgiram por iniciativa de médicos e personagens que exerciam importante papel na sociedade da época. Ao mesmo tempo em que foram criadas para atendimento essencial aos desvalidos/miseráveis/indigentes da sociedade, contribuíram para que surgissem e/ou desenvolvessem 51 escolas médicas no Brasil, o que permitiu o aprendizado num espaço privilegiado, os hospitais, que eram mantidos financeiramente por integrantes da sociedade local. Em contrapartida, os melhores médicos ocupavam os ambientes das Santas Casas o que incentivou o afluxo também de pessoas que possuíam condições financeiras mais favoráveis para tal (LIMA-GONÇALVES, 2002).

As Santas Casas tiveram influência não somente na formação dos médicos, mas também, na aquisição dos docentes para tal. Os médicos que compunham o corpo clínico das instituições de saúde, principalmente nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, eram convidados pelas instituições de ensino para compartilhar seus ensinamentos e vivências clínicas junto aos alunos (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Em 1891, foi sancionada a lei que criava na cidade de São Paulo, a “Academia de Medicina, Cirurgia e Pharmacia” e somente após 21 anos, em 1912, a lei estadual sancionou a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Vale ressaltar que já nos primórdios do funcionamento da faculdade, foram convidados renomados médicos da Europa para compor o corpo docente nas áreas de anatomia, fisiologia e patologia. Em 1916, foi estabelecido acordo com as Santas Casas permitindo aos alunos atender/estudar pacientes clínicos em algumas enfermarias daquele estabelecimento. Estava firmada a importante parceria entre o ensino e a prática, tornando-se a Santa Casa um hospital-escola (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Uma importante e marcante contribuição para o ensino médico brasileiro foi a parceria firmada em 1912 com a Fundação Rockefeller que detinha experiência por desenvolver atividades empreendedoras na área médica em diversos países. O acordo regia que a Fundação proveria recursos financeiros para a construção de instalações no campo da educação e, em contrapartida, a Faculdade aceitaria a introdução de medidas para melhorar o padrão educacional (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Apesar da contribuição em fortalecer o ensino médico, a proposta trazida pela Fundação Rockefeller tinha como objetivo que o ensino médico tivesse suas bases firmadas no ensino médico do modelo de medicina vigente nas *Rockefeller Scholls*,

principalmente na Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade de *John Hopkins* nos Estados Unidos (PIERUCCI, 2010).

Os frutos dessa parceria se concretizaram em importantes ações. A construção do Hospital de Clínicas em São Paulo e a ida de um grupo de professores para visitar várias escolas médicas e hospitais dos Estados Unidos e da Europa. Os resultados foram altamente benéficos permitindo evolução do ensino médico brasileiro. Em contrapartida, esse ensino continuou sofrendo grandes influências, primeiramente dos modelos europeus com a contribuição do Visconde de Savóia, e agora, nesse momento da história, do modelo americano na formação de médicos que foi fortalecido ainda mais, pelo padrão da medicina científica americana baseada no relatório de Flexner, em 1910. Esse relatório estava sendo elaborado no mesmo período histórico da inserção da Fundação *Rockefeller* no Brasil (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Não se pode trilhar o caminho da construção do ensino médico brasileiro sem fazer menção mais detalhada ao já mencionado Relatório Flexner por ser um marco na formação médica. Seu criador foi considerado grande reformista transformando a educação médica de todos os tempos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Seus escritos trazem implicações que perduram até os dias atuais para a formação médica e a medicina mundial.

Abraham Flexner, descendente de imigrantes judeus alemães, nasceu em 1866 em Louisville, nos Estados Unidos. Morreu em Nova York em 1959, aos 93 anos de idade (TOMEY, 2002). Formou-se médico pela Universidade *John Hopkins* e, mais tarde, tornou-se professor nessa Universidade. Fins do séc. XIX e início do séc. XX foi convidado pela Fundação Carnegie desse mesmo país, para avaliar o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá. Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* nos Estados Unidos, mais conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report*) (FLEXNER, 1910). Esse relatório apontou sérias lacunas no ensino médico daqueles países, sendo a maioria das escolas consideradas desnecessárias e/ou inadequadas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Como consequência foram fechadas 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos e a reformulação do ensino médico com mudança curricular em relação às disciplinas das ciências básicas. Houve fixação de rigorosas diretrizes para o funcionamento das escolas naquele país. As diretrizes formuladas compunham

a definição de padrões de entrada e ampliação para quatro anos de curso, a introdução do ensino laboratorial, o regime de tempo integral para docentes, a criação do ciclo básico e a expansão do ensino clínico nos hospitais, a vinculação das escolas médicas às universidades, ênfase na pesquisa biológica, a vinculação da pesquisa ao ensino e o controle do exercício profissional pela profissão organizada. (PIERUCCI, 2010 p. 73).

Houve uma retirada de todas as propostas de atenção em saúde que não atendessem o modelo vigente. Por outro lado, o levantamento realizado por Abraham permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas tendo em vista as melhorias na formação dos futuros médicos com a introdução de uma racionalidade científica. “O que Flexner propunha, era, na verdade, a reforma do sistema escolar como um todo, reforma essa que recebia o título mágico de *universidade*” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 495).

Estas diretrizes tiveram sérias repercussões, após sua divulgação, em todas as escolas médicas. Tornaram-se um modelo de ensino predominante nos currículos nas faculdades de medicina da América Latina e no Brasil cuja influência se verifica até os dias atuais. Essa influência será abordada com mais detalhes quando da alusão à formação médica e aos avanços e dificuldades do ensino.

A publicação do relatório promoveu reflexões também no território brasileiro quanto à necessidade de mudanças na educação médica. Nesse sentido, manifestaram-se diversas entidades responsáveis pelo ensino ou com ele envolvidas. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), fundada em 1962, propôs modificações no quesito de formação dos médicos e o que se deu em 1991 quando foi criada a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que desde seus primórdios, tem realizado amplo trabalho contribuindo para melhorias no ensino.

Em 2004, o Ministério da Educação instituiu o Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) pela Lei ^o10.861. No Brasil, houve diversos mecanismos de controle para avaliar o ensino superior que foi criado para “estimular a assunção de responsabilidades e a visibilidade que devem ter os sistemas educativos na informação dos diversos atores, nível individual, institucional, governamental e no conjunto da sociedade” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 137). Contudo, nessa tese, não serão abordadas com mais propriedade as questões relativas à avaliação do ensino brasileiro, em especial do ensino médico. O foco está na avaliação inerente ao ensino, suas aproximações e encaminhamentos no quesito da formação do futuro profissional.

1.2 FORMAÇÃO DO MÉDICO: AVANÇOS E DIFICULDADES

As academias de ensino surgem com a finalidade de formar profissionais. Pode-se dizer que hoje, no Brasil, é uma atividade desafiadora, tanto no quesito qualidade quanto para se atender as necessidades vigentes da sociedade contemporânea, principalmente, no que tange à saúde. Dito isso, consideramos que o panorama desenhado para o ensino médico enquanto elemento formador tem sido motivo de preocupação para uns e instigado outros a se debruçarem sobre essa temática.

Vale lembrar que os sujeitos envolvidos, alunos e professores, assumem grande parcela de responsabilidade. Contam com importantes insumos no processo de ensino e de aprendizagem como as diretrizes curriculares e institucionais, as bases legais, os objetivos educacionais, os conteúdos curriculares, os instrumentos de avaliação, entre outros. Depois de intrincado complexo e minucioso trabalho de muitas mãos, paulatinamente os avanços na formação profissional médica se fizeram e continuam se fazendo presente por conta daqueles que perceberam a importância que a formação assume neste contexto.

Salientamos a perspectiva que contém a palavra processo nesta escrita. Trata-se de algo a ser construído, o 'vir a ser' algo que não está pronto e que será construído paulatinamente, no decorrer do tempo, entre a realidade que está vigente e o que virá a ser em direção a melhorias e avanços.

O ensino médico tem como prerrogativa formar médicos ou ensinar como as pessoas se tornam médicas, ou ainda, a aprender a ser médico com aquisição de conhecimentos teóricos essenciais para que, por meio de um adequado raciocínio, se chegue a um acertado diagnóstico de doenças e de como saná-las. Paralelamente, precisará desenvolver habilidades práticas que, associadas ao raciocínio clínico, dê condições à prescrição correta do tratamento e à resolução do problema de saúde.

O ensino e a avaliação são permeados por competências profissionais que, pela importância que assumem, se configuram em 07 dimensões na prática profissional médica, expostas no Quadro 2:

Quadro 2 - Dimensões da Competência Profissional

1) Cognitivo

Conhecimento básico
 Habilidades básicas de comunicação
 Gestão da informação
 Aplicar o conhecimento a situações do mundo real
 Usando conhecimento tácito e experiência pessoal
 Resumo de resolução de problemas
 A aquisição autodirigida de novos conhecimentos
 Reconhecer lacunas no conhecimento
 Gerando perguntas
 Usando recursos (por exemplo, evidências publicadas, colegas)
 Aprendendo com a experiência

2) Técnico

Habilidades de exame físico
 Habilidades cirúrgicas /procedimentais

3) Integrativo

Incorporar o julgamento científico, clínico e humanístico
 Usando estratégias de raciocínio clínico adequadamente (hipotético-dedutivo, reconhecimento de padrões, conhecimento elaborado)
 Vinculação do conhecimento básico e clínico entre disciplinas
 Gerenciando a incerteza

4) Contexto

Definição clínica
 Uso do tempo

5) Relação

Habilidades de comunicação
 Como lidar com conflitos
 Trabalho em equipe
 Ensinar os outros (por exemplo, pacientes, estudantes e colegas)

6) Afetivo / Moral

Tolerância à ambiguidade e à ansiedade
 Inteligência emocional
 Respeito pelos pacientes
 Capacidade de resposta aos pacientes e à sociedade
 Cuidando

7) Hábitos da Mente

Observações do próprio pensamento, emoções e técnicas
 Atenção
 Curiosidade crítica
 Reconhecimento e resposta aos vieses cognitivos e emocionais
 Disposição para reconhecer e corrigir erros

Fonte: Epstein e Hundert (2002, p. 227)

Consideramos também oportuno mencionar a importância que o currículo oculto ocupa na formação dos acadêmicos. A atitude, o comportamento que o professor dispensa no trato com os alunos, com os pacientes e familiares é condição

para que os aprendizes construam um conjunto de valores os quais serão fortemente influenciados na sua futura atuação como médicos.

Por tratar-se de um profissional que estuda para atendimento às necessidades de saúde das pessoas, pressupõe-se que este deva, além do conhecimento cognitivo e das habilidades técnicas, possa, também, conhecer a proposta curricular do curso de graduação e seus conteúdos e aprimorar, ainda, atitudes e comportamentos que lhe permitam relacionar-se com o doente e seus familiares. Ter uma abordagem em que a atitude não seja de voltar-se para o diagnóstico da doença distanciando-se da pessoa doente, mas sim, colocar-se no lugar do doente com respeito e até compaixão de seu sofrimento. Reconhecer que se trata de alguém portador de uma doença e não uma doença em si. Essa é uma condição *sine qua non* para um tratamento humanizado, uma essência da medicina que necessita ser urgentemente retomada como em seus primórdios.

É possível identificar na formação médica dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas que reforça a prática individualista da medicina e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática (KOIFMAN, 2001). Além disso, seus alicerces fundamentam-se em modelos tradicionais, baseados em muitos conteúdos teóricos, enquanto a realidade médica exige dinamismo e desenvoltura na prática (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005). Pautase, também, no ensino centrado no professor, presente ainda na grande maioria das escolas de medicina no Brasil que paulatinamente vêm sendo substituído pela prática do ensino mais centrado no aluno. Prática essa que o incentiva a ser partícipe da produção do seu conhecimento por meio de ações que o mobilizam ativamente na busca de soluções para seus questionamentos. Daí, a justificativa dos programas de formação continuada de professores e de mudanças curriculares em atendimento a essa demanda.

Os modelos de ensino têm sofrido diversas transformações em várias áreas com o objetivo de atender as necessidades da formação para que deixe de haver uma transmissão unidirecional do conhecimento, dando lugar a um modelo de construção coletiva dos saberes. Nesse pensar, o ensino médico tem sido objeto de estudos e de diversas pesquisas sofrendo influência dos aspectos políticos, didático-pedagógicos,

culturais e comunitários para atender às mudanças nos sistemas e serviços de saúde, bem como à própria educação brasileira e mundial (OLIVEIRA; ALVES, 2011).

Pela facilidade do acesso ao conhecimento escrito e falado, o aluno hoje traz para dentro da sala de aula interrogações das mais diversas e até complexas, as quais muitas vezes podem causar no docente uma situação de desconforto por mobilização de saberes dos quais ele não possui pleno domínio. Essa é uma consequência da dinamicidade do conhecimento que na área da medicina é bastante notória.

Ao aproximar a lente do processo formativo, salta à vista o perfil do egresso que deixa, não mais os bancos escolares, mas sim as carteiras universitárias. É unânime a prerrogativa de que as escolas médicas brasileiras estão formando subespecialistas, mesmo com a intencionalidade prevista de formar médicos generalistas (JATENE, 2013-2014).

Durante o transcorrer do curso, em muitas situações, o aluno escolhe a especialidade que pretende seguir. Esta escolha passa a direcionar seu estudo e se torna muitas vezes, responsável pelo desinteresse no conteúdo das demais disciplinas. A escolha pode estar acontecendo porque a grande maioria dos professores é titular-especialista, que durante o exercício na docência, não consegue desvincular seus ensinamentos para uma ação generalista. Saliem detalhes que cabe aos especialistas na execução de diagnóstico e de tratamento e os professores elaboram conteúdos tão específicos que muitas vezes são encontrados no rodapé das páginas dos livros.

Outro responsável pelo problema da especialidade na formação reside no fato de que uma grande parcela do ensino, tanto em seus aspectos teóricos como práticos (campos de estágios), ainda continua concentrada nos hospitais, o que alimenta o constituído modelo hospitalocêntrico da assistência médica. Modelo este que compreende a resolução dos problemas de saúde e se pauta no tratamento curativo das doenças em âmbito hospitalar, advindo após a afirmação de Flexner (1910) que o estudo da medicina deveria estar centrado na doença e que ela é um processo natural, de caráter essencialmente biológico. Diante dessa visão, os aspectos sociais, coletivos e a própria comunidade, além de não serem considerados relevantes e não fazerem parte curricular do ensino médico são desconsiderados no processo saúde-doença. Daí entendemos por que os hospitais se transformam no principal local de ensino e de aprendizagem da medicina durante todo o século XX, deixando as salas

de aula da faculdade para o ensino de laboratórios nas áreas básicas (anatomia, fisiologia e patologia) (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Este modelo, segundo Amoretti (2005, pág. 139), “afirmou com uma nova lógica o poder institucional dos médicos, fortemente ancorados no conhecimento especializado. O procedimento técnico ganhou centralidade nas práticas médicas”. E a repercussão no ensino, principalmente da medicina, traduziu-se na fragmentação do saber em disciplinas por especialidades.

É notória a preocupação do aluno, nos anos finais da formação, em passar na residência médica. E na perspectiva de Jatene (2013-2014, p. 85) “a residência médica é uma complementação que não resolve o problema do país. Ela forma especialistas, que vão agravar a concentração que já temos. [...] não vai formar o médico de que o país precisa”. Aliás, todo e qualquer curso de graduação tem a função primeira de formar profissionais generalistas deixando para o professor especialista sua atuação na pós-graduação, com promoção de pesquisas e desenvolvimento de tecnologias que possam atender aquele fim específico.

E, ao voltar-se para o desenvolvimento de tecnologias, outro componente implícito na formação dos alunos de medicina é em relação às repercussões do uso da tecnologia. Segundo Postman (1994), não se pode negar que ela tem contribuído com os avanços técnicos e científicos da ciência e do mundo, tornando-se aliada no desvelar do conhecimento. Contudo, a tecnologia hoje tem assumido proporções jamais vistas em relação a sua empregabilidade, tanto em relação a seus benefícios quanto a seus malefícios, principalmente na área da saúde. Nesse sentido, houve preocupação de médicos clínicos em relação à tecnologia, que tem ressoado através de séculos e que trata da afirmação de que a

interposição de um instrumento entre médico e paciente transformaria a prática da medicina; os métodos tradicionais de interrogar os pacientes, levando a sério seus relatos e observando com atenção os sintomas externos, tornar-se-iam cada vez mais irrelevantes. Os médicos perderiam a capacidade de realizar exames com perícia e confiariam mais na maquinaria do que na experiência e discernimento (POSTMAN, 1994, p. 105-106).

Afirmção essa que apresenta conotação de contemporaneidade em que a confiança maior do médico é depositada nos resultados visualizados em exames,

muitas vezes, em detrimento ao que é expresso pelo paciente quer seja por conta do que este relata ou pela expressão de seus sinais e sintomas.

A tecnologia foi responsável pelo surgimento dos especialistas na área da radiologia e da patologia, no segundo estágio da prática médica, quando a maquinaria técnica provocou a comunicação indireta com o indivíduo. Estes profissionais passaram a interpretar o significado da informação técnica por meio de fotografias e tecidos sem nenhum contato com o paciente que se submeteu ao exame. A despersonalização e o afastamento entre as pessoas mais importantes da relação terapêutica, médico e paciente, são frutos de uma exacerbada tecnologia na saúde que pode se configurar, também, como uma agressividade tecnológica quando o profissional faz uso de forma desmedida e irresponsável (POSTMAN, 1994).

Outro aspecto a ser mencionado em relação à tecnologia é quanto a competência médica, pela quantidade e variedade dos aparatos tecnológicos empregados no quesito dos diagnósticos. “Os próprios médicos sentem-se limitados e dominados pela necessidade de usar toda a tecnologia disponível” (POSTMAN, 1994 p. 111). Denotamos que ela detém o poder em determinar e redefinir a prática médica que facilmente se deixa levar pelo ímpeto dos médicos na solicitação de exames quando poderiam ser selecionados outros procedimentos, muitas vezes não invasivos, de baixo custo, com boa resolutividade, e evitar assim, benefícios muitas vezes seletivos para uma determinada população.

Nesse pensar, os docentes necessitam refletir e ajudar os alunos para formar médicos capazes de atender as necessidades da população sem o uso da alta tecnologia tendo em vista que esta atende somente a uma minoria. Isso sem referência à alusão da perda da visão humanitária na medicina pelo enfoque tecnológico (OLIVEIRA, 2000) (JATENE 2013-2014).

Sobre os avanços e dificuldades inerentes à formação médica, desde o séc. XX mudanças têm sido propostas no mundo e no Brasil. Mudanças essas que devem ser orientadas pelos princípios básicos de algumas iniciativas como a Declaração de Alma-Ata (1978), a Declaração de Edimburgo (1988) e, no Brasil, a CINAEM e as DCN para os Cursos de Graduação em Medicina (2014). Em todo o mundo e aqui no Brasil, a formação médica sofre ajustes e transformações, principalmente no que tange às questões curriculares (MARTINS, 2008). É um processo dinâmico que tenta acompanhar as mudanças da saúde e seus determinantes sociais.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde, mais conhecida como Conferência Alma-Ata; deu-se na cidade do Cazaquistão, na Rússia em 1978, com o lema “Saúde para todos no ano 2000”. Esta e as demais conferências e debates que surgiram após a Alma-Ata; suscitaram reflexões para mudanças na formação do profissional médico e dos profissionais da saúde, em geral, em todo o mundo (PANÚNCIO-PINTO; RODRIGUES; FIORATTI, 2015).

A Alma-Ata resultou na formulação da primeira declaração internacional com ênfase à atenção primária à saúde e se tornou um marco em relação às mudanças ocorridas na organização de sistemas de saúde do mundo, inclusive no Brasil, com incentivo à estruturação e criação do Sistema Único de Saúde.

Essa declaração alterou o conceito de saúde definindo-a não mais como ausência de doença ou enfermidade, mas sim como estado de completo bem-estar físico, mental e social considerado um direito humano fundamental. O enfoque não mais curativo como outrora havia sido, mas sim focado na saúde em seus aspectos preventivos, exigiu redefinição dos objetivos, tanto na formação dos profissionais de saúde em geral, como na formação dos médicos.

Outra prestimosa contribuição para o ensino médico foi a Declaração de Edimburgo ocorrida na Escócia em 1988, promovida pela Conferência Mundial de Educação Médica. Teve um papel fundamental nas mudanças curriculares que foram realizadas nas décadas seguintes. Na composição da referida Declaração, especial destaque para as seguintes propostas: a) ampliar os cenários em que ocorre o ensino além do ambiente hospitalar; b) os conteúdos curriculares devem refletir as prioridades de saúde do país levando em consideração a disponibilidade de seus recursos; c) garantir o aprendizado durante a vida com ênfase nos métodos ativos (estudos independentes e métodos tutoriais); d) criar currículos e sistemas de avaliação dos alunos que contemplem, tanto a competência profissional como os valores sociais, permeados por uma aprendizagem significativa; e) realizar treinamento dos professores como educadores e não apenas como especialistas e considerar a excelência no ensino tão importante na área da pesquisa quanto na prática clínica; f) dar ênfase à promoção da saúde e prevenção das doenças; g) procurar a integração dos conhecimentos (ciência e prática) fazendo uso da solução de problemas como base para o aprendizado; e, h) utilizar métodos de seleção de

acadêmicos de medicina que contemplem, além da capacidade intelectual e o desempenho acadêmico, também qualidades pessoais (MARTINS, 2008).

Em 1991, foi criada a CINAEM que sinalizou para ampla transformação da escola médica em seus aspectos curriculares, aprendizagem baseada na prática da assistência às pessoas e à comunidade, diversificação dos cenários de aprendizagem e emprego de métodos ativos de ensino e de aprendizagem (TEMPSKI; MARTINS, 2012).

Em 2002, foi realizada avaliação das escolas médicas pela ABEM e seus resultados foram extremamente preocupantes, entre eles:

[...] baixa qualidade e qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias e currículos arcaicos (FEUERWERKER, 2002 apud PAGLIOSA; DA ROS; 2008 p. 497).

As DCN vigentes para o Curso de Graduação em Medicina foram aprovadas em 2014 pelo Ministério da Educação e, com elas, várias implementações na formação médica em consonância com as necessidades de saúde da população brasileira. Têm o propósito de promover uma formação geral, humanista e crítica para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) com responsabilidade social e compromisso com a cidadania, dignidade humana e saúde integral da população (BRASIL, 2014).

Nela consta que a formação médica deverá usar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração dos conteúdos de ensino e pesquisa, extensão e assistência.

Contêm, ainda, algumas mudanças estruturais como a instituição de avaliações progressivas para o estudante do 2º, 4º e 6º anos, assim como o aperfeiçoamento do SINAES para os cursos de graduação de Medicina.

Um importante avanço está na existência de programas de desenvolvimento e aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina, assim como medidas de valorização da atividade docente. Nesse sentido, prevê também, a criação de programas permanentes de formação de profissionais dos serviços de saúde e um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino e de aprendizagem.

Em relação ao processo avaliativo, as avaliações somativa e formativa do aluno, deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo de ensino e de aprendizagem, como também do próprio curso.

Diante do exposto, a formação médica brasileira tem traçado um caminho entre idas e vindas com uma construção linear e ao mesmo tempo com períodos não tão lineares assim, mas de grande significância. Avanços se deram, porém, o processo de construção para se atingir a excelência na formação, continua a acontecer.

Nessa caminhada, alguns motivos colaboraram para que não se atingisse o proposto pelas demais iniciativas em relação ao ensino médico, já vistas. Dentre esses motivos, alguns deles estão presentes hoje, ainda, na formação como o pouco envolvimento do professor médico com o ensino e a capacitação que ela requer. No ambiente acadêmico os docentes são fortemente atraídos pela pesquisa científica ficando a formação e seus aspectos educacionais, pedagógicos e didáticos, em segundo plano.

Tratando-se da formação médica sob o prisma dos avanços e dificuldades, importante inserir nesta compilação a contribuição de Amoretti (2005, p. 140-141-142) quanto ao perfil predominante do profissional médico que se forma no Brasil, elementos negativos ou faltantes na formação e características do profissional que se pretende formar:

Perfil predominante do profissional médico que se forma no Brasil:

- a) Essencialmente positivista com enfoque biologicista e utilitário;
- b) Alto grau de competência profissional;
- c) Fortemente centrado em sua especialidade;
- d) Predisposto à utilização de novas tecnologias, equipamentos e técnicas, devido à formação tecnicista;
- e) Com tendência a medicalizar o processo saúde-doença e a incorporar equipamentos e insumos;
- f) Atualizado, assíduo nos estudos e na formação em serviço já que precisa renovar constantemente seus conhecimentos;

- g) Marcadamente individualista;
- h) Formado num modelo idealizado, coerente com práticas profissionais liberais e privatistas, estimulado à realização de procedimentos motivados por interesses econômicos;
- i) Resistente a trabalhar em igualdade de condições com as outras profissões da área da saúde;
- j) Paternalista na relação com o paciente e seus familiares;
- k) Onipotente na crença da cura das doenças, tendo este aspecto se intensificado com o aumento da eficácia dos procedimentos médicos;
- l) Altamente corporativista na defesa da manutenção das situações estabelecidas em torno do poder e do controle do saber constituído;
- m) Crítico do SUS e defensor de uma visão liberal e autônoma da profissão.

Elementos negativos ou faltantes na formação:

- a) Pouco conhecimento e nenhum compromisso com a organização do Sistema Único de Saúde;
- b) Pouco envolvimento com aspectos administrativos e gerenciais da gestão da saúde pública;
- c) Pouca compreensão da importância do trabalho em equipe multiprofissional, com integração de conhecimentos interdisciplinares, para uma assistência focada na pessoa e em suas necessidades;
- d) Fraca formação humanística, psicológica, sociológica e filosófica;
- e) Despreparado para o atendimento das patologias prevalentes, segundo a epidemiologia das diferentes regiões do país;
- f) Pouco preparado psicologicamente para o exercício de sua profissão;
- g) Não comprometido com aspectos políticos e sociais que propiciem a busca de soluções para os problemas de saúde da população;
- h) Com fraco conhecimento da realidade situacional, do ambiente e das condições de vida das famílias nas comunidades;
- i) Resistente a mudanças e, geralmente, defensor da manutenção do *status quo* vigente na saúde.

Características do profissional que se pretende formar:

- a) Desenvolvimento de uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas;
- b) Ampliação de conhecimentos humanísticos em ciências sociais, antropologia e filosofia, capazes de propiciar esta reflexividade crítica;
- c) Manutenção e renovação permanente dos conhecimentos científico-tecnológicos que precisam ser incorporados e utilizados com senso crítico e racionalidade;
- d) Aumento dos conhecimentos baseados na epidemiologia, para a assistência resolutiva das patologias prevalentes nas populações;
- e) Maior participação coletiva na gestão do sistema público de saúde;
- f) Conhecimentos de comunidade, família e técnicas grupais;
- g) Ampliação dos conhecimentos e das práticas multidisciplinares e interdisciplinares, integração com os profissionais das demais profissões;
- h) Aumento dos conhecimentos em psicologia, saúde mental e construção de subjetividade;
- i) Ampliação dos conhecimentos em saúde coletiva, gestão da saúde e informação em saúde, segundo as diretrizes do SUS;
- j) Incorporação dos conhecimentos de educação para a promoção da saúde, de métodos de ensino-aprendizado e de técnicas pedagógicas de preceptoria, tutoria e outras;
- k) Incorporação sobre cuidados e responsabilização das equipes de saúde às pessoas assistidas, com continuidade da assistência em toda a linha de atenção à sua saúde, desde o cenário pré-hospitalar, no hospitalar e, também, no pós-hospitalar;
- l) Integração dos conhecimentos e práticas da assistência, do ensino e da pesquisa, com prioridade para as ações de atenção às necessidades concretas de saúde da população;
- m) Inclusão da bioética como paradigma de orientação ética pelos direitos humanos das pessoas, das populações e das gerações futuras, nas práticas cotidianas e atenção para todos os fatores éticos necessários às mudanças na cultura médica.

Diante do exposto, a de se assinalar a necessidade de formar o formador. O docente do curso de Medicina necessita ter clareza de toda a complexidade inerente à formação e a responsabilidade inerente ao ato de ensinar, ter coerência entre sua atuação profissional e a proposta que envolve tal formação.

Atualmente, na maioria dos casos, o professor é fruto do sistema vigente em que há carência da integralidade do cuidado, de atenção para com o paciente, seus familiares, seus colegas de trabalho e da complexidade inerente ao ser humano. Ele esqueceu-se de que é uma pessoa que deve voltar seus esforços para a totalidade do ser humano. Isto são reflexos das repercussões providas do Relatório Flexner que insiste em se perpetuar.

A formação do médico, os avanços e as dificuldades relacionadas às atividades de aprender e de ensinar, estão impregnadas das mudanças impetradas pelo relatório Flexner na tentativa de solucionar os problemas do ensino médico americano.

No ensino flexneriano, é reforçada a concepção médica baseada na ciência cartesiana e num paradigma curricular positivista sendo o conhecimento científico considerado o único seguro, associado à observação, à experimentação e à mensuração. Exclui-se a subjetividade dando espaço única e exclusivamente à objetividade ficando o sujeito à mercê dos padrões da racionalidade científica conferidos pelo método científico (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Sobre os termos objetividade e subjetividade, lançamos mão do esclarecimento de Vasconcellos (2006 a, p. 14) quando afirma que

[...] são construtos simbólicos a que recorremos para ajudar a enfrentar os desafios de nossa situação de estar no mundo. Na verdade, enquanto representação, tudo é construção do sujeito, logo produto de sua subjetividade; a representação está ocorrendo no sujeito, na sua percepção, na sua mente, no seu corpo. [...] Objetividade é aquilo que existe independentemente do nosso pensamento, que tem autonomia em relação ao sujeito que conhece.

“O adjetivo ‘flexneriano’ é aplicado geralmente com caráter pejorativo aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493).

A fragmentação do conhecimento, característica do modelo de ensino, foi responsável por progressivas especializações que, por um lado, ampliaram e aprofundaram o conhecimento e, por outro, limitaram a visão global do paciente. O médico passou a visualizar o paciente como doença, em detrimento do doente com ênfase da denominação ‘caso’, ‘número’, havendo uma despersonalização do sujeito envolvido. O indivíduo enfermo encontra dificuldade em sentir-se como ator principal, como sujeito autônomo, possuidor do direito de decidir sobre seu tratamento, seu diagnóstico, ou seja, alguém que participa das decisões (LAMPERT, 2013). Acrescentamos ainda que

Há ainda uma insatisfação difusa e crescente com a abordagem biomédica, caracterizada como mecanicista, materialista, invasiva, intervencionista, restrita aos sintomas e progressivamente mais impessoal, dedicando pouco tempo ao paciente. Neste caso, a relação curador-doente parece estar ficando menos harmoniosa, a fragmentação tende a tecnificar o cuidado, reduzi-lo aos aspectos do adoecimento e partes do corpo classificáveis e manipuláveis pela tecnologia científica, e assim “desumanizá-lo” (TESSER, 2009, p. 1733).

A ênfase que foi dada ao modelo biomédico, centrado na doença e no tratamento hospitalar possibilitou o surgimento de programas educacionais que continham uma visão reducionista em relação aos fatores do processo saúde-doença e seus determinantes. Favoreceu também, o distanciamento do profissional do respeito ao desejo do paciente, o dono do “corpo que está sendo tratado” e, muitas vezes, o leva a cometer erros por se considerar “dono do saber” e não escutar a opinião do “dono do corpo” (KOIFMAN, 2001). A abordagem reducionista da medicina faz o médico ver a saúde como mero funcionamento mecânico do organismo, e assim perde de vista o paciente como ser humano (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997). Daí a afirmação de que “a medicina é sobre a doença, não sobre o paciente. E o que o paciente não é digno de confiança; o que a máquina sabe é confiável” (POSTMAN, 1994, p. 106).

Segundo Moraes (2001), a visão mecânica separa os indivíduos de seus relacionamentos, não reconhece a importância do contexto em que estão inseridos, gera um individualismo exagerado onde prevalece o egocentrismo humano. Observa-se, também, a ausência de ética e de solidariedade onde os significados do amor e da compaixão são perdidos e pouco abordados na formação.

Os apontamentos de Flexner, se por um lado sofreram represálias por seu conteúdo, por outro, contém afirmações muito importantes e atuais para o ensino mesmo depois de transcorridos 107 anos. De acordo com Tomey (2002, p. 158), o relatório contém um conjunto de recomendações para docentes e discentes:

- a) Deve alcançar-se a integração das ciências básicas e ciências clínicas nos quatro anos do curso;
- b) A aprendizagem ativa deve ser incentivada;
- c) Deve ser limitada a memorização através de palestras;
- d) Os estudantes devem aprender não apenas fatos, mas sim desenvolver habilidades de pensamento crítico e resolução de problemas.
- e) Os educadores devem enfatizar que para os médicos, a aprendizagem é uma tarefa ao longo da vida.

Há uma visível preocupação de Flexner com as questões pedagógicas e de aprendizagem do aluno e a tarefa do médico enquanto educador. Aponta a integralidade do conhecimento, a metodologia ativa e a parcela da contribuição do aluno em seu aprendizado recorrendo à aprendizagem significativa. Saliencia a importância da prática no cotidiano estudantil. Todavia, para se atingir estas recomendações, é importante que haja harmonia nas relações entre professor e aluno, o que nem sempre é fato. Muitas vezes são conflituosas as relações causando distanciamento entre ambos, permanecendo o processo do ensino e da aprendizagem focados na figura do professor sem valorizar que o aluno é construtor de seu aprendizado e importante avaliador do processo de ensino instaurado.

Fica evidente que as mudanças ocorridas mundialmente nas escolas médicas têm muito mais conotação de reforma científica com a valorização do conhecimento científico do que necessariamente uma mudança num prisma de reforma educacional (TOMEY, 2002). Tal fato exigiria mudança de postura do 'médico professor' para 'professor médico' com ênfase às questões acima mencionadas e, em especial, a aprendizagem que perdura pela vida.

Diante do panorama traçado na questão do ensino médico, intensificou-se na América Latina, a partir dos anos de 1970, o debate sobre a formação médica. A partir deste período, tanto as estruturas curriculares como o processo de ensino passaram a ser problematizados (BRACCIALLI; OLIVEIRA, 2012).

Essas reflexões corroboram para a necessidade de reformulação do ensino médico apontando para uma visão diferenciada e mais abrangente do profissional que se deseja formar. Há necessidade de o ensino assumir perfil generalista, voltado para a assistência integral, humanizada e para o trabalho em equipe. Dar ênfase para que o acadêmico se aproprie de sua aprendizagem e de seu processo avaliativo como construtor da própria formação.

Podemos considerar como avanço no ensino médico, que o modelo flexneriano tem sido rediscutido e em diversas Instituições de Ensino Superior, substituído pela Problematização e o Aprendizado Baseado em Problemas. Isto se deve às transformações ocorridas no quesito do ensino e da aprendizagem na saúde (SAMPAIO; PRICINOTE; PEREIRA, 2014).

Outro avanço importante foi em relação ao ensino que adentrou novos cenários de prática assistencial entre elas as unidades de saúde, os atendimentos pré-hospitalares, os centros de atenção psicossocial e não tão somente o espaço hospitalar. O ensino acontece em ambiente protegido, os laboratórios de habilidades/competências que desempenham um importante papel na formação.

Iniciativas como a do Ministério da Saúde corroboram para os avanços do ensino na saúde e, por conseguinte no ensino médico, e entendem a importância da interdisciplinaridade dos saberes na resolução de problemas comunitários. Por intermédio da Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação criou em 03 de março de 2010, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE. Regulamentado pela Portaria Interministerial n. 421 disponibilizou bolsas para tutores, preceptores e estudantes de graduação da área da saúde, envolveu as Instituições de Ensino Superior e as Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde. Trata-se de uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005 (BRASIL, 2010).

Alunos do curso de Medicina têm participado dessa iniciativa juntamente com os demais da área da saúde como enfermagem, odontologia, farmácia, educação física, o que oportuniza a troca de saberes e o exercício da convivência em equipe na resolução de problemas da comunidade.

Ao se tratar do curso de graduação em Medicina da UEPG, local em que a pesquisa foi desenvolvida, o Projeto Pedagógico do referido curso baseado na Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no Decreto nº 99.438/90 sobre Atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pela

Resolução CEPE (Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão) nº 049 de 05 de julho de 2011, prevê carga horária total do curso com de 8.228 (oito mil, duzentas e vinte e oito) horas (UEPG, 2011).

A estruturação do currículo é dividida em formação básica e clínica específica profissional. A presente carga horária subdivide-se nas disciplinas de Formação Básica Geral com 2.034 (duas mil, e trinta e quatro) horas, 2.898 (duas mil, oitocentas e noventa e oito) horas em disciplinas de Formação Específica Profissional, 216 (duzentas e dezesseis) horas em disciplinas de Diversificação ou Aprofundamento, 2.880 (duas mil oitocentas e oitenta) horas de Estágio Supervisionado e 200 (duzentas) horas de Atividades Complementares, distribuídas em, no mínimo, 06 (seis) anos e, no máximo, 09 (nove) anos letivos.

O projeto pedagógico do curso prevê a inserção dos acadêmicos nas redes de saúde, integração de conteúdos e relação aula teóricas e práticas com visível prioridade para as práticas o que garante não somente o saber, mas também o saber fazer. Outro ponto importante a ser destacado são as reuniões semanais de integração onde discentes e docentes se reúnem para discutir problemas e planejar a execução das soluções.

Nas penúltimas linhas deste capítulo salientamos que mudanças no ensino médico ocorreram nas últimas décadas no quesito de propostas pedagógicas e envolveu o ensino e a aprendizagem em busca de inovações para o currículo da formação médica. Mudanças essas que adentram a questão dos diversos cenários de ensino e de aprendizagem em que se passou a dar ênfase à participação ativa do aluno na busca de seu conhecimento com entrelaçamento dos diferentes saberes (docente/discente) rumo à aprendizagem significativa, o aprendizado pautado na problematização, a avaliação que deve perpassar toda a formação e não somente um momento pontual, a criação e atuação das diversas iniciativas no quesito do ensino e da aprendizagem, com o objetivo de almejar um profissional médico que atenda os anseios e as necessidades inerentes à profissão.

É sob o terreno destas significativas mudanças ocorridas no ensino médico que a avaliação do processo do ensino e da aprendizagem ganha destaque, em especial a formativa com suas múltiplas possibilidades de agregar significado à formação.

E é neste prisma que, após traçarmos na linha do tempo a história do ensino médico e sua evolução permeada por dificuldades, faremos alusão ao próximo

capítulo sobre a avaliação no processo do ensino e da aprendizagem no ensino médico, dando sequência ao constructo teórico desta tese.

2 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DO ENSINO, DA APRENDIZAGEM E DA AVALIAÇÃO

“Errar é humano, simular é maravilhoso, aprender com os erros é evoluir e aplicar o aprendido no dia a dia é sabedoria”

Ao dar continuidade a esta escrita, o presente capítulo faz menção às concepções teórico-metodológicas do ensino, da aprendizagem e da avaliação. Importantes aspectos do processo do ensino e da aprendizagem serão tratados, acrescidos da avaliação vinculada às habilidades.

A avaliação se faz necessária, enquanto reflexão crítica da realidade e pode colaborar com os avanços, tanto de alunos como de professores, no cenário da educação. Ao avaliar criticamente a construção do conhecimento, ambos tendem a modificar-se e consolidar inovações na construção de um conhecimento significativo, ladeado por reflexões críticas com vistas a modificações sociais.

Esse capítulo contém, também, considerações sobre o processo de ensino e de aprendizagem a sobre a simulação, uma técnica de aprendizagem em ambiente protegido por meio de simuladores para conferir realismo à formação e ao processo avaliativo. É também definida pelo Centro de Simulação de Harvard como uma situação ou lugar idealizado com o objetivo de permitir com que as pessoas experimentem a representação de um evento real a fim de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas (EPPICH, ADLER, McGAGHIE, 2006).

2.1 O MODELO COGNITIVISTA

Os assuntos relativos ao ensino e à aprendizagem têm despertado nos pesquisadores, ao longo do tempo, um grande interesse em conhecer e aprender como se dá o processo de aprendizagem do aluno, sendo responsável pela elaboração das teorias de aprendizagem.

Diante da afirmação de que o ato de avaliar está intimamente unido ao ato de ensinar e de aprender, optou-se por fazer uso da teoria cognitiva da aprendizagem, a Aprendizagem Significativa de David Ausubel por ser a que mais se aproximou dos objetivos delineados para este estudo. Além disso, as perspectivas do cognitivismo

apontam a importante parcela do aluno como o construtor do conhecimento movido pela curiosidade, pela descoberta, bem como, na resolução de problema. Conhecimento este que é significativo e estruturado e não somente o acúmulo de informações (FONSECA, 2013).

O precursor dessa teoria, David Paul Ausubel, tinha preocupação com o aprendizado e o ensino em sala de aula. Seus estudos partiram da seguinte problemática: Em situações de ensino, como facilitar a aquisição de conhecimentos com significados? Chegou à conclusão de que “se fosse possível isolar uma variável como a que mais influencia a aprendizagem esta seria o conhecimento prévio do aprendiz” (MOREIRA, MASSONI, 2016, p. 84).

Ele é um representante do cognitivismo e, como tal, contribui com a construção do conhecimento trazendo para comunidade científica uma explicação teórica de como se processa a aprendizagem sob o ponto de vista do cognitivismo. O cognitivismo entende que a aprendizagem se dá sob o prisma do processo de compreensão, transformação, armazenamento da informação que se encontra na mente e que pode ser acessada e utilizada no futuro. O que está em jogo é a habilidade de organização dessas informações (MOREIRA: MASINI, 2016).

Tem como pressuposto que o homem ao se situar no mundo estabelece com ele relações e atribui significados à realidade que o cerca. Esses significados assumem total relevância para que novos significados possam ser efetuados por servirem de âncoras’, ‘pontos básicos de ancoragem’, utilizando-se dos subsunçores para se tornarem significativas. Portanto, os significados constituem-se como ponto principal da aprendizagem e a aprendizagem, por sua vez, assume o significado de organização e integração do material na estrutura cognitiva (MOREIRA: MASSONI, 2016).

Para que se dê a aprendizagem significativa há necessidade de uma interação cognitiva entre o conhecimento prévio, chamado de subsunçor, que necessita ser relevante, com o conhecimento que está sendo proposto. O resultado dessa interação traduz-se em modificação de ambos os conhecimentos: o prévio se modifica e o novo ganha significado.

Os subsunçores são imprescindíveis para que os novos conhecimentos possam ser assimilados e, desta maneira, servir de base para o desenvolvimento de habilidades e de hábitos (LUCKESI, 2011a).

O fator mais importante e influenciador da aprendizagem significativa é aquilo que o aluno já sabe. Ele se torna partícipe ativo de seu processo de aprendizagem, na (re) construção do conhecimento associado a uma predisposição para aprender sendo esta, também, uma condição para acontecer tal aprendizagem (MOREIRA, MASINI, 2016). Essa interação cognitiva não é automática, mas sim depende da intencionalidade, um desejo do aluno em acionar um conhecimento prévio para dar significado ao novo.

O aluno dessa maneira tem participação ativa no ensino ao estabelecer relações entre os conteúdos e assim transformar o conhecimento em aprendizagem significativa em substituição daquele conhecimento de simples memorização. E ao que tange ao docente, ele necessita estruturar didaticamente seu ensino, favorecer a aprendizagem com ativação dos subcunçores e resultar na assimilação (ancoragem) do novo conhecimento dando novos significados e ressignificando os demais prévios.

No cognitivismo:

O ensino adquire uma nova conotação: ele deixa de ser uma transmissão de conhecimentos (verdades prontas), para ser um processo de elaboração de situações didático-pedagógicas que facilitem a aprendizagem, isto é, que favoreçam a construção de reações significativas (MORRETO, 2003 p. 103).

Em relação à elaboração de situações didático-pedagógicas, há de se comentar sobre os processos de aquisição da aprendizagem significativa que são a diferenciação progressiva e a reconciliação integrativa. De acordo com Moreira e Massoni (2016), esses dois processos são dinâmicos e simultâneos com o objetivo de organizar a estrutura cognitiva. À medida que novos conhecimentos vão sendo significativos eles passam a ser diferenciados. Além de diferenciar o conhecimento ele precisa ser integrado, do contrário ficará indistinguível.

Diante do exposto, fazemos menção de que no ensino, para facilitar a aprendizagem, as ideias centrais do assunto que vão ser abordados nos diferentes cenários do ensino, devem ser apresentados no início da atividade que se propõe. A justificativa de acordo com Moreira e Massoni (2016, p. 91) é de que se torna “mais fácil dar significado a partes de um corpo de conhecimentos quando já se tem uma visão do todo”. E os mesmos autores afirmam que o professor deve ter o cuidado para fazer um levantamento do conhecimento prévio que os alunos dispõem e

contextualizar a temática inferindo a relevância para aplicabilidade na prática, a fim de gerar predisposição para aprender.

Sonzogno (2014) lembra que compete ao professor, enquanto mediador de relações com o objeto de conhecimento, suscitar a aprendizagem significativa em situações que a favoreçam tais como: valorizar o conhecimento prévio do aluno, contextualizar a temática inferindo a relevância para aplicabilidade na prática profissional e efetuar a interdisciplinaridade de conteúdos com as outras disciplinas.

2.2 PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM

No processo de ensino e de aprendizagem, parte-se do pressuposto de que os constructos ensino e aprendizagem no momento pedagógico, se inter cruzam e a interação resulta no aprendizado do sujeito aprendente. Ensino aqui conceituado com o significado de “criar condições para que o educando, efetivamente, entenda aquilo que se está querendo que ele aprenda” (LUCKESI, 2011, p. 151). Aprendizagem sendo o “processo de construção, em que o aluno edifica suas relações e intersecções na interação com outros alunos, professores, fóruns de discussão, pesquisadores” (BATISTA, ROSSIT, 2014, p. 57). E a palavra ‘processo’ sendo assumida como conotação de movimento, algo que não está pronto, mas sim sendo construído pela ação humana no decorrer do tempo (VASCONCELLOS, 2006a).

Ensinar e aprender são dois verbos intrinsecamente relacionados, pois o aprender se faz pelo ensinar e ao avaliar sobre o ensinar, tendo em vista aprender, o professor estará avaliando sua prática docente.

A habilidade de pensar criticamente é um atributo essencial para qualquer profissional e o uso de determinadas metodologias permitem aprimorar a visão do estudante no ambiente da academia. Sua utilização pode auxiliar no desempenho futuro por ajudar o indivíduo a se tornar crítico e ativo à realidade e não passivo a mesma. A aprendizagem crítica-reflexiva é enfatizada pelas DCN para o curso de graduação em Medicina por entender que ao apropriar-se dessa metodologia os acadêmicos são instigados a refletir e a participar ativamente do processo de seu ensino e de sua aprendizagem (BRASIL, 2014).

Ela, a aprendizagem, pode constituir-se de duas formas: uma, espontânea, que se dá informalmente e, outra, de forma intencional, sistemática. Na aprendizagem

sistemática, um conhecimento novo é apresentado ao aluno que deverá ser assimilado de acordo com o nível de dificuldade que este novo conhecimento se apresenta à sua cognição. E é neste contexto que surgem os pré-requisitos (LUCKESI, 2011a).

Na aprendizagem sistemática, o aluno apresenta melhores resultados quando participa ativamente da construção de seu conhecimento por meio de uma postura mais ativa como o desenvolvimento de projetos, na aprendizagem baseada na pesquisa, os jogos e a Aprendizagem Baseada em Problemas que mobiliza estruturas cognitivas para tal (VALENTE, 2014).

Nesse contexto, a educação perpassa pelo processo de ensinagem, termo usado para indicar a relação complexa efetivada entre professor e aluno, que engloba a ação de ensinar e de aprender, por meio de um processo contratual, de parceria deliberada e consciente (ANASTASIOU; ALVES, 2004).

Como já dizia Freire (2005 p. 23), “não há docência sem discência e quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Ambos são coautores do processo denominado ensino-aprendizagem, ao construir o outro ao mesmo tempo em que se constrói a si próprio, permeados pelo conhecimento num caminhar em progressão a um desvelar de novos horizontes, novas compreensões, novos deslumbramentos.

Ao se abordar sobre o ensino e a aprendizagem, muitas são as possibilidades que podem ser usadas pelos docentes para ensinar e, uma delas, é a simulação que tem importante contribuição para o ensino, à aprendizagem e para a avaliação do processo formativo (RODRIGUES, 2014). Essa técnica de ensino será abordada na sequência, fazendo parte também da fundamentação teórica da presente construção.

2.2.1 Simulação

Por se tratar de ensino e de aprendizagem, é importante que os alunos possam exercitar a operacionalização do conhecimento e, uma das maneiras de fazê-lo, é com a utilização da simulação. A simulação permite que os conhecimentos possam ser expostos, aplicados e exercitados em um cenário construído, com a importante conotação de aplicabilidade na prática.

Gaba (2004), um dos estudiosos do tema, define simulação como um conjunto de técnicas metodológicas utilizadas para substituir ou replicar as experiências reais de um modo totalmente interativo permitindo a sensação como se estivessem em uma situação real.

Também é definida como técnica de aprendizagem que exige destreza, habilidade mental e capacidade de resposta que se fundamenta em princípios do ensino baseado em tarefas e se utiliza da reprodução parcial ou total destas tarefas em um modelo artificial, conceituado como simulador (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2007; LÓPEZ; SPIRKO, 2007). Essa prática simulada faz uso da tecnologia criativa para estimular a cognição e a emoção, o pensamento crítico e criativo, apelando ao uso do cérebro total.

O uso da simulação remonta já alguns séculos na história e tem sido usado nas mais diversas áreas. A segunda guerra mundial suscitou à aviação a utilização dos simuladores para treinamento dos pilotos em emergência, problemas no desempenho seguro da aeronave, bem como adversidades climáticas (WARD-SMITH, 2008). A moderna indústria da aviação desenvolveu simulação de voo de alta fidelidade com o intuito de submeter os alunos em cenários controlados, a fim de que pudessem colocar em prática o conhecimento e a destreza, sem causar danos. O programa espacial também tem feito uso extensivo da simulação para treinamento e testes. A indústria da energia nuclear continua sendo espaço importante para uso da simulação por conta de suas experiências adversas como o acidente nuclear na usina de Chernobyl (BRADLEY, 2006).

Na área da saúde a simulação é identificada como realística. Profissões que denotam perigo e alta responsabilidade têm recorrido à simulação em que são oportunizados treinamentos com o objetivo de prevenir situações desagradáveis seguidas de adequada correção em tempo hábil e, assim evitar acidentes muitas vezes fatais (BAZZO; PEREIRA, 2006; LÓPEZ, SPIRKO, 2007).

Na educação em saúde, o uso da simulação assume a importância de uma reflexão crítica e ética quando vem auxiliar no cumprimento do imperativo ético da não maleficência, tratando-se de não infligir dano intencional, princípio esse derivado da máxima ética “primeiro, não prejudicar” (*Primum non nocere*). Esse pensamento vai ao encontro da necessidade que alunos e profissionais possuem para treinamento, em evitar possíveis acidentes quando no manuseio com o ser humano, bem como ao necessário respeito à autonomia e aos aspectos éticos e legais vigentes no país para

uma atenção livre de danos. Nesse prisma, podemos dizer que o uso desta técnica de aprendizagem reflete aspectos inerentes à consciência social. Isso se dá quando são oportunizados, para alunos, docentes e demais profissionais da saúde, treinamentos e adequada capacitação por meio de simuladores, com o objetivo de diminuir erros e iatrogenias⁵ à população, de maneira geral, e com isso incentivar e permitir a elaboração de práticas seguras.

Os autores Ziv et al., (2003) comentam sobre estudos epidemiológicos de grande porte que descrevem lesões evitáveis inaceitáveis em pacientes, as quais reforçam a importância do uso da simulação, bem como uma análise ética de seu uso na educação médica como melhores padrões de cuidado e treinamento, gestão de erros e segurança do paciente e autonomia do mesmo.

Outra contribuição da simulação reside no fato de permitir o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes com vistas à aquisição de competências pelos alunos. Há comprovação científica de que essa técnica de aprendizagem deve integrar parte do treinamento na área da saúde com promoção de benefícios. Ela permite a prática de inúmeras habilidades essenciais no cotidiano profissional, com possibilidade de repetição destas habilidades em situações próximas à realidade em ambiente protegido e sem expor pacientes a riscos desnecessários (MELO et al., 2017).

De acordo com Pazin Filho e Scarpelini (2007), as potenciais aplicações da simulação são para diminuir o risco para pacientes, relação custo-benefício otimizada, método de aprendizado para processos, estabelecimento de uma cultura de espírito de equipe e colaboração, substituir situações raras de relação custo-benefício impraticáveis ou com possíveis implicações éticas e, treinar competências cirúrgicas.

Em relação à história da simulação na área da saúde, seus primeiros ensaios aconteceram na medicina clínica. Desde longa data, modelos de estruturas anatômicas são usados para auxiliar no aprendizado dos alunos e têm sido comprovadamente úteis por muitos educadores além de ser considerados como uma estratégia de aprendizagem inovadora e importante (PAIK, 2014).

⁵ Iatrogenia: palavra derivada do grego cujo radical iatro (“*iatrós*”), significa médico, remédio, medicina; geno (“*gennáo*”), aquele que gera, produz; e “*la*”, uma qualidade. Portanto, a iatrogenia é um resultado negativo da prática médica, um dano material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico (TAVARES, 2007).

Os Estados Unidos foram pioneiros no uso de manequins voltados à saúde, na década de 1910, e se tornaram popular em 1950, com posterior evolução para os tipos de média e alta fidelidade. No Brasil, há registros a partir de 1920 do uso dos manequins em escolas brasileiras de enfermagem (VIEIRA; CAVERNI, 2011).

Além da medicina, a enfermagem nos primórdios do Séc. XIX ganha o primeiro manequim conhecido como “Mrs. Chase” usado nas práticas clínicas e adquirido por solicitação de uma enfermeira com atuação na Escola de Formação de Enfermeiras do *Hospital Hartford, Connecticut*, nos Estados Unidos. Foi construído com material de alta durabilidade e por ser do tamanho de uma pessoa adulta, conferiu grande realismo às práticas de habilidades básicas de enfermagem. Na sequência, surge o manequim pediátrico “Baby Chase” baseado nas normas estabelecidas pela Associação Médica Americana, com objetivo de incrementar o ensino pediátrico. Manequim com massa corporal e peso real, presença de orifícios nasais e aberturas nos canais auditivos, que se configurou como um simulador de baixa fidelidade. Com apoio da Organização Mundial da Saúde foi deslocado para a América Latina, a fim de auxiliar no ensino da enfermagem. Esse movimento suscitou a transformação das “Salas de Arte” em laboratórios de habilidades (QUIRÓS; VARGAS, 2014).

A era moderna da simulação no contexto médico tem sua origem na segunda metade do século XX e o seu desenvolvimento foi estimulado por três acontecimentos. O primeiro deles deu-se após a segunda guerra mundial pelo norueguês A°smund S. Lærdal, da criação do manequim adulto, ‘*Resusci-Anne*’ (TJOMSLAND; BASKETT, 2002), utilizado para treinamento em atendimentos emergenciais que revolucionou o treinamento em reanimação nas paradas cardiorrespiratórias (BRADLEY, 2006).

O segundo fator diz respeito a simuladores com capacidade de reproduzir aspectos humanos no manequim por meio de um programa computacional (BRADLEY, 2006). O mais antigo nesses moldes é o conhecido popularmente como ‘*Sim One*’; um manequim antropométrico controlado por computador desenvolvido por Abrahamson e Denson no final dos anos de 1960, pela Faculdade de Medicina da Universidade do Sul da Califórnia, em Los Angeles (ABRAHAMSON; DENSON; WOLF, 1969).

Devido ao alto custo, não houve avanços na produção do referido manequim o que foi retomado no final dos anos de 1980, por dois grupos americanos, um da Universidade de Stanford e o outro na Universidade da Flórida. Ambos os grupos fizeram associação às atividades desenvolvidas no âmbito de procedimentos

anestésicos com a simulação realizada pela aviação, principalmente, no que tange ao trabalho em equipe de tripulação, o que foi responsável pelo desenvolvimento de simuladores nessa área da medicina. Com a união de esforços sobre simulação vindos da Holanda, Dinamarca e do Reino Unido, formou-se a base para os avanços que hoje se constata no cenário do ensino e da aprendizagem que é a simulação de alta fidelidade. Esses manequins se tornaram fundamentais, tanto para a compreensão como para o desenvolvimento de programas de aprendizagem (BRADLEY, 2006).

O avanço tecnológico relativo à simulação permitiu que ela se configurasse nos níveis de baixa, média e alta fidelidade em que diferentes competências podem ser ensinadas/avaliadas. O termo “fidelidade” está relacionado a tecnologia aplicada ao simulador. Um exemplo de alta fidelidade e que permite uma maior veracidade ao ambiente simulado é o caso do uso de robôs que apresentam respiração espontânea, por exemplo. Já os simuladores de média e baixa fidelidade são aqueles que possuem recursos tecnológicos (BRANDÃO, COLLARES, CECÍLIO-FERNANDES, 2017).

Podem ser constituídos de simuladores de baixa tecnologia (modelos ou manequins usados para procedimentos simples), pacientes-padrão (atores na função de pacientes) e simuladores de pacientes (manequins comandados por computador que permitem interação com o aluno) (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2007).

O simulador de baixa fidelidade é um manequim estático constituído de uma anatomia exterior similar ao corpo humano com movimentos articulares. Compõe-se de estruturas anatômicas como braços, tórax etc. e são usados no ensino para treinamento de técnicas/procedimentos considerados simples objetivando a formação de habilidades psicomotoras como, por exemplo, as punções venosas, as passagens de sondas, curativos etc. Esses manequins não emitem resposta às intervenções efetuadas, daí seu baixo custo em comparação com os demais (TEIXEIRA; FELIX, 2011; BARRETO et al., 2014; MARTINS et al., 2012)

Os simuladores de média fidelidade permitem alguma aproximação com a realidade. Emitem sons respiratórios, traçados de atividade cardíaca (eletrocardiograma), verificação de pulsos etc. Podem ainda ter alguns sons pré-gravados controlados pelos docentes. Apresentam custo mais elevado cuja manutenção envolve a presença de técnicos especializados. São muito úteis para o ensino de competências específicas sem envolver grande complexidade de saberes

como detectar anormalidades e iniciar procedimentos como uma parada cardíaca com posterior massagem e oxigenação (MARTINS et al., 2012).

Quanto aos simuladores de alta fidelidade são os que mais se assemelham a um corpo humano por apresentarem respostas aos estímulos, tanto do ponto de vista medicamentoso quanto da parte cardiovascular e ocular. São capazes de chorar, piscar, realizar alteração pupilar e eliminar líquidos. Há possibilidade de se avaliar a perfusão capilar. Sons respiratórios, cardíacos e intestinais são audíveis. São acoplados a um sistema computacional cuja programação é utilizada para responder as falhas na administração medicamentosa como nas habilidades técnicas. O custo é elevadíssimo e necessitam de suporte técnico especializado para a manutenção. Geralmente úteis na composição de cenários de alta complexidade para o desenvolvimento do raciocínio clínico e crítico que vise à aquisição de competências não apenas psicomotoras, mas atitudinais e cognitivas (TEIXEIRA; FELIX, 2011; BARRETO et al., 2014, MARTINS et al., 2012).

O terceiro fator que contribuiu para a era moderna da simulação foi a necessidade de reforma do sistema educativo da medicina que teve seu início no fim do séc. XX. A sobrecarga curricular da graduação nos quesitos de habilidades clínicas e de comunicação motivou o surgimento de programas de aprendizagem e o desenvolvimento de instalações de formação dessas aptidões para apoiar a aprendizagem. Nesse contexto, as metodologias de simulação ganharam expressão às quais vêm se consolidando até os dias atuais (BRADLEY, 2006).

Uma das figuras importantes da simulação é o paciente simulado ou padronizado ou paciente-padrão, por ser considerado fundamental na educação dos profissionais da saúde. Os tipos de simulação empregados em ordem crescente de complexidade são: Simuladores de baixa tecnologia (modelos ou manequins usados para a prática de manobras ou procedimentos simples); Pacientes-padrão (atores na função de pacientes, para treinamento de obtenção de história clínica, exame físico e habilidades de comunicação); Simuladores baseados em computador de mesa (programas para treinamento e avaliação de conhecimento e decisões); Simuladores de tarefas complexas (uso de realidade virtual para replicar determinado ambiente clínico, que favorece a tomada de decisão) e Simuladores de Pacientes (manequins comandados por computadores) (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2007).

Em seus primórdios, o paciente simulado era um paciente real treinado para apresentar simulação padronizada de suas próprias doenças. Desde a década de

1960, pacientes simulados têm sido usados com sucesso para treinamento das habilidades de comunicação. Nos dias atuais, é geralmente uma pessoa bem treinada para simular um paciente doente, que são facilmente confundidos com pacientes reais. Algumas vantagens para se fazer uso do paciente simulado são autenticidade, oportunidade para padronização, customização, conveniência, eficiência no uso do tempo e *feedback* (MAGUIRE, 1976; WOOD, 2013).

Nesse estudo, lançamos mão da simulação com a presença do paciente simulado, bem como dos simuladores de alta e média complexidade, principalmente na Disciplina do Internato de Urgência e Emergência, a fim de oferecer realismo à simulação aplicada ao caso elencado. Já na fase de gravação dos vídeos, todas as simulações tiveram a participação de pacientes simulados.

Reportando-nos ao ensino médico, o art. 7º IV das DCN enfatiza que os acadêmicos devem aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, a fim de que possam identificar e avaliar o erro (BRASIL, 2014). Em atendimento a esta solicitação, as simulações são realizadas em ambiente de aprendizado protegido e controlado, geralmente laboratórios morfofuncionais, locais em que são simuladas situações no atendimento à saúde, o que permite ao aluno praticar e aprender em ambiente seguro sem risco a pacientes reais. Os laboratórios são espaços destinados para treinamento de habilidades com repetidas práticas até atingir o padrão mínimo exigido, a fim de que não seja colocado em risco o paciente. Esses espaços possuem um ensino estruturado sob a supervisão de professores para que todos os alunos tenham oportunidade de praticar até o atingimento das competências desejadas (BUGAJ; NIKENDEI, 2016).

Espaço este em que há possibilidade de erro e de repetição para aquisição de habilidades técnicas e atitudinais na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes de maneira segura. O estudante tem oportunidade de observar, aprender fazendo, errando e aprendendo com os próprios erros. Desta forma ele constrói sua aprendizagem e tem oportunidade de praticar habilidades necessárias à sua atuação profissional.

Rauen (2001) aponta ainda outras vantagens relacionadas à simulação, a situação clínica pode ser manipulada para ensinar um conceito particular ou uma habilidade, aprendizagem em horário planejado, prática de habilidade psicomotora, relação entre teoria e prática podem ser demonstradas e a conexão entre causa e efeito pode ser avaliada. Alunos são participantes ativos do aprendizado e a simulação

reforça essa postura, múltiplos usuários ao mesmo tempo, pausa para reflexão e resolução de problemas, treinamento em equipe, *feedback* imediato e opção de gravação do desempenho do aluno.

As principais habilidades que podem ser treinadas são as de semiologia, as procedimentais e as de comunicação, com o cuidado de que deva haver uma evolução gradual relativa à complexidade da habilidade, dos cenários e na integração dos diversos saberes das demais disciplinas. Além das habilidades psicomotoras, as de domínios cognitivos e afetivos também podem ser avaliadas. Enfatizamos que, apesar de constituírem-se em espaços para aplicação e integração do conhecimento, das habilidades, do pensamento crítico e da avaliação da aprendizagem, estes locais são coadjuvantes do aprendizado e não devem substituir o paciente, tendo em vista que o contato final dar-se-á na inter-relação aluno-paciente-família (DIAS; NETO, 2012).

A simulação ganha visibilidade e importância na avaliação clínica objetiva estruturada (*OSCE*) à medida que os simuladores de baixa, média ou alta complexidade sejam usados e que possibilitem aos alunos a demonstração de suas habilidades cognitivas, atitudinais e técnicas adquiridas na aprendizagem.

Computadores com maior recurso de simulação virtual podem colaborar no ensino e na aprendizagem. Em pesquisa realizada em 2013, os autores criaram *OSCE* virtual, para simulação de atendimento clínico com o objetivo de avaliar habilidades. Utilizou-se um *game design* para criação de simulação baseada no formato de um jogo digital, bem como simulares de baixa e de alta complexidade, além de manequins que contribuíram para o encaminhamento dos resultados (ANDRADE; MADEIRA; AIRES, 2013).

Contudo, os desafios também se fazem presente tais como o tempo de preparação, corpo docente pode perder o controle do ensino, desempenho permeado pela ansiedade tanto dos professores como dos alunos; custos e baixo número de alunos por sessão de simulação (RAUEN, 2001).

Assim como a simulação pode se constituir numa importante técnica de aprendizagem, pode também, ser útil na avaliação do processo ensino-aprendizagem cuja sua prática tem sido cada vez mais requerida nos *OSCEs*.

2.3 AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM

Em relação à avaliação, é sabido que ela acompanha o homem em seu trilhar pela história, sua prática, seu cotidiano porque avaliar faz parte do ser humano, tendo em vista que suas ações não são pautadas na neutralidade, ao contrário, a avaliação permeia todos os instantes da vida do homem modificando-as.

Os primeiros ensaios da avaliação se dão como medida por meio de exames datados de 2.205 a. C. O imperador chinês examinava seus oficiais em uma periodicidade de três anos com intuito de os promovê-los ou demitir. Já no séc. XIX, Horace Man, nos Estados Unidos, criou um sistema de testagem que teve repercussão nas escolas públicas de Boston por sugerir melhorias nas questões avaliativas entre elas buscar padrões mais objetivos do alcance escolar. Nasceram então os testes padronizados, idealizados por J.M. Rice (DEPRESBITERIS, 1989).

Na Europa, países como França e Portugal desenvolveram uma ciência denominada Docimologia, palavra originada do grego *dokimé*, que tem o significado de “nota”. Esta disciplina surgiu “como crítica à extrema confiança nos métodos tradicionais, com fins de seleção, nos exames e nos concursos” (DEPRESBITERIS, 1989, p.6). Em 1931, a Docimologia passou a ter lugar de destaque nos Estados Unidos (DEPRESBITERIS, 1989).

Como podemos perceber, de longa data a questão da avaliação do ensino e da aprendizagem está vinculada a testes e a notas. Contudo, em 1950, Ralph Tyler, cidadão norte-americano, permitiu alguns avanços sobre a avaliação quando defendeu a ideia de que ela deveria assegurar evidências sobre o comportamento, da comparação entre desempenhos e objetivos traçados e por dar conotação à importância do *feedback* na avaliação, visando melhorias à formação (DEPRESBITERIS, 1989).

Enquanto juízo de qualidade que se faz sobre uma determinada realidade, está-se constantemente em atitude de avaliação ou sendo avaliado em diferentes momentos, diferentes situações, diferentes contextos por diferentes pessoas. Um vocábulo tão pequeno, mas que continua atraindo muitos olhares em busca de conhecimentos ainda não totalmente compreendidos e aplicados e outros ainda nem estudados, na tentativa de sempre mais elucidar o melhor caminho a ser percorrido. Caminho este com o intuito de se adquirir a excelência de um processo avaliativo

considerando seus aspectos subjetivos e objetivos de julgamento na dialética que permeia a avaliação.

Estudar e escrever sobre avaliação constitui-se em um grande desafio no contexto educacional pelo motivo de não se tratar de algo simples, mas sim, uma palavra que encerra em si a dificuldade e a complexidade de seu significado. A tarefa educativa é dinâmica e complexa e a avaliação está fortemente interligada à educação e à concepção de educação que o docente possui, está diretamente relacionada à sua prática de avaliação (BARBOSA; MARTINS, 2011).

O termo 'avaliar' tem sua origem no latim, da composição *a-valere*, com significado de "dar valor a [...]". Já o conceito de 'avaliação' advém a partir das determinações da conduta de "atribuir um valor ou qualidade a alguma coisa, ato ou curso de ação [...]". Ultrapassa a questão valorativa "exigindo uma tomada de posição favorável ou desfavorável ao objeto de avaliação, com uma consequente decisão de ação" (LUCKESI, 2011b, p. 52).

Avaliar implica em um olhar do docente quanto ao alcance dos objetivos alcançados pelos alunos, sendo estes informados sobre possíveis ações para melhorias nos desempenhos não tão adequados, bem como os estimulando em caso de sucesso (DEPRESBITERIS, 1989). Intervir para retomar o curso da ação caso necessite, ou a sua recondução, se estiver tendo desvio. Não é um fim em si mesmo, mas deve possibilitar análise da realidade com finalidade de refletir na perspectiva da reconstrução da ação. Denota dinamismo com caráter de intervenção e está voltado para o diagnóstico situacional dos resultados intermediários ou finais com relação aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes. Os instrumentos de coleta de dados para investigação sobre o desempenho dos alunos deverão ser estruturados, conter em seu interior o essencial a ser ensinado, pois o que é essencial deve ser investigado, buscado, procurado. (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007; SILVA, et al., 2009; LUCKESI, 2011b).

A avaliação pode ser conceituada em termos de currículo, de ensino e de aprendizagem e para fins de avaliação propriamente dita. Quanto à avaliação da aprendizagem, esta permanece sendo um sério problema educacional que ganhou ênfase, a partir da década de 60, devido aos elevados índices de reprovação e evasão associados com o baixo nível de apropriação do conhecimento (VASCONCELLOS, 2006a).

O termo 'avaliação da aprendizagem' foi introduzido por Ralph Tyler em 1930 quando se referiu ao cuidado que os professores deveriam ter com a aprendizagem de seus alunos. Cuidado este manifestado sobre a conduta a ser tomada quando ela é identificada como satisfatória ou insatisfatória (LUCKESI, 2011b). Avaliação do processo do ensino e da aprendizagem é definida também como a verificação do nível de aprendizagem dos alunos, quer dizer, relacionado ao aprendizado obtido, apreendido (HAYDT, 1991).

A avaliação da aprendizagem para cumprir seu verdadeiro significado, necessita assumir a sua função primeira que é a de auxiliar, proporcionar, permitir a construção de uma aprendizagem exitosa em relação aos objetivos propostos, e assim auxiliar, o aluno no seu crescimento/desenvolvimento com apropriação do conhecimento e das habilidades (LUCKESI, 2011b).

Por conseguinte

A avaliação é uma tarefa didática necessária e permanente do trabalho docente, que deve acompanhar passo a passo o processo de ensino-aprendizagem. Através dela os resultados que vão sendo obtidos no decorrer do trabalho conjunto do professor e dos alunos são comparados com os objetivos propostos a fim de constatar progressos, dificuldades, e reorientar o trabalho para as correções necessárias (LIBÂNEO, 1994, p. 195).

De maneira geral ao se pensar sobre o termo, surge inicialmente a noção de juízo de valor, porém; os verbos examinar, julgar, testar, distinguir, comparar, ameaçar e punir também são significados e interpretações que o ato de avaliar contém (BORGES et al., 2014).

A noção de valor não deve ser negligenciada por continuar a desempenhar importante papel em programas e sistemas (DEPRESBITERIS, 2001). Outro fator que não permite a eliminação das notas e conceito da prática avaliativa está relacionado com a própria legislação educacional a qual determina a utilização de registros dos resultados da aprendizagem traduzindo-se em nota (símbolo numérico) ou em conceitos (símbolos verbais). Contudo, tem-se a possibilidade de estabelecer competências mínimas (habilidades, conhecimentos) para serem adquiridos pelos alunos (LUCKESI, 2011a).

O fato de emitir-se juízo de valor na avaliação agrega-se à mesma uma apreciação subjetiva que, ao invés de ser negada, deve ser controlada e bem utilizada.

Para tanto, as informações válidas necessitam ser obtidas de diversas fontes e em diferentes situações. Os critérios utilizados devem ser democraticamente discutidos para que sejam validados e serem capazes de revelar evidências. Evidências estas que permitam analisar processos e produtos, para orientar a tomada de decisão na verificação do grau de alcance dos desempenhos previamente estabelecidos e o aperfeiçoamento contínuo de ensinar e de aprender (BRACCIALLI et.al., 2008).

Constitui, possivelmente, a etapa de maior relevância em todo o processo educacional e é uma atividade que deve perpassar toda a prática educativa enquanto formadora e não somente no final de um programa ou de uma disciplina. A avaliação é considerada ainda como elemento motivador do processo ensino-aprendizagem. Permite a obtenção de informações sobre o aprendizado e subsidia a tomada de decisões. Além disso, a forma e o conteúdo das avaliações são altamente importantes, na medida em que constituem um poderoso determinante de como os alunos estudam e aprendem (TRONCON, 1996; SOUZA, 2012).

Toda avaliação no sentido de reflexão crítica da realidade deve servir como guia e suporte para solucionar as necessidades de aprendizagem do aluno, aumentar sua autoconfiança e possibilitar a reconstrução de seu processo de ensinagem. É reconhecidamente importante instrumento neste *continuum*, porém o que a maioria das instituições faz é trabalhar com a verificação e classificação e não com a construção da aprendizagem e o desenvolvimento do aluno (TRONCON, 1996).

Ao serem utilizados na formação, os resultados da avaliação para classificação com predomínio na questão da aprovação ou reprovação do aluno, retira-se dela a conotação de processo. Raros são os formadores em que o resultado da avaliação assume fins para compreensão de avanços, dificuldades e limites que os alunos possuem para que atinjam os objetivos de aprendizagem esperados. Essa é a devida conotação da avaliação entendida como processo, meio de se chegar e não ponto definitivo de chegada.

Um 'vir a ser', algo não acabado, que está em construção. Quando se tem um ensino de qualidade que investe no processo, os resultados são significativos e satisfatórios, os quais simplesmente não chegam, mas sim, são construídos e traduzidos por meio da avaliação (LUCKESI, 2011b).

Ao avaliar, o professor deve:

Coletar, analisar e sintetizar da forma mais objetiva possível as manifestações das condutas - cognitivas, afetivas e psicomotoras -- dos estudantes, produzindo uma configuração do efetivamente aprendido. Atribuir uma qualidade a essa configuração da aprendizagem a partir de um padrão (nível de expectativa) preestabelecido como válido. A partir dessa qualificação, tomar uma decisão sobre as condutas docentes e discentes [...] reorientação imediata da aprendizagem ou [...] encaminhamento para passos subsequentes da aprendizagem (LUCKESI, 2011b, p. 55).

Concordamos com o autor quando menciona a reorientação das condutas, tanto para discentes quanto para docentes, pois há uma estreita ligação entre a avaliação da aprendizagem do aluno com a avaliação do trabalho que foi efetuado pelo docente. Ao avaliar sobre a aprendizagem do aluno, o professor está avaliando seu êxito na tarefa de ensinar, mas não somente isso, o professor tem também a oportunidade de acoplar o seu lugar do sujeito que ensina com o daquele que aprende. O professor aprende com o aluno no processo de ensinagem. Por conseguinte, a avaliação torna-se um prestimoso instrumento de informação para melhorias durante o processo de formação do aluno e do docente, e não somente ao término deste processo (DEPRESBITERIS, 1989; BATISTA, 2014; SONZOGNO; 2014).

A avaliação é um rico e poderoso instrumento no cotidiano do ensinar e do aprender, tanto para docentes como para os discentes e envolve todas as instâncias da formação, o projeto político-pedagógico do curso, o programa de disciplina e o programa de aprendizagem.

Importante que o professor tenha clareza dos constituintes da avaliação, tais como: o seu conteúdo (o que se quer avaliar), a sua forma (aplicação) e o seu juízo (critérios para o julgamento), a fim de se constituir em um elemento transformador da prática (VASCONCELLOS, 2006a). O educador deve refletir sobre como tem sido sua ação, principalmente no quesito de eficiência e desvios de sua prática educativa e avaliativa. Essa atitude pode desvelar necessidades de aprimoramento, como o uso de instrumentos adequados para avaliar que confirmam verificação se os objetivos de aprendizagem propostos foram atingidos e a necessidade da retomada daquilo que ficou a ser apreendido. Pode também levar à conclusão da necessidade que o professor tem de aprender a avaliar a aprendizagem.

No contexto avaliativo em que o professor e o aluno são sujeitos no cenário do ensino e da aprendizagem, outro aspecto relevante é o interesse demonstrado pelo professor em relação ao aprendizado do aluno. Assim como o paciente tem a percepção da preocupação e do interesse que o médico dispensa à sua recuperação,

da mesma maneira o aluno percebe quando o professor está efetivamente preocupado com a aprendizagem dele, com o seu avanço em termos formativos rumo a outros patamares significativos. A intervenção elaborada pelo professor à qualidade do desempenho do aluno é o cerne do processo avaliativo e está diretamente relacionada com o desempenho (atitudinal, cognitivo, relacional) conferido pelo docente no seu ensino.

Configura-se neste pensar, a importância de avaliar o aluno no viés de uma aprendizagem significativa, excluindo-se a 'decoreba' dos conteúdos. Daí, a importância que decorre da avaliação, a fim de subsidiar as decisões da aprendizagem dos educandos pelo professor (LUCKESI, 2011b). A prática da autoavaliação, tanto de educadores como de educandos pode se constituir em importante instrumento neste processo e possibilitar conscientização do conhecimento apreendido e o processo elaborado para tal rumo, a aprendizagem almejada.

No ensino superior, a avaliação continua sendo uma tarefa desafiadora permeada por fatores complicadores tais como a ausência ou precária formação didática dos professores que adentram ao ensino, muitas vezes sem a mínima noção das implicações inerentes ao ato de avaliar e da importância da participação do aluno no processo avaliativo. Desconhecimento e/ou não aplicação das teorias de aprendizagem. Desinteresse dos docentes quanto à capacitação, ampliando o conhecimento sobre avaliação e sua execução com qualidade. Desmotivação para debater novas metodologias de ensino em atendimento às exigências legais da formação que se pretende. Ou ainda, ausência de atuação efetiva do responsável pelo colegiado de curso em relação à ampliação do olhar sobre avaliação no contexto do processo de ensino e de aprendizagem etc.

Fatores esses que se potencializam quando o olhar se volta à formação do profissional na área da saúde, em especial a do médico. A falta de tempo do professor médico para debruçar-se sobre as questões pedagógicas e didáticas que permeiam o processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação, o acúmulo de funções, a ausência de experiências anteriores enquanto formador, a transferência de suas próprias vivências avaliativas enquanto estudante de graduação (muitas vezes totalmente ultrapassadas e de caráter punitivo), a desmotivação para atividade docente e de capacitação no ensino por considerar a atividade na academia 'bico', a transitoriedade do conhecimento científico na formação médica que exige extenuante

atualização do docente, são alguns exemplos que dificultam as atividades do formador no cenário do ensino e da avaliação da aprendizagem do estudante em Medicina com sérias repercussões à formação do profissional que a sociedade almeja.

No desenvolvimento do processo educacional, a avaliação pode ser efetuada em diferentes momentos com finalidades distintas e em diferentes classificações tais como; avaliação por objetivos, reguladora, diagnóstica, somativa, contínua, democrática, formativa, emancipatória, operatória, mediadora, construtivista, dialógica, dialética-libertadora, por competências etc. (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004; VASCONCELLOS, 2006a).

Em alusão ao objeto desta tese, foi dada ênfase às avaliações somativas e formativas. A avaliação somativa, também denominada de terminal, é aquela que acontece ao final ou após o transcurso do processo educacional com o objetivo de verificar o grau atingido de domínio dos objetivos instrucionais (TRONCON, 1996). Avaliar se o aluno assimilou os conteúdos que foram fornecidos pelo professor em um determinado período, com foco maior no resultado do que na trajetória percorrida pelo aprendiz ao alcance das competências (conhecimento e habilidades) possui caráter classificatório e certificativo cuja aprovação do aluno para séries acima, requer que tenha conseguido atingir determinada pontuação o que, inevitavelmente, permite a comparação entre os demais colegas (BORGES et al., 2014).

Tal comparação pode contribuir para o reforço da competição no ambiente acadêmico sem contar que muitas vezes é fator de estresse, das desistências e ainda situações que põem em risco a vida do aluno. Traz consigo o conceito de que o 'bom' aluno é aquele que adquire alta pontuação nas avaliações e o 'mau' aluno aquele que, infelizmente, não atinge a pontuação estabelecida como critério de excelência. Daí as inúmeras críticas lançadas à avaliação somativa quando executada de forma isolada e exclusiva, sem associação com a avaliação formativa.

Por outro lado, a avaliação somativa

[...] apresenta características interessantes e tem um importante papel no currículo dos cursos na área da saúde, pois, quando bem aplicada, tem uma excelente capacidade para avaliar aquisição de conhecimentos e habilidades, sendo uma das estratégias mais apropriadas e utilizadas para decidir sobre a progressão e/ou certificação dos alunos (BORGES et al., 2014, p. 325).

Que as dicotomias inerentes aos dois tipos de avaliação possam ter uma interface de aproximação e de construção traduzindo-se em ampliação dos resultados e das necessidades avaliativas vigentes.

No quesito da avaliação no ensino, mister se faz sobressair a importância do caminho percorrido pelo aluno em sua formação na aquisição de conhecimento e na elaboração de seu aprendizado. Esse caminho é realizado por sujeito autônomo que se traduz em diferentes percursos, diferentes trajetórias provenientes de sua individualidade, de suas experiências e até pelo seu contexto de vida. Desta feita, a avaliação pode ser considerada como um excelente fio condutor à busca do conhecimento e da aprendizagem ao mesmo tempo em que aproxima os atores deste cenário. Logo, o professor como facilitador da aprendizagem, tem a oportunidade de corrigir os desvios e auxiliar nas dificuldades para que haja a consolidação do aprendizado. A singularidade do aluno exige do educador o cuidado na formação entendendo-a como um processo de construção que, por conseguinte, necessita também, de uma avaliação processual do desempenho deste aluno. Está-se fazendo alusão à avaliação formativa.

Avaliação está amplamente empregada na ensinagem cujo termo 'formativa' foi utilizado por Scriven em 1967, que enfatizou os dados qualitativos da avaliação sendo considerados como a fonte principal (DEPRISBITERIS, 1989). A partir de então, vários educadores adotaram esta avaliação com o propósito de acompanhar o estudante na sua progressão no processo de aprendizagem. Tem como atributos fundamentais a conferência de validade e de impacto educacional comprometida com o aprendizado significativo. Todo professor que executa avaliação do aluno, ao longo de sua formação, expondo-lhe acertos/erros e permite que este revise o cenário, poderá ser considerado um professor formativo. E este professor formativo, ao elaborar uma avaliação formativa, está comprometido com a aprendizagem significativa (BRACCIALII et al., 2008; SOUZA, 2012).

E é no contexto da avaliação formativa que o *feedback* ganha expressão por informar ao educador a qualidade do processo de ensino que está sendo dispensado à formação. Pode detectar e identificar deficiências para pertinentes ajustes que se fazem necessários na didática e, assim, replanejar o processo de ensino (HAYDT, 1991).

A avaliação é realizada regular e periodicamente ao longo do processo educacional sobre o progresso alcançado, procurando efetivar as correções e, ao

mesmo tempo, reforçar os aspectos positivos. Perrenoud (1999, p. 77) define a avaliação formativa como “*regulação* das aprendizagens por professores e alunos, no sentido do domínio dos conteúdos visados considerando os propósitos estabelecidos”. Os resultados da interação entre aluno/professor e entre aluno/aluno são valorizados e considerados na aquisição de conhecimentos e objetivos delineados. Uma característica singular desta avaliação é a devolutiva ao acadêmico de seu desempenho, o *feedback* sob olhar do docente, considerando-se a qualidade do ensino e da aprendizagem. Desta maneira, oportuniza ao aluno rever e identificar seus erros, para conjuntamente com o docente, propor um plano de aprendizagem para atingimento do conhecimento almejado (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

Para finalizar a escrita deste capítulo concordamos com o pensamento de Luckesi (2011) quando afirma que pode constituir-se um interessante exercício ético produzir bons e adequados instrumentos relativos à coleta de dados da avaliação dos alunos, sem enganos, sem armadilhas, e sem complicações desnecessárias. Cabe ao educador ter atitude ética de também saber o que solicitar nas avaliações e a que propósito elas devem ser realizadas. Se não forem com o objetivo de detectar a aprendizagem de um determinado conteúdo, faz-se então necessária revisão de postura e de objetivos educacionais.

3 AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO E APRENDIZAGEM DO ENSINO MÉDICO

“[...] Para ensinar matemática para Pedro, seu professor precisa saber quatro coisas: matemática, como ensinar, quem é Pedro e em que contexto ele aplicará o seu novo conhecimento”.

Sabemos que a aprendizagem está imbricada com o ensino e com a avaliação, portanto, cabe ao professor assumir uma posição mediadora entre as relações educativas (ensino/aprendizagem/avaliação). Nesse contexto de ensino, aprendizagem e de avaliação é que se encontra a avaliação de habilidades clínicas, o OSCE. Ele oportuniza ao professor o investimento de situações que sejam favoráveis à aprendizagem significativa, à valorização de conhecimentos prévios dos alunos, à demonstração da relação teoria-prática no contexto do profissional médico, bem como a importância da interdisciplinaridade de saberes provenientes das outras disciplinas e a aplicabilidade do conhecimento aprendido.

Na educação médica, o reconhecimento progressivo da importância da avaliação tem sido responsável por avanços na formação deste profissional de saúde. Avaliar o acadêmico de medicina trata-se de um processo de colheita de informações, realizado por meio de atividades sistemáticas e formais, que permite saber o que o estudante conhece, sabe fazer e se o faz de modo adequado, de maneira que se possa interferir no processo educacional para corrigir distorções e reforçar aspectos positivos. Contempla não só o conhecimento adquirido, mas também, habilidades específicas e elementos de ordem afetiva, como as atitudes diante de inúmeros aspectos da prática profissional (TRONCON, 1996).

Ao se tratar de avaliação educacional o instrumento ideal deve possuir cinco atributos fundamentais: validade, fidedignidade (confiabilidade), factibilidade (viabilidade), aceitabilidade e impacto educacional. A validade é a capacidade que o instrumento ou método a ser utilizado possui de efetivamente avaliar o ‘que’ deve realmente ser avaliado. Devem-se incluir todas as habilidades e competências que deveriam ser adquiridas ou desenvolvidas ao longo do processo formativo. Uma das maneiras que se pode agregar validade à verificação é fazê-la a mais autêntica possível, tendo em vista que a autenticidade profissional está diretamente relacionada com a validade. No ensino médico a busca pela validade tem sido a mola propulsora

para o uso de testes que avaliem competências em ambiente reais como o *mini-CEX* (*Mini-Clinical Evaluation Exercise*) e o uso do vídeo (TRONCON, 1996; SOUZA, 2012).

Outro aspecto importante da validade é certificar-se o quanto o resultado poderá prever o desempenho futuro do aluno. Neste pensar,

a melhor estratégia é reproduzir, na avaliação, o máximo de autenticidade, e é por isso que avaliações que utilizem ambientes simulando cenários reais como o OSCE e a utilização de pacientes padronizados tornaram-se tão populares na educação médica (SOUZA, 2012).

Característica que se relaciona à precisão, à acurácia, à objetividade e à reprodutividade do instrumento é chamada de fidedignidade (confiabilidade) concernente ao avaliador, ao avaliando e demais componentes do método como ambiente, situação e material a serem utilizados na aplicação do instrumento ou método. A questão interna de avaliação é estatística e está sujeita às mesmas regras de tratamento quantitativo de dados. Se o professor quiser realizar uma avaliação com bom grau de fidedignidade, deverá testar por um tempo adequado com uma amostragem de conteúdo representativa (TRONCON, 1996; SOUZA, 2012).

A aceitabilidade refere-se a métodos, padrões e critérios que devem ser aceitos por quem dela participa diretamente e a factibilidade (viabilidade) relaciona-se com a maior ou menor facilidade de serem implementados os procedimentos de avaliação previstos (TRONCON, 1996).

O impacto educacional é aspecto importante quando se planeja procedimentos de avaliação, pois podem auxiliar os avaliados na integração de seus conhecimentos e habilidades, tornando-se partícipes do seu processo de aprendizagem. Ao se discutirem os resultados da avaliação por meio do *feedback*, o aprendizado pode ser potencializado (TRONCON, 2012). Na opinião de Souza (2012), uma avaliação para ter impacto educacional necessita ser válida, produzir reflexão sobre a prática para então fomentar no educando a consciência relativa às necessidades de aprendizagem com vistas a melhorar o desempenho futuro.

Em alusão aos alunos do curso de graduação em Medicina, a avaliação formativa ganha expressão, tendo em vista a necessidade do futuro profissional, agregar além de conhecimentos específicos adquiridos de sua área de atuação, faz-se necessário que tenha, também, domínio de determinadas habilidades específicas

e atitudinais para um desempenho efetivo e de qualidade ao encontro da resolução de problemas de saúde da população nos âmbitos: primário, secundário ou terciário, em situação ou não de urgência/emergência.

As DCN enfatizam não somente o aprendizado voltado ao desenvolvimento cognitivo, mas sim a incorporação de qualidades técnicas e humanísticas (BRASIL 2002). Na formação médica o aluno deve adquirir conhecimentos, habilidades clínicas e atitudes que se articulem as habilidades técnicas e humanísticas necessárias para um desempenho profissional qualificado. Isto ultrapassa as esferas cognitivas do 'saber' e do 'saber como', apontando para a necessidade de avaliação de habilidades clínicas e de comunicação em procedimentos e situações padronizadas e diversificadas, por meio de observação de situações ou procedimentos simulados utilizando-se manequins ou 'pacientes-atores' (AMARAL; DOMINGUES; ZEFERINO, 2012).

Outro desafio que as diretrizes curriculares imputam para o ensino médico está contido no art. 7º IV ao mencionar sobre a utilização de critérios para acompanhamento e avaliação do processo de ensino e de aprendizagem, bem como do próprio curso e para desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o SINAES (BRASIL, 2014).

Tratando-se de avaliação do processo ensino e aprendizagem no ensino médico, faz-se alusão à Resolução CNE (Conselho Nacional de Educação) nº3/2014 que prescreve a avaliação específica do estudante do curso de graduação em Medicina a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos. Avaliação de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica (BRASIL, 2014).

Diante desta determinação, é salutar realizar implementações no processo-ensino-aprendizagem-avaliação no curso em questão, com inserções avaliativas que possam contemplar o solicitado na formação inicial do futuro médico, pois como diz John Hunter "insano é querer obter resultados novos com hábitos antigos. Para se obter resultados novos, são necessários modos novos de agir" (LUCKESI, 2011b p. 71).

Em suma, a avaliação exige que os professores, em especial do ensino médico, tenham a consciência de que a avaliação é uma forma de aprendizagem

similar a um espelho que permite a visualização do trajeto percorrido pelo aluno e pelo docente e aquilo que precisa ser ainda construído no quesito da aprendizagem de ambos. Ela é a pausa no caminho da aprendizagem e não o seu fim último. Evoca a reflexão, a atenção e a tomada de ação para, se necessário, delinear novos rumos. Um revisitar-se para melhorar o que ainda necessita ser elaborado. Também se compara a uma bússola que serve para indicar os caminhos necessários, a fim de solucionar as necessidades do aprender, pensar sobre como aprender e de como ensinar.

Por conseguinte, os instrumentos estruturados podem ser úteis tanto para o diagnóstico da avaliação como para sua intervenção e serem usados para coleta de dados objetivando investigação sobre o desempenho (LUCKESI, 2011b).

3.1 AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS (OSCE)

Para atender as exigências inerentes ao novo perfil do profissional médico preconizado pela DCNs, com conhecimentos profundos na área da saúde e da tecnologia que permeiam os atendimentos complexos de manutenção da vida, nos aspectos políticos e sociais em que é exercida a medicina, acrescido de conduta pautada em aspectos éticos e humanísticos e de responsabilidade social, há a necessidade de combinação de métodos avaliativos, pois um único não é capaz de produzir/atingir os resultados almejados (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

Nesse contexto, surgem os métodos não estruturados, os semiestruturados e os estruturados, sendo esses últimos os que mais se aproximam das habilidades que necessitam serem avaliadas no aluno, além do treinamento prático tão somente, suas atitudes (relacionadas com o paciente, postura, comunicação), habilidades clínicas (história, exame clínico, raciocínio clínico) e seus conhecimentos, dando destaque ao OSCE.

Este método foi desenvolvido na Escócia, por Harden e Gleeson em 1974. Os professores do Departamento de Educação Médica da Universidade de Dundee detectaram que apesar do interesse crescente em procedimentos de avaliação na formação médica e do amplo uso de técnicas objetivas em exames escritos, o exame clínico permanecia praticamente inalterado. Havia necessidade de uma abordagem mais objetiva para a avaliação da competência clínica (HARDEN et al., 1975). São

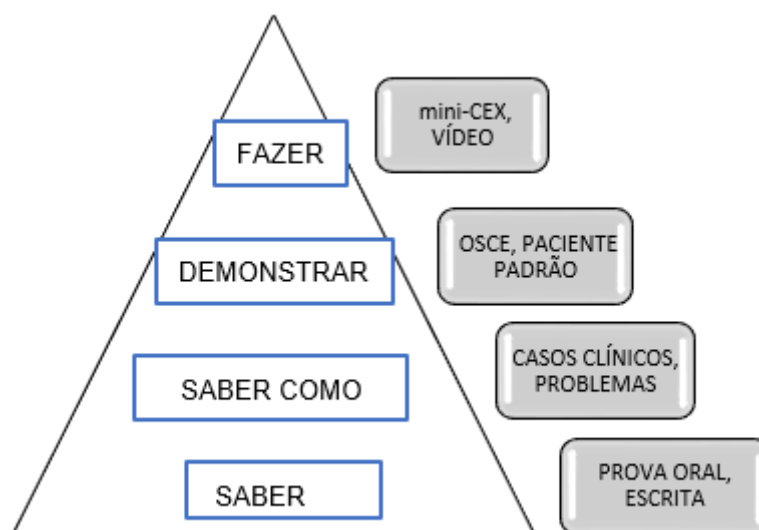
usados para avaliar anamnese, exame físico, comunicação, interpretação de dados e ou gerenciamento de habilidades (PUGH; SMEE, 2013).

Em relação à avaliação de habilidades, o OSCE pode ser uma das principais fortalezas pela oportunidade dada ao aluno em demonstrar suas habilidades clínicas pela interação que é oportunizada entre aluno e professor na aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, como também, quanto à oportunidade de imediato *feedback* ao aluno sobre seu desempenho relativo ao aprendizado de uma habilidade. (BROWN; KNIGHT, 1994).

Pensando em atingir a complexidade inerente à avaliação na saúde, o educador médico norte-americano George E. Miller (1990) propôs a pirâmide de Miller. Ela representa os diferentes componentes da aquisição do domínio das habilidades clínicas (saber, saber como fazer, mostrar como faz e fazer) os quais compõe a sequência vertical da pirâmide, ficando a base expressa pelo conhecimento factual. Os dois primeiros níveis da pirâmide (saber, saber como fazer) estão relacionados ao domínio cognitivo em que a prova oral e escrita se encaixa. Já os dois últimos (mostrar como faz e fazer) exigem, além do conhecimento, o domínio de habilidades psicomotoras. A sala de aula tradicional não oferece condições para que estas sejam avaliadas lançando mão do ambiente simulado e protegido. Essas práticas são altamente reais com associação de recursos materiais do ambiente simulado aos contextos teóricos e práticos do estudante. O nível mostrar 'como faz' pode ser considerado palco da avaliação das habilidades clínicas para que o aluno atinja o 'fazer' e, é nesse contexto, que o OSCE pode ser utilizado (SOUZA, 2012).

Para melhor compreensão, elaboramos a pirâmide e suas modalidades de avaliação, vide Figura 1.

Figura 1 - Pirâmide de Miller e as modalidades de avaliação



Fonte: Autoria própria

A pirâmide de Miller tem sido importante instrumento para o professor de Medicina ao demonstrar que os objetivos educacionais não podem ficar restritos ao conhecimento teórico e sim avançar rumo ao ápice da mesma com aplicação na realidade denotando autenticidade profissional (SOUZA, 2012).

Na educação médica, a avaliação de habilidades clínicas é realizada, tradicionalmente, com uso de métodos não estruturados, incluindo a observação assistemática do desempenho do aluno, exames do tipo prático-oral, nos formatos denominados 'caso-longo' e 'caso-curto'. Estas por sua vez, carecem de maior objetividade e de padronização, podendo resultar em baixos graus de validade e fidedignidade (TRONCON, 2012).

Para atender essa lacuna na avaliação do aluno, surgem os métodos semiestruturados procurando garantir maior objetividade e padronização das condições de exame, conferindo assim, graus mais satisfatórios de validade e fidedignidade. Dentre eles, se destacam o 'caso longo estruturado', *mini-CEx*, (*Mini-Clinical Evaluation Exercise*), *OSLER* (*Objective Structured Long Examination Record*) e o *PACES* (*Practical Assessment of Clinical Examination Skills*) (TRONCON, 2012).

Os métodos estruturados também foram descritos com o objetivo de aumentar a validade e a fidedignidade das avaliações no que concerne às habilidades clínicas, com maior grau de objetividade e maior e melhor padronização das condições do exame. São o *OSCE* (*Objective Structured Clinical Examination*), *CPE* (*Clinical Performance/Practice Examination*), *CSA* (*Clinical Skills Assessment*), *CSE* (*Clinical*

Skill Examination e *Exercise*), *CPX (Clinical Practice Examination)*. Estes métodos permitem avaliação simultânea de grande número de alunos com auxílio de pacientes simulados ou padronizados, conhecidos como *SP - Standardized Patients* (TRONCON, 2012).

Encontra-se no quadro 3, a descrição de alguns métodos de avaliação clínica estruturada.

Quadro 3 - Métodos de Avaliação Clínica Estruturada

Avaliação Clínica	Descrição
<i>1 - PACES (Practical Assessment of Clinical Examination Skills):</i>	OSCE modificados. São criadas cinco estações, cada uma com dois avaliadores e com duração de vinte minutos, para avaliar exame clínico (DACRE; BESSER; WHITE 2003).
<i>2 - OSLER (Objective Structured Long Case Examination Record):</i>	Caracteriza-se pelo emprego de caso clínico predefinido e compreende conjunto suficientemente amplo de itens relevantes de observação da história, exame físico, raciocínio clínico e conduta (TRONCON, 1996).
<i>3 - OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills):</i>	A avaliação é dividida em duas partes: na primeira, o procedimento em si e na segunda, o conhecimento, a destreza na manipulação dos instrumentos e do registro da ação (BOURSICOT; ROBERTS, 2005).
<i>4 - MINI-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise):</i>	É um instrumento utilizado para avaliação direta do aluno, em atendimentos reais (LIMA, 2014).
<i>5 - Conceito Global:</i>	Atribui ao estudante um conceito de maneira retrospectiva no final de um estágio, utilizando categorias gerais ao invés de comportamentos específicos (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

Fonte: Autoria própria adaptado de Sampaio, Pricinote e Pereira (2014)

Nessa tese, deu-se ênfase ao *OSCE* por ser o mais difundido, tanto na educação médica mundial como na brasileira (SAMPAIO; PRICINOTE; PEREIRA, 2014).

Quando Harden inaugurou o modelo do *OSCE*, na Escócia, em 1975, o fez em resposta às observações não estruturadas da prática e com o objetivo de melhorar a avaliação das habilidades clínicas dos estudantes de medicina, como a comunicação. O primeiro *OSCE* consistiu-se em um número de estações temporizadas por meio dos quais os estudantes faziam rodízios e os avaliadores usaram lista com critérios controlados de avaliação. A literatura sugere que o *OSCE* é um método bem estabelecido de avaliação clínica dentro da medicina e da enfermagem. É conhecido também como exame estruturado por estações (BARRAT, 2010; HURLEY, 2011).

Eles foram originalmente desenvolvidos em escolas médicas para atender as necessidades de avaliação das habilidades de estudantes de medicina, melhorar a validade e confiabilidade das avaliações práticas. Anteriormente, as avaliações destes alunos eram realizadas em ambiente hospitalar o que denotava dificuldade na padronização da avaliação (HARDEN; GLEESON; 1979; SOUZA, 2012).

No Brasil, o emprego do OSCE ocorreu de forma pioneira no curso de Medicina, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP-SP), em 1995. O uso de situações simuladas no curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Marília (SP) teve início em 1997 (TRONCON, 2012). E, em 1999, na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (PR), foi instalado o primeiro Laboratório de Habilidades do Brasil. Em 2006, foi a vez da inauguração do Laboratório de Habilidades da Universidade de São Paulo (USP-SP) ocupando uma área de 485 m² (DIAS; NETO, 2012).

De acordo com Andrade, Madeira e Aires (2013), este modelo de avaliação é composto por estações em que os alunos são solicitados para executar tarefas clínicas sob a supervisão de um avaliador. Para execução do OSCE, o aluno adentra uma série de diferentes salas chamadas de estações, de forma sequencial. Os estudos afirmam que para atender o critério de confiabilidade, deve haver de 3 a 10 estações em média. Em cada estação há uma tarefa específica para ser desenvolvida em um paciente simulado (ator ou atriz) ou em um manequim ou ainda interpretação de exames, conforme o objetivo que se pretende avaliar.

O avaliador acompanha o desempenho do aluno portando um instrumento de registro, *checklist*, contendo um protocolo de observação na demonstração do domínio de habilidades pelo aluno avaliado. O aluno deve completar a avaliação e o seu desempenho é marcado contra esse *checklist* ou essa escala. Ela deve ser composta preferencialmente por itens de avaliação relacionados ao início da consulta, a anamnese (histórico do paciente), exame clínico, diagnóstico e orientação ao paciente. Habilidades essas, importantes para o exercício da profissão médica. Os alunos fazem rodízio entre as estações e permanecem em cada uma por tempo determinado com objetivo de desempenhar tarefas clínicas distintas. Ao término do período fixado, um sinal sonoro é acionado e o aluno procede para a próxima estação (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007; WOOD, 2013).

A avaliação no método OSCE é critério-referenciada, isto é, deve obedecer a um modelo em que se julga o desempenho do aluno baseado num padrão mínimo

pré-estabelecido. A prerrogativa é de que todos os alunos atinjam o padrão mínimo ao desenvolver determinado procedimento adequadamente. Em geral, este tipo de avaliação não faz uso de notas, conhecidas como critério-referenciadas, mas sim resulta em uma decisão, um conceito, suficiente ou insuficiente (SOUZA, 2012).

O OSCE constitui um dos mais válidos e confiáveis métodos de avaliação de habilidades clínicas e simula situações clínicas com o auxílio de manequins, atores treinados e resultados de exames ou imagens, enfocando a avaliação de competência por estações, no máximo dez, as quais devem durar de 5 a 10 minutos (TRONCON, 2007). Para que aconteça avaliação educacional de habilidades clínicas são necessários os seguintes componentes: o aluno, o professor, o paciente, a tarefa a ser executada e o instrumento de observação.

Troncon (2004) faz um alerta sobre as dificuldades logísticas que tornam o OSCE uma realidade distante para implantação, pois envolvem questões de mobilização e treinamento de examinadores, instalações físicas adequadas, envolvimento de professores dispostos a elaborar as estações e treinar pacientes atores, além de recursos humanos para organizar e operacionalizar o desenvolvimento do OSCE com rodízio dos alunos nas estações.

Para ampliar a contribuição do OSCE como método avaliativo na formação dos alunos na área da saúde, abordaremos na sequência, o *feedback* da avaliação de habilidades clínicas e sua importância. O *feedback* tem a intencionalidade de conferir ampliação e qualidade no difícil processo que se configura a avaliação no ensino médico, principalmente, em relação às habilidades clínicas.

3.2 FEEDBACK DA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS (OSCE)

No contexto educacional, a avaliação não deve ser vista como um procedimento isolado, mas sim intrinsecamente ligada a outros fatores educacionais rumo à construção de saberes. Nesse contexto, o *feedback* como uma devolutiva do aprendizado, encontra total sintonia no ato de ensinar e de avaliar, a fim de que o professor possa aprimorar melhorias no seu processo de ensinar e o aluno em seu desenvolvimento cognitivo (BARBOSA; MARTINS, 2011).

A avaliação acompanhada do *feedback* deve contemplar, além do conhecimento adquirido, as habilidades específicas e elementos de ordem afetiva e

atitudinais. O *feedback*, é considerado por Fornells et al., (2008; p.8) “um retorno de informação sobre processo de aprendizagem de acordo com objetivos preestabelecidos”. Pode também ser útil para ajudar a reforçar importantes princípios e auxiliar com a integração do conhecimento adquirido e a aprendizagem psicomotora (BULLOCK, 2000; GEORGE; DOTO, 2001).

Shute (2008) infere que o *feedback* tem como principal destinatário o aluno, embora, o professor também possa receber informações da devolutiva e usar para alterar sua forma de ensinar. Assume importante função na avaliação formativa, cujo *feedback* vai auxiliar no reforço das correções de deficiências e para o automonitoramento dos alunos sobre seu desempenho e necessidades de aprendizagem. Especialmente eficaz quando as informações fornecidas são usadas para promover resultados positivos e desejáveis.

E nessa arte de ensinar e de aprender, o *feedback* tem se destacado para auxiliar professores e alunos, sendo uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. O conceito de *feedback* foi primeiramente formulado na engenharia em 1940, tratando-se de informações que um sistema usa para fazer ajustes na obtenção de um objetivo. Norbert Weiner, considerado o pai da engenharia cibernética, foi um dos primeiros que estendeu este conceito para o mundo (ENDE, 1983). É definida, também, como uma informação fornecida por um agente (professor, livro, experiência) sobre aspectos do desempenho de alguém, portanto, *feedback* é a ‘consequência’ de um desempenho (HATTIE; TIMPERLEY, 2007).

No campo da educação, o *feedback* refere-se à informação dada ao aluno que descreve e discute seu desempenho em alguma situação ou atividade prevista. Ele sozinho pode ser considerado o mais poderoso facilitador de aprendizado (VELOSKI et al., 2006). Contudo, para assumir esta finalidade educacional precisa, necessariamente, fornecer informações especificamente relacionadas à tarefa ou processo de aprendizagem que se pretende (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). É um excelente e potente instrumento de ensino, assumindo grande importância no processo de aprendizagem por conscientizar o aluno sobre o resultado de sua atuação, apontando acertos e lacunas necessárias para atingimento da excelência pretendida no campo do conhecimento de determinado assunto, atividade/procedimento e até de comportamento/postura a ser atingida. Diretamente relacionado ao processo de aprendizagem que ocorre quando a devolutiva dada for

capaz de promover mudanças do padrão de desempenho observado (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007).

No estudo de Jeffries e Rizzolo (2006), as autoras chegaram à importante conclusão de que quando os alunos participam ativamente de uma experiência de aprendizagem, o *feedback* que recebem sobre o que eles fizeram corretamente e incorretamente, potencializa sua importância por ter relação direta com a aprendizagem do aluno, facilitando-a.

Dar *feedback* inclui, efetivamente: criar clima interpessoal apropriado; utilizar um local apropriado; estabelecer metas mutuamente acordadas; suscitar os pensamentos e sentimentos do aluno; refletir sobre comportamentos observados; não julgar; oferecer a quantidade certa de *feedback* e oferecer sugestões de melhoria (HEWSON; LITTLE, 1998).

O *feedback* efetivo é definido “como aquele em que a informação sobre o desempenho anterior é usada para promover desenvolvimento positivo e desejável”. É um processo sequencial, em vez de uma série de eventos não relacionados. Envolve comentários e sugestões para facilitar o aluno em sua própria revisão (ARCHER, 2010, p. 102). Vale inferir que o *feedback* é eficaz quando consiste de informações sobre o progresso do aluno no quesito da aprendizagem ou como proceder para obtê-lo.

No Quadro 4 encontra-se o modelo de *feedback* elaborado por Hewson, Little (1998) contendo adaptações para a presente pesquisa.

Quadro 4 - Modelo de *Feedback* (checklist)

INTENÇÃO	TÉCNICA	EXEMPLO DE COMPORTAMENTO
<p>□ Orientação e clima: Preparar o aluno para a sessão.</p>	<p>Informe o aluno antes do tempo. Selecione a hora e o local apropriado. Forneça uma atmosfera relaxante e respeitosa. Explique / negocie a agenda</p>	<p>Vamos marcar uma reunião para rever seu desempenho? Quais são os seus objetivos para esta rotação / estágio? Recorda-se das expectativas declaradas para este procedimento?</p>
<p>□ Elicitação: (técnica de obtenção de dados) Peça ao aluno para autoavaliar-se.</p>	<p>Pergunte o que foi bem feito e o que poderia ser melhorado. Pergunte como se sentiu. Use perguntas em aberto.</p>	<p>Como você acha que foi? O que foi bem feito? O que poderia ser melhorado?</p>

<p>□ Diagnóstico e <i>feedback</i>: Decidir onde o aluno precisa melhorar; dar reforço e <i>feedback</i> corretivo.</p>	<p>Ofereça sua resposta às observações de comportamentos específicos, abordagem ou estilo. Dê suas razões no contexto de metas bem definidas.</p>	<p>Quando você fez/disse... Eu estava... (satisfeito, aliviado, aborrecido, chateado), pois...</p>
<p>□ Plano de melhoria: Desenvolver estratégias específicas para a melhoria.</p>	<p>Convide o aluno para dar sugestões. Dê suas sugestões. Sugira artigos, consultas. Ensine (discutir, demonstrar).</p>	<p>O que você poderia fazer de diferente? Esta é a minha sugestão... Onde você vai obter ajuda? Vamos reformular este problema. Vamos falar sobre isso.</p>
<p>□ Aplicação: Aplicar estratégias para a situação real.</p>	<p>Aplique melhorias planejadas para o cotidiano ou problemas futuros.</p>	<p>O que você vai fazer da próxima vez? Mostre-me!</p>
<p>□ Revisão: Verificação se o aluno compreende e se concorda com o que foi discutido e negociado.</p>	<p>Aluno revê seus comportamentos necessitando de mudanças. Especifique consequências.</p>	<p>O que você faz bem? Quais as mudanças que você vai fazer? Até quando? E se você não fizer?</p>

Fonte: Autoria própria adaptado de Hewson e Litle (1998)

Existem muitas formas de se dar feedback, contudo, algumas importantes observações são sugeridas acerca de fornecer *feedback* efetivo tais como encontrar tempo e lugar adequado, iniciar com o que correu bem (acentuar o positivo), identificar áreas de melhoria, oferecer alternativas e verificar a compreensão de acordo com McKimm (2009). O autor ainda comenta que ao dar um *feedback* efetivo:

- a) Ele deve ser feito **o mais próximo** possível do evento ocorrido.
- b) No geral o foco necessita **ser positivo** e deve ser parte de todo o processo de comunicação e diálogo de desenvolvimento.
- c) Necessário dar **ênfase em comportamentos específicos que podem ser mudados**
- d) No caso de um ***feedback* negativo** é essencial **sugerir comportamentos alternativos**.
- e) Proporcionar **reflexão** através de **questões abertas** como por exemplo, se você tivesse que fazer isso novamente, o que você repetiria e o que você faria diferente? Por quê?
- f) **Colocar as observações em ordem cronológica** dos acontecimentos, ou seja, permitir que haja um reviver dos eventos.

g) Atentar-se **ao ambiente** para que haja um clima empático, consistente, relaxado e um relacionamento baseada em **respeito mútuo**. Esses dois aspectos são a base para se dar um feedback mais efetivo e ajudar o aluno a adquirir responsabilidade pelo seu desenvolvimento.

Ainda sobre sua efetividade:

o feedback efetivo deve responder a três perguntas principais feitas por um professor e/ou por um estudante: Onde estou indo? (Quais são os objetivos?), Como estou indo? (Que progresso está sendo feito em direção ao objetivo?), E para onde seguir? (Quais atividades são necessárias para melhorar o progresso?) Estas questões correspondem às noções de *feed up*, *feed back* e *feed forward* (HATTIE; TIMPERLEY, 2007, p. 86).

Existem algumas estratégias para efetuar o *feedback*, que podem ser descritas e avaliadas sob importantes aspectos. Estão contidas no Quadro 5.

Quadro 5 - Estratégias de Feedback

PODEM VARIAR EM	NESTAS FORMAS	RECOMENDAÇÕES PARA O BOM FEEDBACK
Momento	Quando dar Com que frequência	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer <i>feedback</i> imediato para o conhecimento dos fatos (certo / errado). • Atrasar ligeiramente o <i>feedback</i> para revisões mais abrangentes do pensamento e do processamento dos alunos. • Nunca atrasar o <i>feedback</i> para além de quando isso faria a diferença para os alunos. • Fornecer <i>feedback</i> sempre como uma prática, para todas as tarefas principais.
Quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos pontos feitos • Quanto sobre cada ponto 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar/escolher os pontos mais importantes. • Escolher pontos que se relacionem com os principais objetivos de aprendizagem. • Considerar o nível de desenvolvimento do aluno.
Modo	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Escrito • Visual / demonstração 	<ul style="list-style-type: none"> • Selecionar o melhor modo para a mensagem. Um comentário ao aluno na sala de aula é suficiente? É necessária uma conferência? • O <i>feedback</i> interativo (conversando com o aluno) é melhor quando possível. • Dar <i>feedback</i> por escrito sobre o trabalho escrito ou sobre a cobertura de atribuição. • Usar demonstração "como fazer algo" ou se o aluno precisa apenas de um exemplo
Audiência	<ul style="list-style-type: none"> • Individual • Grupo / classe 	<ul style="list-style-type: none"> • O <i>feedback</i> individual diz: "O professor valoriza o meu aprendizado". • O <i>feedback</i> de grupo / classe funciona se a maioria da turma perdeu o mesmo conceito em uma tarefa, o que representa uma oportunidade para reensinar.

Fonte: Brookhart (2008, p. 5)

Os aspectos relativos à devolutiva do desempenho são importantes de serem efetuados, tendo em vista a parcela de contribuição que lhes cabem em suscitar nos partícipes do processo, mudanças, buscando se capacitarem em suas deficiências. Estudos têm demonstrado que um *feedback* válido, objetivo, focado e claro associado com a receptividade positiva pelos alunos, são fortes indicativos para melhorar a aprendizagem destes e melhorar, também, o ensino dos professores (SHUTE, 2007).

Há uma estreita relação na avaliação de habilidades clínicas por meio do OSCE e o *feedback*. Após percorrer as estações, a devolutiva do desempenho deve ser realizada, a fim de que o aluno tenha ciência de seu aprendizado e perceba o que ainda necessita aprimorar. O registro da verificação do comportamento observado na estação de avaliação que expressa o desempenho desejado por meio de passos que compõe a competência avaliada, é realizado por instrumento estruturado denominado protocolo de observação ou *checklist* que muito contribui na realização do *feedback*. Idealmente, seriam necessários dois examinadores observando o mesmo avaliado de forma independente em cada uma das estações. Esta prática é extremamente dificultosa na maioria das instituições.

O *checklist*, além de colaborar com o aprendizado das habilidades técnicas, torna-se um importante instrumento no processo avaliativo realizado pelo avaliador oferecendo elementos objetivos para o *feedback* aos alunos. Ele decompõe o procedimento a ser realizado/aprendido em diversas etapas, preferencialmente, em ordem cronológica acompanhado de algum tipo de juízo de valor (nota, conceito) (AMARAL, DOMINGUES, ZEFERINO, 2012).

Ao ser formulado o *checklist*, os itens que o compõe devem ser apropriados para o nível de formação dos avaliados, baseados na tarefa a ser desenvolvida e serem observáveis pelo avaliador. Para aumentar a confiabilidade e a validade, importante que sejam provenientes de consensos da literatura e não somente de 'opiniões' de especialistas (PEREIRA, 2012).

Para registro do *checklist* quanto ao atingimento das competências, há muitas formas: a escala do tipo Lickert, numérica ou 'sim' ou 'não' são amplamente usadas. A escala aplicada pela *American Board of Internal Medicine (ABIM)* usada na avaliação de residentes e de bolsistas para avaliar as competências gerais para médicos da *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)* possui pontuação para designar o desempenho como satisfatório, insatisfatório e desempenho superior (HABER; AVINS, 1994).

De posse das informações providas do *checklist*, o professor pode utilizá-las para fornecer o *feedback* nas avaliações formativas, nas avaliações somativas. Para atribuir nota e para fins pedagógicos, o *checklist* pode ser usado na avaliação de programas e disciplinas (PEREIRA, 2012).

A observação do desempenho dos alunos nas estações pode ser realizada em tempo real, estando o avaliador dentro do espaço físico do cenário ou fora dele que, neste caso, faria uso de um visor para visualização do desempenho das habilidades.

Em pesquisa realizada envolvendo alunos das escolas brasileira, espanhola e holandesa, a maioria dos alunos da escola espanhola entrevistados, enfatizaram a prática com pacientes simulados que fornecem *feedback* após a simulação (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013).

As autoras Luetke e Bembenek (2012) apontam como resultado de sua pesquisa que o *defriefing* e o *feedback* são componentes essenciais para as experiências de aprendizagens dos alunos após a simulação. O *debriefing* é um importante instrumento da simulação que trata da condução dos alunos na reflexão sobre a ação de forma estruturada, para ajudar a consolidação dos saberes e mudar comportamentos errados. São discussões de forma grupal entre alunos e professores, que podem ocorrer após ou durante a simulação, com vistas a melhorias no desempenho e na aprendizagem (COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014).

Apresenta como objetivos centrais:

identificar as diferentes percepções e atitudes que ocorrem; relacionar o exercício com a teoria específica ou conteúdos e competências técnicas; transmitir *feedback* acerca da natureza e da prática durante o cenário; e estabelecer um clima que permita confiança e conforto (COUTINHO; MARTINS; PEREIRA, 2014, p. 42).

Ambos, *feedback* e *defriefing* se dão pela devolutiva do desempenho proveniente do professor. O *feedback* está inserido no contexto do *debriefing*, contudo, há uma particularidade daquele por ser oportunizada a devolutiva de forma individual. No *debriefing*, o momento grupal acontece entre docente e discentes, após a simulação com possibilidade de revisão e ajustes do exercício experimental que ocorreu (COUTINHO et al., 2017).

O *feedback* é considerado uma das fortalezas por ser designado como caminho para a educação transformadora, sendo capaz de orientar a avaliação no processo ensino-aprendizagem (TEMPSKI; MARTINS, 2012). No entanto, há grandes lacunas entre o exposto e sua efetivação, há necessidade de formação sobre o uso do *feedback* dentro do ensino médico. O fato de que muitos docentes por não vivenciarem em sua formação a riqueza da devolutiva do seu desempenho ou infortunadamente por terem recebido um *feedback* mal elaborado, possam ser causas dos obstáculos à mudança de cultura da avaliação educacional, relegando a utilização desse rico instrumento.

Nesse pensar, o uso de vídeo pode se tornar importante instrumento avaliativo e formativo, permitindo o *feedback* quando se enfoca a avaliação.

3.3 VÍDEO *FEEDBACK* E A METACOGNIÇÃO

São inegáveis os benefícios e o papel relevante que a tecnologia educacional desempenha na atualidade. Por conta do crescente avanço do conhecimento científico, essa se transformou em um importante aliado quando se trata da formação de profissionais no mundo globalizado em que se vive.

No contexto educacional, a tecnologia é também um potente recurso de aprendizagem cabendo aos educadores reconhecê-la como tal, bem como suas possibilidades de aplicação na educação. Contudo, salientamos que ela é um coadjuvante no processo de formação e não um substituto do professor.

A tecnologia educacional

não se limita apenas à utilização de meios, mas é também um instrumento facilitador, situado entre o homem e o mundo, o homem e a educação, proporcionando ao educando um saber que favorece a construção e reconstrução do conhecimento (NISKIER, 1993; NIETSCHE, 2000 apud NIETSCHE et al., 2005).

Essa afirmação referente à reconstrução do conhecimento é singular por tratar-se de um mecanismo individual e pessoal, em que o conhecimento adquirido cognitivamente e gerador da aprendizagem, se estabelece e permanece num contínuo crescimento ao longo da vida.

Ao tecermos alguns apontamentos sobre os recursos tecnológicos, em especial o vídeo, mencionamos que ele remonta de longa data e permanece atraindo muitos pesquisadores, por conta de seus benefícios e de suas múltiplas utilizações, confirmando seu potencial pedagógico como recurso tecnológico educacional (SACERDOTE, 2010).

Quanto à etimologia da palavra; 'vídeo' provém do latim do verbo *videre*, que significa 'eu vejo'. Verbo esse da primeira pessoa do singular do presente do indicativo (FERRÉS, 1996).

Moran (1995, p. 28) afirma que “pelo vídeo sentimos, experienciamos sensorialmente o outro, o mundo, nós mesmos”. Parte do visível, do concreto, do imediato e atinge o humano de forma indelével permitindo ver o mundo ao seu redor, o outro e, também, a si mesmo.

O vídeo é sensorial, visual, linguagem falada, linguagem musical e escrita. Linguagens que interagem superpostas, interligadas, somadas, não-separadas. Daí a sua força. Somos atingidos por todos os sentidos e de todas as maneiras. O vídeo nos seduz, informa, entretém, projeta em outras realidades (no imaginário), em outros tempos e espaços (MORAN, 1995, p. 28).

Assume diferentes funções como de sensibilização, ilustração, simulação, conteúdo de ensino, produção e avaliação do professor, do aluno e do processo. O vídeo educacional tem sido amplamente usado na formação de maneira geral, principalmente, com o uso de filmes. Contudo, esse recurso não deve simplesmente reproduzir conteúdo, mas sim, favorecer a produção de novas formas de interação entre o conteúdo os alunos e o ambiente natural (MORAN, 1995).

O uso do vídeo na área da saúde, mais precisamente na saúde mental, em especial a psicoterapia, remonta desde 1950, cuja gravação tem sido considerada um “veículo único para a discussão dos problemas por fornecer um efeito de distanciamento, permitindo detalhar a observação, e ‘ver coisas que não se vê’ numa observação ao vivo” (MOURA, 2007, p. 6) Os pioneiros em empregar o *feedback* pelo vídeo na terapia foram Reivich e Geertsma (1968).

Profissionais enfermeiras consideraram o recurso do vídeo *feedback* como um método potencialmente eficaz para melhorar as habilidades genéricas de

comunicação desse grupo de profissionais (NOORDMAN; VAN DER WEIJDEN; VAN DULMEN, 2014).

Na Educação Física, o uso da tecnologia de gravação de vídeo do desempenho do atleta já ultrapassa 20 anos e vem sendo continuamente melhorado. De acordo com Boyer (2008), dados de pesquisa revelaram que, tanto a visualização de vídeo *feedback* quanto a observação de fitas de vídeo por especialista, podem resultar na melhoria do desempenho da habilidade atlética.

Nessa perspectiva caminha esta pesquisa, procurando valorizar a tecnologia educacional com a participação efetiva do aluno, ao traçar caminhos e favorecer a aprendizagem, baseando-se na reflexão em observar seu próprio desempenho no processo avaliativo, tendo em vista as mudanças, pois no dizer de Vasconcellos (2006a, p. 21) “toda ação humana consciente, toda prática é pautada por algum nível de reflexão”.

Na presente compilação, entendemos que ao acontecer o processo de revisitação das atividades elaboradas pelo aluno, por meio do vídeo *feedback* e fazendo uso da autoscopia, esse formula em seu cognitivo a atividade executada e, quando visualizada, procura reelaborar em seu intelecto o que necessita para que possa executar com melhorias em outra oportunidade. Está se referindo à metacognição e à regulação da aprendizagem.

Esse termo foi criado por John Flavell, no final dos anos 70, baseado em seus estudos realizados na Universidade de Stanford, Califórnia, nos Estados Unidos. Metacognição é uma teoria de base cognitiva conceituada como conhecimento, consciência e controle que o indivíduo tem de seu próprio processo cognitivo, ou seja, ‘cognição das cognições’.

A fala de Souza (2012) vai exatamente ao encontro da proposta deste estudo. Ele afirma que a metacognição diz respeito à capacidade do aluno em planejar intelectualmente seu aprendizado, identificando anteriormente suas fortalezas e suas fraquezas com o objetivo de traçar um roteiro para atingir o objetivo desejado. Ela se efetua quando o aluno torna consciente o seu processo de conhecer (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004). O aluno tem consciência de suas práticas e, também, noção do que ainda necessita para torná-las efetivas e é capaz de lançar mão de uma estratégia para suprir essas necessidades. E é por meio da autoscopia, permeada pelo vídeo *feedback*, na revisitação do cenário em que houve o erro, a falha, a deficiência, que a metacognição acontece e o aluno pode então melhorar a sua prática.

Segundo Romanowski; Wachowicz, (2004, p. 126) a metacognição

consiste nos mecanismos de controle e ajuste do aluno sobre seus próprios processos de aprendizagem, combinando e articulando as tarefas e os processos de cognição que utiliza na conquista do conhecimento e que resultam numa aprendizagem singular.

As mesmas autoras afirmam, ainda, que mesmo que seja breve o tempo de reflexão para o aluno, é ele que toma a decisão no processo de aprender recorrendo ao uso de estratégias, de procedimentos e de técnicas para que a aprendizagem aconteça. É um processo regulado pelo aluno cujas decisões tomadas são espontâneas e não planejadas (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

Ao revisitar-se, é oportunizado ao aluno efetuar uma avaliação global sobre o seu próprio desempenho podendo observar

a qualidade da argumentação, a percepção aguçada e crítica no exame de dados, a capacidade de articulação de teoria e prática, as habilidades de organização das respostas com logicidade, clareza e coerência, os estilos de fala e escrita, o emprego adequado de princípios e normas seus aspectos relacionais, suas habilidades técnicas, atitudinais e cognitivas (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004, p. 127).

Todo o conjunto da aprendizagem ocorrida no aluno devido ao processo da revisão avaliativa torna-se fator preponderante para avanços que compõe a complexidade do conhecimento. E “quanto mais o processo avançar na complexidade do conhecimento, maior será a conquista” (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004 p. 127).

No quesito de avaliação de habilidades clínicas (OSCE) a visualização de gravações das atividades práticas realizadas nos ambientes protegidos pode ser utilizada como importante instrumento para fornecer *feedback*. “O recurso do vídeo gravação com *feedback* como estratégia para o ensino sistematizado, além do uso de pacientes simulados, ajuda muito no aprendizado da comunicação médico-paciente” (DOHMS; TESSER; GROSSEMANN (2013, p. 316).

Segundo Reisslein, Seeling e Reisslein (2005), a gravação de vídeo fornece auxílio em relação ao uso de recursos humanos e de tempo; erros de desempenho no OSCE podem ser corrigidos, é possível usar o mesmo vídeo gravações com vários

grupos de estudantes, e estas podem ser disponibilizadas em internet como um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) ou publicamente disponível em sites de compartilhamento de vídeo, como 'You Tube', possibilitando que os alunos acessem as gravações, a qualquer momento.

A pesquisa de Dohms, Tesser e Grosseemann (2013) aponta que estas gravações podem ser de simulações periódicas, que são posteriormente revistas junto com outros profissionais (psicólogo ou médico), bem como de estudantes em um grupo pequeno, para discutir o que foi bom ou ruim e como lidar melhor com as situações no cotidiano profissional.

Sobre os benefícios do vídeo, Backstein et al., (2005) comentam que este possibilita *feedback* imediato, oportunidade para que realmente sejam vistos os erros no lugar de somente comentar sobre a necessidade de correção. O fato da realimentação por meio do vídeo pode ajudar a melhorar uma habilidade. Esse instrumento pode ajudar a fortalecer a estima e a autoconfiança dos alunos em relação aos seus conhecimentos teóricos e práticos aprendidos (NILSEN; BAERHEIM, 2005).

Em concordância com o estudo acima, Endacott et al., (2012) afirmam que gravações de vídeos de cada cenário atuaram como memória para estimular cada participante em fornecer autoavaliação de seus processos decisórios, em resposta aos eventos simulados. Nesse estudo, os participantes foram primeiramente filmados nas estações do OSCE, em relação ao gerenciamento de um paciente grave. Na sequência, viram os vídeos seguidos de entrevista reflexiva pelo docente. As revisões dos vídeos revelaram compreensão adicional para enfermeiros na tomada de decisões que não foram evidenciadas se fizessem somente o OSCE. O *feedback* da revisão do vídeo foi um componente altamente importante nos exercícios de simulação.

Com relação a utilização dos vídeos como *feedback* na avaliação da aprendizagem, nos achados de pesquisa de Paul (2010), a gravação de vídeo simulado de Parada Cardiorrespiratória (PCR) no OSCE, ajudou a esclarecer aspectos específicos sobre a sequência de ações durante o procedimento e gerou oportunidade para que os estudantes autoavaliassem suas habilidades, usando lista de verificação (*checklist*) estruturada, e para receber *feedback* formativo de um examinador.

Lançar mão do vídeo *feedback* parece ser um instrumento interessante com contribuições ao processo de ensino e de aprendizagem do aluno por meio da

reelaboração do percurso, a metacognição. Esta se pode efetuar por meio da visualização do desempenho pelo aluno constituindo-se em uma autoscopia, uma visualização de si próprio com objetivos de aprendizagem. O docente também pode usufruir do recurso como uma oportunidade de analisar o seu próprio desempenho com vistas a melhorias do processo de avaliação e de ensino.

3.4 A AUTOSCOPIA E A APRENDIZAGEM

Por tratar-se de pesquisa no âmbito da educação, o meu papel neste contexto é também contribuir com o desenvolvimento dos docentes e discentes deste cenário. Uma das formas é promover discussão e reflexão sobre a prática do docente e a prática estudantil no quesito do ensino e da aprendizagem fazendo uso da autoscopia.

Partimos da afirmação de Freire (2005, p. 24) de que “inexiste validade no ensino de que não resulte um aprendiz em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou de refazer o ensinado”. Daí a singularidade e a importância dada ao momento de revisitação da ação no quesito da aprendizagem permeada pela avaliação. A participação do aluno na construção de seu conhecimento configura-se em um indivíduo epistemologicamente curioso, que avança em conhecer o desconhecido e ser partícipe da construção da sociedade em que se encontra inserido “o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito” (FREIRE, 2005, p. 69)

Essa participação do aluno na construção de seu conhecimento, acrescida de importante reflexão, pode ser realizada por meio da autoscopia. A palavra autoscopia é composta pelos termos “auto” que se refere a uma ação realizada pelo próprio sujeito e “scopia” que quer dizer finalidade, objetivo, meta, alvo ou mira. A ideia de autoscopia se refere a um exame ou uma auscultação de si próprio. Uma autoavaliação de comportamentos, atitudes, posturas que podem ocorrer por meio de vídeo gravação (SADALLA; LARROCCA, 2004). Trata-se de uma ação em que o indivíduo se volta a si mesmo para analisar-se com auxílio de uma tecnologia de imagem, o vídeo (GALVÃO, CUNHA; 2013).

Esse recurso pedagógico de intervenção reflexiva tem sido amplamente usado na educação e na psicologia apresentando resultados interessantes no quesito

de formação de professores permitindo investigações sobre as estratégias de formação e nas questões de autoanálise (PACHECO, 1995).

“O processo de autoscopia permite desenvolver faculdades de auto-observação e autocrítica, diagnosticando comportamentos pedagógicos a melhorar, no sentido de aperfeiçoar a ação de cada um” (FERNANDES, 2004, p. 23)

Na fala de Sadalla; Laroca (2004, p. 421)

A autoscopia pode ser utilizada tanto em situações de pesquisa como nas de aprendizagem e formação de diferentes profissionais. O sujeito é o próprio objeto de *feedback* visual, ao se deparar com a imagem de seu corpo, a apreensão, pela memória, de sua representação e aparência.

Ao visualizarem-se, os sujeitos têm a rica oportunidade de tecer autocríticas, bem como de reafirmar posturas positivas que possam ser valorizadas positivamente em seu desempenho no cotidiano profissional.

Sobre suas finalidades, a autoscopia pode ser usada como procedimento de pesquisa e de intervenção reflexiva. É um recurso útil na formação do aluno por meio de ações reais, vídeo gravado e visualizado por ele próprio, o protagonista da ação (ROSA-SILVA; LORENCINI JÚNIOR; LABURU; 2009).

Pesquisa realizada por Fernandes (2004) teve como objetivo averiguar de que forma os processos de videoscopia e autoscopia ajudam os professores estagiários a tomarem consciência dos processos cognitivos, competências pedagógicas e atitudes que utilizam quando ensinam. Os resultados apontam que ambos os processos possuem enormes potencialidades à formação de professores. Ao visualizarem-se em vídeo, os sujeitos de pesquisa foram unânimes de que havia sempre algo de novo, coisas que na aula tinham passado despercebidas ou que até já estariam esquecidas. Todos os comentários feitos a estas aulas passaram a ter outro significado para cada uma das professoras (PACHECO, 1995 apud ROSA-SILVA; LORENCINI JÚNIOR; LABURU; 2009).

As cenas gravadas em vídeo podem ser submetidas à autoanálise pelo protagonista da cena e servir para desvelar aspectos cognitivos que o processo reflexivo propicia. O sujeito tem possibilidade de se auto perceber no quesito de tom de voz, posturas, deslocamentos, comportamentos, desenvoltura, expressões faciais, gestos, maneirismos e até na exposição da aprendizagem de uma competência

facilitando a apreensão do pensamento na fase de *feedback* (PACHECO, 1995; SADALLA; LAROCCA, 2004).

Essa autovisualização nem sempre se compõe de tarefa fácil pela mobilização de diversas estruturas internas advindas do processo reflexivo e de tomada de consciência de forma simultânea (ROSA-SILVA; LORENCINI JÚNIOR; LABURU; 2009). Outra dificuldade apontada na literatura diz respeito à presença dos profissionais e, até mesmo, do pesquisador no ambiente para realizar e/ou acompanhar a vídeo gravação, podendo ser este um fator responsável pela mudança de comportamento das pessoas. O ato de efetuar a autoscopia pelo vídeo gravação pode gerar ansiedade por conta da exposição do indivíduo a outros olhares e pela ‘surpresa’ que o processo encerra no olhar-se em ação. Atitudes defensivas, rejeição, timidez, vergonha, depressão ou agressão são também citadas (PRAX; LINARD, 1975 apud SADALLA; LAROCCA, 2004).

A autoscopia revela o ‘conhecer-na-ação’, termo este que se refere aos tipos de conhecimento que são revelados por ações físicas observáveis ou por ações cognitivas. Em ambas, o ato de conhecer está na ação que é revelada pelo desempenho o qual nem sempre se consegue explicitar verbalmente. Daí que a observação reflexiva sobre a ação por meio do vídeo pode ajudar o aluno à descrição deste conhecimento que se encontra implícito (SHÖN, 2000).

A autoscopia pressupõe dois momentos distintos, um em que acontece a vídeo gravação de uma situação que será revisitada e outro em que o material é visualizado ocorrendo análise e reflexão. Na gravação do vídeo, há o enfoque do cenário e do desenrolar das ações propostas pelo sujeito, no caso, o aluno. Na visualização, há um eminente processo reflexivo sobre as ações elaboradas o que mobiliza no aluno à necessidade de traçar ajustes que elas requerem.

Ao finalizar este capítulo que versou sobre a contribuição do vídeo *feedback* como instrumento tecnológico para avaliação de habilidades clínicas (OSCE), em que a autoscopia está imbricada no processo metacognitivo, abordaremos no próximo capítulo o caminho metodológico delineado para esta pesquisa rumo aos achados que constituem aspectos importantes dessa tese.

4 O CAMINHO PERCORRIDO

A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos” (Marcel Proust)

Nesse capítulo, será abordado o caminho que foi percorrido para ampliação do conhecimento científico que inclui a abordagem metodológica, o universo da pesquisa, as técnicas e o instrumento para coleta de dados, desenvolvimento e as etapas da pesquisa-ação. Sua centralização está nos pressupostos da pesquisa-ação que norteou esse trilhar.

4.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS - METODOLÓGICOS: PESQUISA QUALITATIVA E PESQUISA-AÇÃO

A literatura expõe que não há metodologia boa ou má, mas sim metodologias adequadas ou inadequadas para tratar um determinado problema. Portanto, procuramos uma abordagem que mais se adequava ao delineamento do estudo, em pudessem ser apreendidas as interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas e o fenômeno que se apresenta nas dimensões pessoais. A ação interpretada é o objeto por excelência da pesquisa qualitativa, sobressaindo “a importância da linguagem e das conceituações que devem dar conta, tanto do objeto ‘vivido’, como do objeto analisado”. (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014, p. 131). Esta ação está relacionada ao significado que os sujeitos atribuem às suas experiências e como elas compreendem esse mundo (POPE; MAYS, 2005).

Quanto à apreensão do objeto, estes não deveriam ser reduzidos a simples variáveis, mas sim apresentados em sua totalidade, dentro de seu contexto cotidiano. Sendo assim, caem por terra os locais como laboratórios em que situações artificiais são criadas, dando lugar a práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana, com a rica contribuição dos sujeitos e com seu olhar de mundo contendo revelações do novo, sendo, portanto, a mola propulsora deste extenuante exercício de colaborar com a ampliação do conhecimento científico.

Nesse pensar, trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem metodológica qualitativa de caráter interpretativo, permeada pela

pesquisa-ação com a finalidade de obtenção de um conhecimento relativo à resolução de um problema gerado na prática educacional.

No dizer de Minayo (1999, p. 21), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores, das aspirações e das atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos, bem como dos fenômenos os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores (POLIT e HUGLER, 1995, p. 270).

As mesmas autoras apontam que, em geral, a pesquisa que faz uso do método qualitativo (1995, p. 18):

- a) Tenta compreender a totalidade de determinado fenômeno, mais do que focalizar conceitos específicos;
- b) Possui poucas ideias pré-concebidas e salienta a importância das interpretações dos eventos e circunstâncias pelas pessoas, mais do que a interpretação do pesquisador;
- c) Coleta informações sem instrumentos formais e estruturados;
- d) Não tenta controlar o contexto da pesquisa, e, sim, captar o contexto em sua totalidade;
- e) Tenta capitalizar o subjetivo como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais;
- f) Analisa as informações narradas de uma forma organizada, mas intuitiva.

Essas características traçadas vêm corroborar na justificação das escolhas delineadas a esta pesquisa por se considerar que a interação e a participação dinâmica dos sujeitos são fundamentais em busca de conhecimentos que visam ampliar o olhar na formação em se tratando de avaliação do ensino e da aprendizagem.

A metodologia de pesquisa é utilizada quando o objetivo é “verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e

quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos” (IERVOLINO; PELICIONI, 2001, p. 116).

Partindo do pressuposto de que esta pesquisa possui em seu bojo os fenômenos do desvelamento, da aprendizagem, da percepção, estes requerem metodologia que valorize a experiência prática, tanto do aluno quanto do docente. A intenção era de compreender, de desvelar a própria experiência do aprender. Nesse sentido, o fenômeno estudado tratou-se da aprendizagem constituída a partir de um processo avaliativo vivenciado pelos sujeitos, sendo reforçada pelas palavras dos autores de que “o objetivo de revelar a natureza da aprendizagem através da descrição da experiência do aprender é fundamental para o delineamento da pesquisa e da própria obtenção das descrições”. (MARTINS; BICUDO, 2005, p. 34)

Por haver um entrelaçamento entre a pesquisa qualitativa e o interpretativismo, as salas de aula provaram serem espaços privilegiados para o andamento da pesquisa qualitativa.

Nesse sentido,

O docente que consegue associar o trabalho de pesquisa a seu fazer pedagógico, tornando-se um professor pesquisador de sua própria prática ou das práticas pedagógicas com as quais convive, estará no caminho de aperfeiçoar-se profissionalmente desenvolvendo uma melhor compreensão de suas ações como mediador de conhecimentos e de seu processo interacional com os educandos. Vai também ter uma melhor compreensão do processo de ensino e de aprendizagem. (BORTONI-RICARDO, 2008 p. 32-33).

Essas afirmações traduzem-se em justificativas para a escolha do uso da metodologia de pesquisa elencada, indo ao encontro das indagações surgidas no ambiente de prática desta pesquisadora. Salientamos a intencionalidade de se conhecer a interpretação das ações e o significado que as pessoas conferem a essas ações na vida social, tendo em vista que, conforme o paradigma interpretativista, “não há como observar o mundo independentemente das práticas sociais e significados vigentes” (BORTONI-RICARDO, 2008, p. 32).

Devido ao fato desta pesquisa estar permeada pela pesquisa-ação, importante que ela receba destaque devido à relevância que assume para a constituição dos achados desta pesquisa.

Kurt Lewin, cientista e psicólogo social, preocupado com as relações entre grupos e os problemas advindos das minorias nos Estados Unidos, na década de 40, foi o primeiro a desenvolver uma teoria de pesquisa-ação com a concepção de que o conhecimento deveria ser criado a partir da solução de problemas advindos de situações concretas da vida (ANDERSON; HERR; NIHLEN, 1994, p. 11 apud DINIZ-PEREIRA, 2011).

Considerado mais um estilo de pesquisa do que um método específico foi inicialmente aplicado nas ciências sociais e na psicologia. Hoje, é amplamente usada no âmbito do ensino e pode ser inserida em qualquer ambiente de interação social que possua um problema com envolvimento de pessoa, tarefa e de procedimentos. Na educação, tem colaborado com os professores na resolução dos problemas em sala de aula, com o uso da teoria educacional na prática neste ambiente. Esta interação da teoria com a prática docente por meio da pesquisa-ação resultou em um instrumento eficiente para o desenvolvimento deste profissional (ENGEL, 2000; MEYER, 2005).

Lewin afirma, ainda, que a pesquisa-ação consta de análise, evidência do problema, planejamento de ação, execução e avaliação perfazendo um círculo de atividades, gerando ao final uma espiral destes círculos. Neles, há a representação do desenvolvimento da pesquisa-ação (DINIZ-PEREIRA, 2011). De acordo com Kemmis e Wilkinson (2011, p. 39), esta espiral de ciclos autorreflexivos compõe-se de “planejamento de uma mudança, da ação e observação do processo e das consequências dessa mudança, da reflexão sobre esses processos e suas consequências e, então, replanejamento”. Há diferentes nomenclaturas para elucidar a dinâmica da pesquisa-ação, também conhecidas como espirais de ação-reflexão (MEYER, 2000) (Vide Figura 2).

Figura 2 - Ciclos autorreflexivos da pesquisa-ação de Kurt Lewin



Fonte: Autoria própria

Ela se assenta sobre o objetivo de não somente coletar informações sobre um determinado objeto para compreendê-lo melhor, mas principalmente, fazer algo prático. No contexto educacional, foi a partir dos anos cinquenta que despertou o interesse dos especialistas (DEPRESBITERIS, 1989).

Segundo Lippitt (1984 apud DEPRESBITERIS, 1989) o termo pesquisa-ação encerra três significados distintos. Primeiro pode se referir a uma pesquisa de diagnóstico sobre algum aspecto que está em marcha cujo foco é a ação. Segundo significado entendido como procedimento de coleta de dados que, por meio de um *feedback*, pode influenciar o processo de ação em andamento do grupo. E o terceiro significado é um procedimento no qual os participantes são envolvidos no processo de coleta de dados sobre si mesmos e utilizam os dados encontrados para realizar uma ação de melhorias, também sobre si mesmos.

Condizente com o próprio nome, na pesquisa-ação, o ponto fundamental é a ação na prática e as mudanças que ela provoca nos sujeitos, fruto da interação que ocorre durante o caminho percorrido. A intencionalidade é a mudança da prática e o entendimento dessas práticas. O *feedback* também assume relevância por ser o instrumento responsável pelo plano de desenvolvimento de ação após a devolutiva do caminho percorrido pelos sujeitos. Neste pensar, os pesquisadores sociais apontam vantagens do envolvimento dos sujeitos no planejamento e na coleta de dados, entre elas a de que quanto mais as pessoas se envolvem no planejamento e na coleta dos dados, mais elas se sentem 'donas' e têm maior aceitabilidade das intervenções para mudanças na ação (DEPRESBITERIS, 1989).

A pesquisa-ação apresenta alguns aspectos principais que são elencados por Thiollent (1988, p. 16):

- a) Há uma ampla e explícita interação entre os pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
- b) Desta interação resulta a ordem de prioridades dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob a forma de ação concreta;
- c) O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- d) Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação;
- e) A pesquisa não se limita a uma forma de ação: pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o “nível de consciência” das pessoas e grupos considerados.

Há importantes diferenças entre a pesquisa-ação e a pesquisa convencional as quais estão expostas no Quadro 6.

Quadro 6 - Diferenças entre pesquisa-ação e pesquisa convencional

PESQUISA-AÇÃO	PESQUISA CONVENCIONAL
- Participação ativa do pesquisador junto às pessoas buscando um trabalho conjunto	- Não há participação do pesquisador junto às pessoas da situação observada.
- A ação é imediata.	- Há uma grande instância entre os resultados de uma pesquisa e as possíveis decisões ou ações decorrentes.
- O usuário participa como elemento fundamental de informação e execução.	- O usuário é, ao nível da pesquisa, um meio informante e ao nível da ação, mero executor.
- São considerados tanto os aspectos individuais quanto os aspectos globais, que podem ser captados por questionários, mas devem ser enriquecidos com informações trazidas pelo pesquisador.	- São privilegiados os aspectos individuais, tais como opiniões, atitudes, motivações, comportamentos. Esses aspectos, geralmente captados por meio de questionários, não permitem uma visão dinâmica da situação.
- A dinâmica dos problemas, conflitos e ações é um dos principais focos da pesquisa.	- A dinâmica de transformação de uma situação em outra desejada não é um enfoque principal.
- Os pesquisadores afastam-se das preocupações relacionadas à formalização, à lógica, às regras estatísticas	- Os pesquisadores valorizam estruturas de raciocínio e os critérios estatísticos.
- A pesquisa é realizada numa situação natural, na qual o pesquisador intervém conscientemente.	- A pesquisa é realizada numa situação criada, na qual o pesquisador não intervém.

Fonte: Thiollent (1985 apud DEPRESBITERIS, 1989, p. 31)

A pesquisa-ação é conceituada como uma intervenção em pequena escala feita no mundo real e a observação do resultado dessa intervenção. É um estilo de pesquisa cujos pesquisadores trabalham com e para as pessoas ao invés de realizar a pesquisa sobre elas. Assenta-se sobre o diagnóstico de um problema proveniente de um contexto específico na tentativa de resolvê-lo. Usualmente, é colaborativa contando com a ação conjunta dos sujeitos e, ao mesmo tempo, participativa com atuação dos participantes de forma direta ou indireta na implementação da pesquisa. Neste sentido, as pessoas só podem realizar a pesquisa-ação sobre elas mesmas no ato de efetuar exame de seu conhecimento e refletir criticamente sobre como este conhecimento atua e modela a sua ação (MOREIRA, CALEFFE, 2008; KEMMIS, WILKINSON, 2001; MEYER, 2000).

Outra característica da pesquisa-ação é ser autoavaliativa, cujas modificações são constantemente avaliadas, tendo em vista atingir o objetivo principal que é melhorar a prática. O participante tem oportunidade de ampliar seu conhecimento sobre o fenômeno que lida no seu cotidiano, muito comum no campo educacional. Diante deste contexto, o *feedback*, resultado da prática, ganha expressão oportunizando modificações, mudanças pertinentes e até redefinições do caminho já percorrido (MOREIRA, CALEFFE, 2008; ENGEL, 2000).

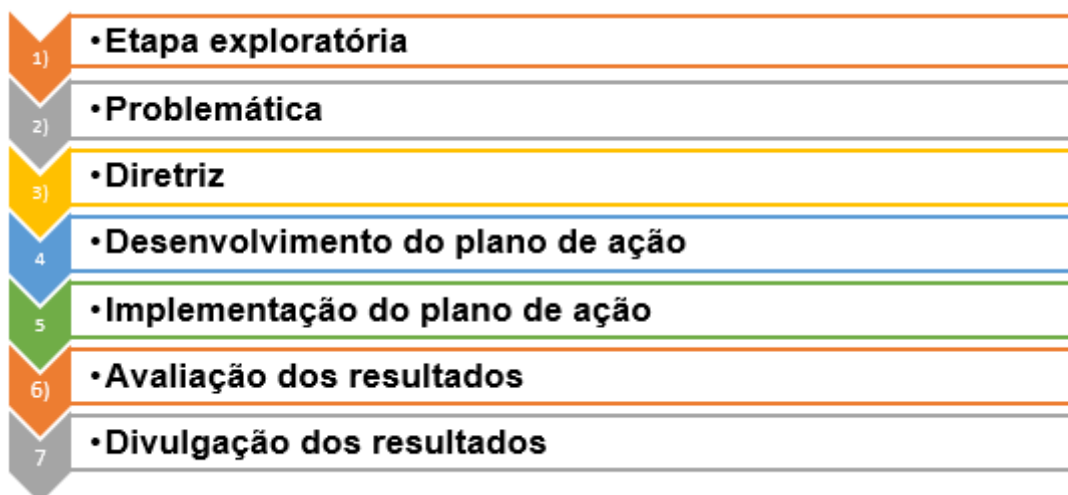
Tratando-se de pesquisa no âmbito educacional, a pesquisa-ação vem atender às demandas da presente pesquisa no que concerne a sanar problemas diagnosticados em situações específicas na formação, proporcionando ao professor novas habilidades e métodos para melhorar sua capacidade analítica oportunizando a autoconsciência, bem como introduzir abordagens inovadoras no processo ensino-aprendizagem (MOREIRA, CALEFFE, 2008).

A pesquisa-ação veio ao encontro das inquietações que permeiam essa pesquisa também por ser um método apropriado nas estratégias de aprendizagem e nos procedimentos de avaliação, possibilitando melhorar os métodos avaliativos e o desenvolvimento pessoal dos docentes, além das melhorias das habilidades de ensino (MOREIRA; CALEFFE, 2008).

Quanto à organização compatível aos princípios da pesquisa-ação, há um conjunto de ações que são designadas e não se encontram delineadas de forma rígida, pelo contrário, há um constante vaivém entre elas. A literatura sobre a pesquisa-ação aponta que estas ações podem também ser chamadas de etapas, de fases ou ainda de tarefas. Nessa proposta, foi dada preferência à designação da

palavra 'etapa', sendo elaboradas algumas etapas que estão descritas na Figura 3, as quais sofreram alguma adaptação.

Figura 3 - Etapas da pesquisa-ação



Fonte: Adaptado de Thiollent (1988), Gil (2002) e Engel (2000)

Essas etapas tiveram seu início em dezembro de 2015 e permaneceram sendo executadas até fevereiro de 2019 quando houve finalização da avaliação e interpretação dos dados. Houve divulgação parcial dos resultados em junho de 2018.

4.2 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DA PESQUISA, OS SUJEITOS PARTICIPANTES E ASPECTOS ÉTICOS

Diante das inquietações que permearam nossas atividades como educadora, elegemos como universo da pesquisa o ensino médico e sua delimitação, o curso de Medicina da UEPG, na cidade de Ponta Grossa, PR, tornando-se *locus* da pesquisa de campo.

Para tanto, a realização dessa pesquisa foi autorizada pelo Departamento de Medicina da UEPG (Anexo C), do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais quanto à utilização das dependências para coleta de dados (Anexo D) e do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde (UEPG) na participação dos docentes lotados naquele setor (Anexo E).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e recebeu parecer de aprovação sob o número 109336 em 2015, com registro na Plataforma Brasil sob nº CAAE: 50489415.6.0000.0105 (Anexo F).

Em virtude de ela envolver seres humanos, os aspectos éticos foram respeitados em atendimento a Res. CNS 466/12. Os dados da pesquisa foram obtidos após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi entregue a todos os docentes e alunos participantes da pesquisa (Apêndice C). Foi explanado sobre a liberdade de participar ou declinar do referido estudo em qualquer momento.

Quanto aos dados, esses serão guardados por cinco anos em atendimento ao exposto no artigo 7 da Lei nº 4.553 de 27/12/2002 que dispõe sobre a salvaguarda de dados, informações, documentos e materiais sigilosos.

Como critérios de inclusão foram elencados: ser aluno do curso de Medicina, da 5^o e 6^a séries, que estivesse matriculado nas disciplinas dos Internados e que aceitasse participar, assinando o TCLE. Quanto aos docentes, estes deveriam estar lotados no Departamento de Medicina, com atuação nas disciplinas dos Internatos e que aceitassem em participar da pesquisa, assinando o TCLE.

Na compilação do material coletado, o anonimato dos sujeitos foi respeitado. Na primeira etapa, a da avaliação diagnóstica, que aconteceu em dois momentos (Quadros 7, 8 e 9): os participantes foram nominados pela letra D (docente) e A (aluno) seguidos do número da entrevista realizada (D1, D2, ... e A1, A2, ...) e, assim, sucessivamente.

Quadro 7 - Caracterização dos professores participantes da avaliação diagnóstica: 1º momento (entrevista)

Nº DA ENTREVISTA	IDENTIFICAÇÃO PARA ANÁLISE	SEXO	TEMPO DE FORMADO	LOCAL DE FORMAÇÃO/ ESTADO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA DOCÊNCIA
1º	D1	F	19 anos	UFPR (PR)	5 anos
2º	D2	M	15 anos	FEPAR (PR)	4 anos
3º	D3	M	11 anos	UFPR (PR)	5 anos
4º	D4	F	16 anos	UFPEl (RS)	4,5 anos
5º	D5	M	18 anos	UFSC (SC)	12 anos
6º	D6	M	33 anos	UFPR (PR)	6 anos
7º	D7	M	41 anos	UFPR (PR)	7 anos
8º	D8	M	17 anos	UFPR (PR)	6 anos
9º	D9	F	29 anos	UPF (RS)	4 anos
10º	D10	F	23 anos	UFPA (PA)	15 anos
11º	D11	M	31 anos	PUC (PR)	6 anos
12º	D12	M	18 anos	UFPR (PR)	3 anos
13º	D13	F	1,5 anos	UFPR (PR)	9 meses
14º	D14	M	15 anos	FEPAR (PR)	8 anos
15º	D15	M	33 anos	UFPR (PR)	11 anos
16º	D16	F	14 anos	UFSC (SC)	3, 5 anos
17º	D17	F	13 anos	Unioeste-Cascavel (PR)	5 anos
18º	D18	M	32 anos	UFPR (PR)	5 anos
191º	D19	M	43 anos	UFPR (PR)	23 anos
20º	D20	F	17 anos	UniFOA (RJ)	3 anos
21º	D21	F	16 anos	PUC (PR)	2,5 anos
22º	D22	F	22 anos	UFPR (PR)	1,5 anos

Fonte: Autoria própria

Quadro 8 - Caracterização dos alunos participantes da avaliação diagnóstica: 1º momento (entrevista)

Nº DA ENTREVISTA	IDENTIFICAÇÃO PARA ANÁLISE	SEXO	SÉRIE	INTERNATO
1º	A1	M	5ª	Pediatria
2º	A2	F	5ª	Pediatria
3º	A3	M	5ª	Pediatria
4º	A4	M	5ª	Pediatria
5º	A5	M	5ª	Pediatria
6º	A6	F	5ª	Pediatria
7º	A7	M	5ª	Pediatria
8º	A8	M	5ª	Pediatria
9º	A9	M	5ª	Pediatria
10º	A10	F	5ª	Pediatria
11º	A11	M	5ª	Clínica Médica
12º	A12	M	5ª	Clínica Médica
13º	A13	M	5ª	Clínica Médica
14º	A14	M	5ª	Clínica Médica
15º	A15	F	5ª	Clínica Médica
16ª	A16	M	5ª	Clínica Médica
17º	A17	M	5ª	Clínica Médica
18º	A18	F	5ª	Clínica Médica
19º	A19	M	5ª	Clínica Médica
20º	A20	M	6ª	Clínica Médica

Fonte: Autoria própria

Como se pode observar, na fase exploratória, o número de sujeitos foi de 42 (22 docentes e 20 discentes) envolvidos com as Disciplinas dos Internatos da 6ª série do curso de Medicina da UEPG. A escolha da série e da disciplina deu-se pela necessidade premente de ouvir os atores no cenário do ensino que haviam trilhado o caminho, englobando quase a totalidade dos seis anos exigidos, a fim de que pudessem traçar um diagnóstico da formação no curso de medicina em seus aspectos educacionais e avaliativos.

Já no segundo momento da etapa exploratória, em que foi realizada roda de conversa com os alunos previamente ao OSCE, a caracterização dos sujeitos ficou assim expressa (Quadro 9).

Quadro 9 - Caracterização dos alunos participantes da avaliação diagnóstica: 2º momento (roda de conversa)

Nº DA ENTREVISTA	IDENTIFICAÇÃO PARA ANÁLISE	SEXO	SÉRIE	INTERNATO
1º	A1	F	5ª	Pediatria
2º	A2	F	5ª	Pediatria
3º	A3	F	5ª	Pediatria
4º	A4	M	5ª	Pediatria
5º	A5	F	5ª	Pediatria
6º	A6	M	5ª	GO
7º	A7	M	5ª	GO
8º	A8	M	5ª	GO
9º	A9	M	5ª	GO
10º	A10	M	5ª	GO
11º	A11	M	5ª	GO
12º	A12	M	5ª	GO
13º	A13	M	5ª	GO

Fonte: Autoria própria

Para implantar a Fase 1 do plano de ação traçado foi organizado um dia de Formação Continuada para docentes do curso de Medicina, a fim de se implantar o OSCE com *feedback* efetivo.

No Quadro 10 está a caracterização dos docentes.

Quadro 10 - Caracterização dos docentes participantes da Formação Continuada

NÚMERO DE DOCENTES	SÉRIE	INTERNATO	SIGLA USADA
1	5ª	Saúde da Família I e II	SFI/II
1	6ª	Ginecologia e Obstetrícia	GO
2	6º	Pediatria	P
4	6ª	Clínica Médica	CM
4	6ª	Clínica Cirúrgica	CC
TOTAL: 12			

Fonte: Autoria própria

Na implantação do OSCE acrescido do *feedback* efetivo do desempenho do discente pelo docente, o número de participantes foi de 120 pessoas, como exposto no Quadro 11. O motivo de selecionarmos estas séries finais foi baseado na vivência que esses acadêmicos apresentam no atendimento aos pacientes com possibilidade de demonstrar habilidades cognitivas, atitudinais e técnicas.

Quadro 11 - Caracterização dos alunos e docentes participantes da implantação do OSCE com *feedback*

SUJEITOS	SÉRIE	INTERNATO	SIGLA	IDENTIFICAÇÃO PARA ANÁLISE: exemplo
Alunos 38	5ª	Saúde da Família I Saúde da Família II Urgência e Emergência clínica Urgência e Emergência cirúrgica	SFI SFII Ec EC	(A2-Q-4ºO-CM) A: aluno 2: identificação do aluno Q: questionário* 4ºO: número do OSCE CM: internato que o aluno se encontrava
34		Pediatria Ginecologia e Obstetrícia Clínica Médica Clínica Cirúrgica	P GO CM CC	
TOTAL: 72				* Se o dado veio da Roda de Conversa, foi usado RC.

Docentes 21	5ª	Saúde da Família I Saúde da Família II Urgência e Emergência clínica	SFI SFII Ec EC	(DD-VF-3ºO- P) D: docente 32: identificação do docente RC: roda de conversa 2ºO: número do OSCE P: internato que o docente era o preceptor
30		Pediatria Ginecologia e Obstetrícia	P GO CM	
TOTAL: 51	6ª	Clínica Médica Clínica Cirúrgica	CC	

Fonte: Autoria própria

Já em relação à etapa do OSCE filmado com revisitação do discente por meio do vídeo *feedback*, participaram 22 discentes da 6ª série e 06 docentes. Foram selecionadas as disciplinas dos Internatos de Clínica Médica, GO e Clínica Cirúrgica, a fim de que cada aluno pudesse fazer sua revisitação pelo menos duas vezes, seguindo um cronograma já definido pelo colegiado de curso em que ocorreriam as avaliações dos alunos ao término dos Internatos.

O Quadro 12 apresenta essa caracterização:

Quadro 12 - Caracterização dos alunos e docentes participantes da etapa do OSCE com o vídeo *feedback*

SUJEITOS	SÉRIE	INTERNATO	IDENTIFICAÇÃO PARA ANÁLISE: exemplo
Alunos 22	6ª	Ginecologia e Obstetrícia Clínica Médica Clínica Cirúrgica	(A12-Q-2ºO-GO) A: aluno 12: identificação do aluno Q: questionário* 2ºO: número do OSCE CM: internato que o aluno se encontrava * Se o dado veio da Roda de Conversa, foi usado RC.
Docentes 06	6ª	Ginecologia e Obstetrícia Clínica Médica Clínica Cirúrgica	(DB-VF-3ºO- CM) D: docente B: identificação do docente V: vídeo <i>feedback</i> 3ºO: número do OSCE CM: internato que o docente era o preceptor

Fonte: Autoria própria

4.3 DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

Para fins didáticos, o Quadro 13 contém o resumo das etapas e do desenvolvimento da pesquisa-ação a fim de que houvesse acompanhamento dos passos traçados.

Quadro 13 - Resumo das etapas e do desenvolvimento da pesquisa-ação

ETAPAS	DESIGNAÇÃO DAS ETAPAS	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	TÉCNICAS DE COLETA DOS DADOS
<p>1ª Dez/2015 a Fev/2016</p>	<p>Exploratória Tem como objetivo determinar o campo de investigação e as expectativas dos participantes (GIL, 2002).</p>	<p>Entrevista com Docente a) nov/2015: em reunião departamental do curso de medicina foi feita a explanação e o convite à proposta com agendamento das entrevistas (Apêndice A). b) Entrevistas aconteceram em consultórios, UEPG, Hospitais. Foram individuais e gravadas.</p> <p>Resultado: os docentes perceberam a necessidade de formação pedagógica o que levou à organização de Formação Continuada (FC)</p> <p>Entrevista com discente a) Contato com os alunos do internato. b) Entrevistas foram nos locais de estágio, individuais e gravadas.</p> <p>Sujeitos participantes 42 (22 professores e 20 alunos) da Disciplina de Internato da 6ª série do curso de Medicina da UEPG.</p>	<p>Dos docentes: a) Entrevista composta por três blocos com 04 perguntas norteadoras sobre questões didático-pedagógicas e a prática avaliativa (Apêndice B). b) Assinatura do TCLE (Apêndice C).</p> <p>Dos discentes: a) Entrevista composta por três blocos com 04 perguntas norteadoras sobre questões didático-pedagógicas e a prática avaliativa (Apêndice D) b) Assinatura do TCLE (Apêndice C).</p> <p>Amostra: por conveniência. Fechamento amostral foi usado o Critério de saturação teórica: O critério para julgar quando parar a amostragem dos diferentes grupos pertinentes a uma categoria é a saturação teórica da categoria. Saturação significa que não estão sendo encontrados dados adicionais pelo qual o sociólogo possa desenvolver propriedades da categoria (GLASER; STRAUSS, 2006, p. 61).</p>
<p>2ª Mar a mai/2016</p>	<p>Problemática:</p>	<p>Resultados apontaram para: a) Carência de padronização; falta de objetividade da avaliação das habilidades clínicas; ausência do <i>feedback</i> efetivo do desempenho do aluno; necessidade de ampliar conhecimentos teóricos e práticos dos docentes.</p>	

		<p>OBS: Os participantes sugeriram que as estações fossem filmadas.</p> <p>LACUNAS + REVISÃO DA LITERATURA ↓</p> <p>Qual a contribuição do vídeo <i>feedback</i> no ensino e aprendizagem por simulação na avaliação prática de habilidades clínicas?</p>	
3 ^a Abril/2016	Diretriz	<p>A inserção da Avaliação Clínica Objetiva Estruturada (OSCE) acrescida do <i>feedback</i> de desempenho e de vídeo <i>feedback</i> do aluno no ensino médico pode contribuir para melhorias da avaliação da aprendizagem.</p>	
4 ^a Jun/2016	Desenvolvimento do plano de ação	<p>Em atendimento à problemática e por não haver OSCE instalado no curso de Medicina da UEPG, foram traçadas ações em três fases: 1 Curso de preparação para a implantação do OSCE com <i>feedback</i> efetivo</p> <p>Grupos escolhidos</p> <p>Foram convidados todos os docentes da disciplina de Internato das 5^a e 6^a séries do curso de Medicina da UEPG para elaboração e aprimoramento dos OSCEs.</p> <p>2. Para implantação do OSCE com <i>feedback</i> efetivo</p> <p>Grupos escolhidos</p> <p>Foram convidados todos os docentes e discentes da disciplina de Internato das 5^a e 6^a séries do curso de Medicina da UEPG.</p> <p>3. Para a implantação do OSCE filmado e vídeo <i>feedback</i></p> <p>Grupos escolhidos</p> <p>Foram convidados os professores e discentes dos internatos de Clínica Médica, GO e Clínica Cirúrgica da 6^a série do curso de Medicina da UEPG.</p>	

<p>5^a Dez 2016 a jul de 2017</p>	<p>Implementação do plano de ação</p>	<p>FASE 1 CURSO DE PREPARAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO OSCE COM FEEDBACK EFETIVO</p> <p>Após o curso, houve sete encontros com os docentes que aconteceram em (07/07/16, 14/07/16, 21/09/16, 26/09/16, 06/10/16, 18/10/16 e 09/11/16) para formular as estações do OSCE e sanar dúvidas. (ver mais detalhes no quadro 8)</p> <p>Participantes: 12 docentes de todas as disciplinas do internato (5^a e 6^a séries).</p> <p>FASE 2 (1º OSCE) IMPLANTAÇÃO DO OSCE COM FEEDBACK</p> <p>(ver mais detalhes no quadro 9)</p> <p>Participantes: 120 (40 docentes e 80 discentes) da disciplina de Internato. Este aumento do número de docentes deu-se pelo interesse do colegiado do curso na implantação do OSCE na disciplina dos Internatos</p> <p>FASE 3 (2º, 3º e 4º OSCE) IMPLANTAÇÃO DO OSCE FILMADO COM VÍDEO FEEDBACK</p> <p>(ver mais detalhes no quadro 10)</p> <p>28 (06 docentes e 22 discentes dos Internatos de GO, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica).</p>	<p>a) Fotos e vídeo gravação das atividades teóricas e práticas b) Ficha avaliativa c) Roda de conversa</p> <p>OSCE E FEEDBACK EFETIVO</p> <p>a) Entrevista com alunos b) Questionário avaliativo do OSCE com sugestões de melhorias dos discentes c) Roda de Conversa com docentes pós OSCE d) Fotos do OSCE</p> <p>OSCE E VÍDEO FEEDBACK</p> <p>Além dos itens a, b, c, e d, nesta fase foi feita a vídeo gravação das atividades práticas desenvolvidas pelos discentes e do <i>feedback</i> feito pelo docente ao final da estação.</p>
		<p>Sujeitos participantes →</p> <p>Formação Continuada:</p> <p>Vídeo feedback: →</p>	<p>FC + OSCE= universo constituiu-se de todos os docentes do Internato da 5^a e 6^a série.</p> <p>Amostra: por conveniência. Vídeo <i>feedback</i>: delimitou-se amostra do universo de docentes e discentes, por serem estes que estavam nos internatos selecionados para o estudo.</p>

6ª Dez 2016 a jul de 2017	Avaliação dos resultados	Aconteceram concomitante à implementação do plano de ação	
7ª	Divulgação dos resultados	Por meio de publicação de artigos	

Fonte: Autoria própria

Ainda com relação ao quadro formulado sobre as etapas da pesquisa-ação, algumas etapas (Problemática, Diretriz e Desenvolvimento), como estão bem representadas no quadro, não serão feitas demais explicações. Já nas etapas exploratórias e no desenvolvimento do plano de ação, serão necessários alguns apontamentos em separado.

Tendo em vista tratar-se de pesquisa extensa contendo muitos dados e momentos, ela é constituída de três grandes fases: exploração, implementação e análise de dados.

Para explanarmos sobre o caminho trilhado, daremos início à etapa exploratória.

4.3.1 Etapa Exploratória da Pesquisa-ação

Essa 1ª etapa referente à pesquisa-ação é composta de dois momentos exploratórios: o primeiro que aconteceu no final de 2015 em que foram entrevistados docentes e alunos de vários internatos para se ter um diagnóstico inicial da situação de formação no curso de medicina.

Já a 2ª etapa aconteceu durante a formação continuada dos docentes sendo realizada roda de conversa somente com os alunos dos internatos elencados.

1º momento exploratório: entrevista com alunos e professores

Tempo aproximado: 7 dias

Utilizando-se do dizer de Depresbiteris (2001, p. 145), “para que a avaliação se caracterize como orientadora das ações educativas é importante que os resultados sejam usados para levantamento de hipóteses [...]”. Subsidiando análises mais aprofundadas, efetuamos uma avaliação interna representada pela reflexão dos docentes e discentes, sobre suas práticas no contexto do ensino com o objetivo de identificar as lacunas no processo formativo, para diagnosticar o processo de ensino,

de aprendizagem e avaliativo na formação dos futuros médicos. Essa avaliação diagnóstica ocorreu em dezembro de 2015 e fevereiro de 2016, com a participação de quarenta e duas (42) pessoas, vinte e dois (22) professores e vinte alunos (20). Houve transcrição das gravações gerando um montante de 88 laudas referentes às falas dos discentes e 173 laudas dos docentes. Em seguida, foram encaminhadas via online aos participantes do estudo que a validaram quanto à fidelidade e veracidade.

O resultado desse extenso material permitiu traçar um diagnóstico por apontar dificuldades na avaliação e no processo pedagógico da ação docente. A falta de domínio pedagógico remeteu à necessidade de formação nessa área.

O diagnóstico gerado levou à necessidade de ação interventiva na formação com o planejamento de Formação Continuada com os docentes da disciplina do internato da 5ª e 6ª séries.

2º momento exploratório: roda de conversa com alunos

Nos dias 20 e 21 de outubro de 2016, houve Roda de Conversa com alunos da 6ª série do internato de Ginecologia e Obstetrícia e de Pediatria, participantes da pesquisa. Do internato de GO participaram 7 alunos e o de Pediatria, 8.

Em um primeiro momento, foi informado aos alunos sobre o teor da Roda de Conversa, como se daria e a importância de que não falassem todos ao mesmo tempo devido à gravação das falas. Após explicação sobre o sigilo das informações, a guarda do material e a assinatura do TCLE (Apêndice C), iniciou-se a gravação da conversa que foi transcrita, enviada para os alunos, que validaram o seu conteúdo. As rodas se deram no ambiente de estágio dos alunos, em horário compatível sem prejudicar o seu andamento. A Roda de Conversa do internato de GO aconteceu nas dependências do HU e a de Pediatria no Hospital Infantil da cidade de Ponta Grossa.

Entre os dados coletados destas conversas, os alunos do internato de GO opinaram de que todo o OSCE deveria ser filmado e não somente uma estação. Na visão deles, este instrumento poderia ajudar como 'proteção' caso houvesse um critério ou alguma avaliação que pudesse deixar dúvidas.

Nesses momentos de conversa com os alunos, utilizou-se instrumento semiestruturado que norteou a coleta de dados referente à primeira etapa da pesquisa, a fase exploratória (Apêndice D).

A seleção destes internatos ocorreu por conveniência, pensando nos professores que avaliariam os alunos quando da implantação do OSCE. A escolha

dos alunos das últimas séries se deu por considerar-se importante a contribuição do aluno já em uma fase final do curso. Uma escolha deliberada foi feita, considerando as características que, somadas, vão ao encontro das necessidades relativas ao desenvolvimento da avaliação clínica.

Importante salientarmos que a Roda de Conversa com esses alunos foi num período anterior à realização do OSCE. A intencionalidade deste ato reside no fato de que estes mesmos alunos passariam pelos momentos avaliativos, de acordo com o previsto pelo colegiado do curso de Medicina no término de cada Internato.

Encerra-se aqui a primeira fase da formação e inicia-se a segunda.

4.3.2 Implementação do Plano de Ação

Nesta 5ª etapa da pesquisa-ação, a implementação do plano de Ação para que se pudesse atender à problemática, havia a necessidade de implantação do OSCE associado ao *feedback* efetivo, no curso de Medicina, com envolvimento dos docentes do Internato. Diante disto, pensamos em uma formação continuada a qual se dividiu em três fases distintas para que o plano de ação fosse implementado.

- a) O primeiro momento, com um **curso de preparação** para a implantação do OSCE com *feedback* efetivo. (Fase 1 da Formação Continuada)
- b) O segundo momento, com a **implantação do OSCE acrescido do *feedback* efetivo** ao aluno sobre seu desempenho, ao final de cada estação avaliativa. (Fase 2 da Formação Continuada)
- c) O terceiro momento com a **implantação do OSCE filmado com vídeo *feedback*** do aluno em seu desempenho no OSCE que foi filmado juntamente com o do docente no momento do *feedback* efetivo. Lembrar que o terceiro momento está ainda em execução. (Fase 3 da Formação Continuada).

Esses momentos do plano de ação constituem-se em uma ampla formação continuada (FC) em que os docentes foram ensinados, formados e continuamente acompanhados nas atividades relativas à avaliação clínica objetiva estruturada, o OSCE.

A seguir, segue cada uma das três fases relativas à 5ª etapa da pesquisa-ação.

1ª FASE: Curso de Preparação para a Implantação do OSCE e Feedback Efetivo. Tempo aproximado: 8 dias

Expressas no Quadro 14, estão as atividades do curso de preparação que envolveu o evento e os encontros de formação.

Quadro 14 - Atividades relativas à 1ª fase da Implementação do Plano de Ação

ATIVIDADES	DESCRIÇÃO
<p>1ª: EVENTO sobre OSCE e feedback efetivo (18/06/2016)</p>	<p>a) Elaboração de Projeto de Extensão pela UTFPR e UEPG, instituições envolvidas. b) Convidada prof.^a Dr.^a com expertise nessa área, vinda de Curitiba para ministrar a FC. d) Envio de convite aos professores (Apêndice E) e) Criação do e-mail oscemeduepg@gmail.com para facilitar inscrição f) Elaboração de lista de presença (Apêndice F) g) Execução da FC sobre Avaliação de Habilidades e <i>feedback</i> efetivo (teoria e prática) com os seguintes conteúdos/atividades: - Tipos de Avaliação de Habilidades Clínicas - Organização e Importância do OSCE - <i>Feedback</i> efetivo - Construção do OSCE entre os participantes - Treinamento das estações e do <i>feedback</i> efetivo - Prática do OSCE - Roda de conversa - Avaliação (Apêndice G) modelo de Vilaça, Castro (2013). - Número de docentes participantes: 12 h) Filmagem audiovisual executada por técnico da NUTEAD (Núcleo de Tecnologia e Educação a Distância) da UEPG. i) Registro de imagens (Apêndice H) j) Repercussão da FC à comunidade universitária (Anexo A) k) Publicação dos resultados: Revista Ensino & Pesquisa, junho de 2016.</p>
<p>2ª CRIAÇÃO DO GRUPO ONLINE (23 junho/2016.)</p>	<p>Criação do grupo “OSCE- DEMED” no <i>whatsapp</i> para troca de informações e retirada de dúvidas sobre a formação do OSCE.</p>
<p>3ª ENCONTROS 1º Encontro (07/07/16)</p>	<p>Formação de 4 grupos - redação de estação do OSCE conforme roteiro - formulação de cronograma de atividades e assinatura dos presentes (Apêndice I) - elaboração de instrumento para registro das presenças e das atividades propostas para os referidos encontros (Apêndice H). - Prática do <i>feedback</i> efetivo - Internatos (GO, Pediatria, Saúde da Família, Emergência Clínica) - Local: Laboratório de Habilidades (UEPG) - Número de docentes participantes:10.</p>

<p>2º Encontro 14/07/16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - redação de estação do OSCE conforme roteiro. Professores compartilharam material que elaboraram sobre a estação do OSCE, sanando dúvidas. - entrega de material de orientação sobre a temática. - prática do <i>feedback</i> efetivo - Internatos (Práticas de Saúde I e Práticas de Saúde II). - Local: Laboratório de Habilidades (UEPG)
<p>3º Encontro 21/09/2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - encontro muito importante - reconhecimento do espaço físico - prática do <i>feedback</i> efetivo - diversas dúvidas sanadas sobre a organização do OSCE e quanto à montagem das estações. - trabalho em grupo entre os pares de cada internato sobre operacionalização do OSCE. - entrega de material didático e de modelos de formação das estações nos diferentes internatos quanto ao: <ul style="list-style-type: none"> a) o papel do examinador, b) planejamento das estações, c) como elaborar <i>checklists</i> d) modelos de <i>checklists</i> e) treinamento de paciente simulado. f) montagem de cenários g) construção de objetivos avaliativos h) como fornecer <i>Feedback</i> Efetivo (Anexo B) OBS: Utilizou-se a obra “Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina” (TIBÉRIO et al., 2012). - solicitado aos coordenadores que fizessem reprodução do material de cada internato para seus pares. - Internatos (GO, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Práticas de Saúde I Práticas de Saúde II) - Local: Ambulatório do Hospital Universitário (HU)
<p>4º Encontro 26/09/16 Reunião com Coordenador do Colegiado do Curso de Medicina</p>	<p>Reunião para planejamento do OSCE (Apêndice J):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente (distribuição das estações) - Sinal sonoro - rodízio das estações - Local de permanência dos alunos - Responsável pela guarda dos pertences dos alunos - Responsável em permanecer com alunos em ambiente anterior ao OSCE - Padronização dos tempos (leitura, estação, <i>feedback</i> efetivo) - Orientações para alunos, avaliadores, cronometristas e atores. - Definição das futuras datas: prática preliminar dos OSCEs com estudantes do mestrado e datas da avaliação propriamente ditas com alunos do internato da 6ª série. <p>-Local: Ambulatório do HU</p>
<p>5º Encontro 06/10/16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - retirada de dúvidas - orientações diversas - Internato de Emergência Cirúrgica -Local: Ambulatório do HU
<p>6º Encontro 18/10/16</p>	<ul style="list-style-type: none"> - execução da parte prática do OSCE entre docentes -- orientações diversas aos docentes sobre o desenvolvimento do OSCE (local das estações, fluxo dos alunos entre as estações, sala de espera dos alunos, papel do cronometrista, tempos estabelecidos (1 min - leitura do caso clínico, 7 min - desenvolvimento da estação e 2 min para <i>feedback</i> efetivo), <i>feedback</i> efetivo, avaliadores sem envolvimento com os alunos, caso clínico sucinto e

	claro, objetivo bem delineado, treinamento para atores com roteiro de perguntas e elaborar um <i>checklist</i> adequado) - presença de atores simulados (alunos do Mestrado em Ciências da Saúde) - Internato de Ginecologia/Obstetrícia e Clínica Médica - o exercício prático suscitou vários ajustes na construção dos <i>OSCES</i> pelos docentes, desde elaboração do caso clínico, do cenário, dos objetivos e do <i>checklist</i> . - Local: Ambulatório do HU
7º Encontro 09/11/16	- execução da parte prática do OSCE entre docentes - orientações- idem dia 18/10/16. - Internato de Clínica Cirúrgica e Emergência Clínica - o exercício prático suscitou vários ajustes na construção dos <i>OSCES</i> pelos docentes - Local: Ambulatório do HU

Fonte: Autoria própria

Em relação ao evento da Formação Continuada sobre OSCE e o *feedback* efetivo, pensamos que seria importante uma palestrante que viesse de fora da cidade, que tivesse conhecimento teórico e prático sobre a temática proposta e que fizesse uso de metodologias ativas de aprendizado. Para atendimento desses quesitos, convidamos a professora Doutora Rosiane Melo, docente da Faculdade Pequeno Príncipe, em Curitiba, a colaborar conosco nesse importante momento de formação.

Nesse momento da implementação do plano de ação, a construção do *OSCE* foi realizada pelos professores que iniciaram suas atividades no encontro e levaram como tarefa a sua finalização. Após terem finalizado, foi encaminhado para nossa avaliação. Ficou claro o interesse e o cuidado que os docentes dispensaram em aprender a realizar adequadamente a avaliação. Com o passar dos encontros, os docentes estavam mais envolvidos e com sugestões interessantes na efetivação do *OSCE* como, por exemplo, o cenário, o *checklist* e a redação dos objetivos a serem atingidos.

O coordenador do colegiado do curso de Medicina percebeu a importância da referida avaliação no ensino médico e instituiu o *OSCE* na Disciplina do Internato da 5ª e 6ª série como método avaliativo. De acordo com o calendário acadêmico, esta avaliação tem sua periodicidade a cada trimestre. Datas estabelecidas para avaliação: outubro de 2016, fevereiro, abril e julho de 2017.

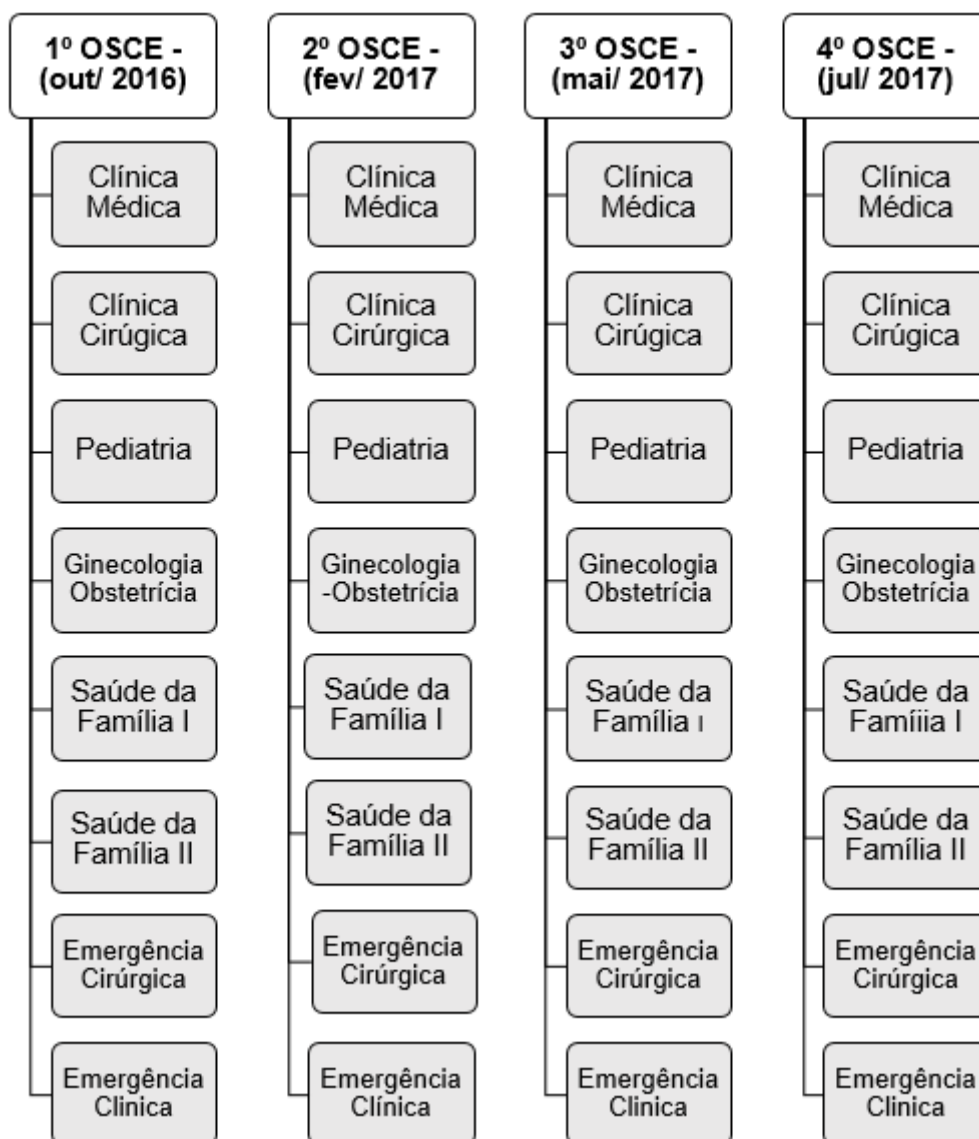
2ª FASE: Implantação do OSCE e Feedback Efetivo.

Nessa 2ª fase da implementação da pesquisa-ação, ocorreu a implantação do *OSCE* com o *feedback* efetivo. Ao se abordar sobre o *OSCE* estamos nos referindo

ao conjunto de avaliações que aconteceram no final de cada internato perfazendo um total de oito.

Os OSCEs, nesta pesquisa, estão com a seguinte estruturação (Figura 4). Fase 2 da Formação Continuada.

Figura 4 - Estruturação do OSCE



Fonte: Autoria própria

Depois da longa caminhada de construção conjunta com os professores, dia 26 de outubro de 2016 foi realizada pela primeira vez a avaliação clínica objetiva estruturada, no curso de Medicina da UEPG.

Primeiro OSCE: (26/10/16 a 07/11/2016)

O resumo do **primeiro OSCE** envolvendo os oito internatos encontra-se no Quadro 15.

Quadro 15 - Resumo do 1º OSCE efetuado nos oito Internatos

DATA	INTERNATO	LOCAL	CARACTERÍSTICAS
26/10/16	Clínica Cirúrgica e Pediatria Início: 18h Término: 22h30min	Amb.HU (foram ocupadas)	<ul style="list-style-type: none"> - Número de alunos avaliados: 20. - Duração da avaliação de habilidades clínicas: 2h - Participação de seis alunos do Mestrado em Ciências da Saúde; quatro como atores e dois na coleta de dados. - Efetuação do <i>feedback</i> efetivo após término da estação - Cronometrista: duas professoras enfermeiras do Departamento de Enfermagem. - Roda de conversa com professores, duração de 1h que foi gravada e transcrita. - Preenchimento de questionário por discentes
27/10/2016	Clínica Médica Início: 19h Término: 22h30min	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Alunos avaliados 10 - Presença do ator (alunos de mestrado) - Docentes e discentes muito ansiosos - Atraso do docente que gerou atraso no OSCE - Roda de Conversa com docentes - Preenchimento de questionário por discentes
03/11/2016	Ginecologia e Obstetrícia Início: 18h Término: 21h45min	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Professores calmos - Pontualidade do docente - Casos clínicos pequenos. - Objetivos colocados dentro da sala - Equipe de apoio: 10 pessoas - Participação de paciente simulado - Roda de Conversa com docentes - Preenchimento de questionário por discentes
04/11/2016	Emergência Clínica Início: 17h30min Término: 20h	UEPG - lab habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de manequins de alta fidelidade - Uso de diversos equipamentos para procedimentos - Participação de paciente simulado - Faltou organização dos docentes - Grande número de objetivos para serem atingidos em uma única estação. - Estação sem objetivo - Conversa em tom alto entre docente/discente atrapalhou outras estações - Não houve cumprimento, por parte dos docentes quanto aos tempos estabelecidos - Ausência de equipe de apoio - Dos cinco professores participantes, somente dois tinham conhecimento do OSCE. - Roda de Conversa com docentes - Preenchimento de questionário pelos discentes.
07/11/2016	Saúde da Família I Saúde da Família II Início: 19h20min Término: 22h	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de paciente simulado - Atraso de dois docentes - Alunos visualizaram caso ao dirigirem-se à sala de espera - Roda de Conversa com docentes - Preenchimento de questionário por discentes

Fonte: Autoria própria

A operacionalização do OSCE é um processo que requer sistematização, organização e detalhamento, por isso, em todos os OSCES foram tomados alguns cuidados como:

- a) Organização dos aspectos estruturais no espaço interno do ambulatório;
- b) Orientação aos avaliadores, entrega do modelo do *feedback* efetivo, e orientação dos atores;
- c) Orientação dos alunos quanto à execução do processo avaliativo com *feedback* efetivo ao final da estação;
- d) Recolhimento e guarda de todos os pertences dos alunos antes de entrar no espaço do ambulatório;
- e) Encaminhamento dos alunos para a sala em que ficavam reclusos aguardando serem chamados para avaliação;
- f) A avaliação do OSCE de forma unitária, não simultânea;
- g) Após o término da estação, o aluno recebeu do avaliador o *feedback* efetivo sobre seu desempenho;
- h) Ao completar a avaliação nas quatro estações, ele preencheu o questionário dando *feedback* à pesquisadora quanto ao processo avaliativo realizado, tecendo sugestões de melhorias;
- i) Terminado o preenchimento e entrega do questionário, o aluno deixou o ambulatório e recebeu seus pertences deixando o HU sem direito de retorno ao ambiente em que ocorreu a avaliação;
- j) Professor mantendo-se com alunos no ambiente recluso: Funções: controle de assinatura de presença, organização da sequência dos alunos para dar início às estações e supervisão quanto ao repasse de informações de alunos que já haviam encerrado o OSCE;
- k) Funcionário da UEPG responsável por cuidar dos pertences dos alunos;
- l) Disponibilização de jogos, baralhos, palavras cruzadas na sala de espera com os alunos;
- m) Número das estações e dos casos clínicos afixados nas portas das estações;
- n) Disponibilizado comida e água para alunos, avaliadores e equipe de logística;
- o) Cronometrista para dar andamento quanto ao rodízio das estações.

Assim que a avaliação foi finalizada por todos os docentes, foi iniciada a Roda de Conversa com os mesmos que foram orientados sobre a dinâmica da roda e a importância da participação de todos. Informado também que utilizassem um tom de voz compatível para que as gravações não fossem prejudicadas. Momento de grande troca, de escuta e de intensa participação. Foi utilizado um protocolo de entrevista semiestruturado contendo três perguntas norteadoras para conduzir a Roda de Conversa (Apêndice L).

Professores demonstraram satisfação com a experiência a qual consideraram positiva. Deram sugestões de melhorias, entre elas o aumento do tempo para *feedback* efetivo, que se diga de passagem, foi o ponto alto desta modalidade de avaliação, tanto sob o olhar dos docentes como dos discentes.

Também ao final do OSCE, para obter a percepção dos alunos em relação a esta primeira experiência, lhes foi solicitado que respondessem a um questionário contendo quatro (4) perguntas abertas, cujo objetivo era avaliar o OSCE e obter informações para melhorar o processo. Já em relação aos questionários entregues aos alunos, receberam orientação prévia sobre a colaboração na pesquisa, incentivando-os a participar ativamente e efetivamente de futuras adequações no método avaliativo OSCE acrescido do *feedback* efetivo do docente (Apêndice K). Os alunos expressaram sua opinião contribuindo com importantes sugestões para melhorias no processo avaliativo.

Como característica da pesquisa-ação, o vaivém entre resultados e participantes é condição *sine qua non* para que se dê continuidade à pesquisa na elaboração dos demais resultados tecidos, sempre por muitas mãos de forma colaborativa e efetiva. Nesse pensar, após a roda de conversa com os docentes e leitura do questionário dos alunos com o objetivo de melhorar o processo de avaliação, visando à aprendizagem do aluno, foram feitas modificações sugeridas pelos participantes da pesquisa (docentes e alunos). Para isso, com base nos resultados obtidos dos participantes após o primeiro momento, foi enviado aos docentes, via online, um texto sobre “Mudanças e Orientações para docentes: 2ª OSCE de 06 a 09 de fevereiro de 2017” (Apêndice M). Foi efetuado previamente ao início da avaliação, tendo como objetivo a realização dos devidos ajustes para o segundo OSCE.

As principais mudanças foram relacionadas aos tempos da avaliação e ao fluxo de alunos que passou de ‘contínuo’ para ‘em grupos’. Houve acréscimo do tempo

total da estação de 10 min para 12 aumentando-se o tempo de execução da avaliação clínica para 8 min e do *feedback* para 3 min. Quanto ao fluxo:

Na entrada em grupo os estudantes entram simultaneamente, um em cada estação e, depois rodam a cada tempo padronizado, saindo em grupo após passarem em todas as estações. Já na entrada individual, ao primeiro sinal entra apenas um estudante. Este se dirige à primeira estação e passa à estação seguinte ao segundo sinal, ao mesmo tempo em que o segundo estudante entra na primeira estação, gerando assim um fluxo contínuo de estudantes que passam pelas estações na mesma sequência (TURINI et al., 2012, p. 208-209).

Houve sugestão, também, de que houvesse padronização dos modelos de caso clínico, de orientação do ator, de *checklist*, e da forma/local do objetivo da estação. Tais modelos foram elaborados e enviados aos docentes junto às 'mudanças e orientações'. Constatou-se que o *feedback* efetivo poderia ser mais sucinto auxiliando o avaliador em sua realização. Para o 2º OSCE, mudanças foram feitas procurando atender esta situação (Apêndice N). De igual forma, os docentes foram orientados que o objetivo a ser atingido (habilidade testada), deveria estar descrito também dentro da estação, em cima da mesa, além da porta, para auxiliar o discente.

O colegiado de curso estabeleceu a temporalidade de duas semanas em que os professores tiveram a liberdade de escolher o melhor dia para efetuar a avaliação relacionada ao desempenho do aluno no internato.

Com o término da implantação do OSCE com *feedback* efetivo, finaliza-se a segunda fase da pesquisa.

3ª FASE: Implantação do OSCE filmado com vídeo *feedback*

Nessa 3ª fase da implementação da pesquisa-ação, ocorreu a implantação do OSCE filmado e a realização do vídeo *feedback*. Fase 3 da Formação Continuada.

Essa fase foi inaugurada com a organização e efetuação do segundo OSCE.

Segundo OSCE: (06/02/17 a 09/02/2017)

Após o segundo OSCE, foi solicitado ao aluno para responder o questionário o qual também sofreu modificações (Apêndice O).

Acatadas as principais mudanças solicitadas pelos participantes na execução do OSCE, e obedecendo ao calendário acadêmico, o coordenador do colegiado estabeleceu a temporalidade de uma semana, e não mais duas como o OSCE anterior, para que ocorressem as avaliações do internato dando-se início a mais um OSCE. Desta feita, os trabalhos avaliativos tiveram seu início em 06 de fevereiro de 2017, contudo seu término ultrapassou o prazo fixado devido a problemas de deslocamento de professores de outras cidades. Seu término deu-se em 15 de fevereiro do mesmo ano.

Abaixo está exposto no Quadro 16, o resumo do 2º OSCE.

Quadro 16 - Resumo do 2º OSCE efetuado nos oito Internatos

DATA	INTERNATO	LOCAL	CARACTERÍSTICAS
06/02/2017	Saúde da Família I Saúde da Família II Início: 19h Término: 21h50min	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de paciente simulado (alunos de mestrado) - Docentes e discentes mais tranquilos - Atraso do docente no início do OSCE - Estações muito bem organizadas - Em uma das estações, docente cobrou organização como objetivo, caso raro não visto na prática do estágio - Fluxo contínuo foi muito positivo, otimizando tempo. - O tempo ampliado da avaliação foi muito positivo - Roda de Conversa ao final com ampla participação. - Preenchimento de questionário por discentes
07/02/2017	Pediatria Início: 18h Término: 22h30min	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de manequim infantil - Presença de pacientes simulados no papel de criança e mãe - Alunos mais tranquilos - Acadêmicos de outras séries do curso de medicina, auxiliaram nas atividades - Atraso do início do OSCE por professor não ter previamente feito impressão do material - Atuação do cronometrista a desejar sem comprometer a avaliação em si. - Roda de Conversa ao final com ampla participação. - Preenchimento de questionário por discentes
08/02/2017	Clínica Cirúrgica Ginecologia e Obstetrícia Início: 19h30min Término: 22h30min	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Participação de paciente simulado - Docentes não estão seguindo modelos padronizados. - Alunos mais tranquilos - Docentes organizando as estações - Aluno teve acesso a caso clínico prévio ao início da avaliação, repassando para os demais.

			<ul style="list-style-type: none"> - Filmagem do desempenho do aluno e do <i>feedback</i> do docente na 4ª estação do internato de Clínica Cirúrgica. - Vídeo <i>feedback</i> do aluno sobre seu desempenho durante a execução do OSCE. - Dois avaliadores na estação que foi filmada - Em uma das estações foi cobrado como objetivo, caso clínico não visto na prática do estágio. - Excesso de objetivos solicitados em uma única estação gerando estresse para o aluno. - Roda de Conversa ao final com ampla participação. - Preenchimento de questionário por discentes
09/02/2017	Clínica Médica Início: 19h Término: 22h30min	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Acadêmicos de outras séries do curso de medicina, auxiliaram nas atividades - OSCE com três estações - Na Roda de Conversa foi feita colocação de que alunos estavam muito ansiosos - Preenchimento de questionário por discentes
15/02/2017	Emergência Clínica e Emergência Cirúrgica Início: 17h30min Término: 20h20min	UEPG- lab. habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de manequins de alta fidelidade - Uso de diversos instrumentos para procedimentos - Acadêmicos de outras séries do curso de medicina, auxiliaram nas atividades - OSCE com atraso em seu início - Ausência de paciente simulado - Docentes mais tranquilos - Roda de Conversa com docentes - Preenchimento de questionário por discentes

Fonte: Autoria própria

Partindo do pressuposto de que o vídeo *feedback* assume grande relevância nesta pesquisa, foi dada ênfase ao processo de execução da filmagem e da autoscopia do vídeo gravação ocorridos durante o processo avaliativo no OSCE no internato de Clínica Cirúrgica.

De acordo com Flick (2009), é crucial que previamente à gravação em vídeo, seja feito reconhecimento do local para saber quanto ao posicionamento da câmera e o melhor ângulo a ser escolhido. Partindo desta afirmação, uma hora antecipadamente ao início do OSCE, acompanhada do gerente de produção e edição audiovisual e de imagens da NUTEAD/UEPG, dirigimo-nos ao ambulatório do HU para proceder a organização do ambiente na efetivação do OSCE. Foi selecionada a última estação para ser filmada, sendo feito então a disposição dos equipamentos. Uma câmera posicionada para o momento da entrevista com o paciente e outra, mais ao fundo da sala, local em que seria executado o exame físico. A sala ao lado, escolhida

para que o aluno pudesse visualizar seu desempenho por meio de um *feedback* de vídeo, foi igualmente preparada com dois notebooks e três cadeiras.

Dos nove alunos do internato de Clínica Cirúrgica, somente uma aluna não permitiu que fosse realizada sua filmagem, o que foi prontamente respeitado. A metodologia foi assim delineada: aluno executava a 4ª estação cumprindo os tempos determinados e no momento do rodízio, ao invés de adentrar em outra sala de avaliação, dirigia-se à sala ao lado, onde ocorria a vídeo autoscopia. Estavam presentes a pesquisadora e o professor que havia feito a avaliação.

Nesse momento foi explicado ao aluno como se daria o procedimento.

O aluno acompanhou a visualização do vídeo *feedback* com auxílio de perguntas norteadoras usadas pela pesquisadora para conduzir o momento (Apêndice P). Em momentos oportunos foi interrompida a gravação para ouvir do aluno sua percepção sobre o visualizado, em busca da relação do vídeo *feedback* com o aprendizado. Tratando-se do aprendizado e sua reelaboração, a contribuição do professor era bem-vinda auxiliando o aprendizado do aluno no caso de dúvidas ou até mesmo reforçando acertos. Após o término da visualização, não em sua íntegra devido ao igual tempo estabelecido nas estações (12 min), o aluno retomava o processo avaliativo adentrando em outra estação.

Percebemos na filmagem, que houve uma visão panorâmica do cenário em que o discente atuou junto ao paciente simulado, mas a imagem do professor ficou prejudicada a qual nem sempre era captada porque ele se movimentava pela sala.

Referente às especificações técnicas dos equipamentos utilizados:

- 01 Filmadora *Panasonic* AG AC8 - Resolução de gravação: HD 1080p, 60 qps - Microfone da própria filmadora. 02 Cartões de memória de 64 GB.
- 01 *webcam Logitech* - Resolução de gravação HD 1080p - 30 qps - Microfone da própria *webcam*.
- 03 *Notebook Megaware* - Processador *Core Due* - 2 GB RAM - Armazenamento de 500 GB. (1 para gravar com a *webcam Logitech* e 2 para assistir aos vídeos).
- *Software* de captura de vídeo (notebook + *webcam*): *Software* próprio da *Logitech Lws251*.
- 02 *Pendrives* de 8 GB.

Nesta estação, estipularam-se dois avaliadores: um acompanhava o aluno para o vídeo *feedback* enquanto o outro permanecia na estação para atender os alunos que vinham rodando no percurso do OSCE.

Similar ao 1º OSCE, os dados coletados resultaram em categorias sendo a dos docentes: pontos positivos do OSCE/*feedback*, pontos negativos do OSCE/*feedback*, sugestões de melhorias, percepção do OSCE sob o olhar do docente. E dos discentes: contribuição do OSCE à formação, repercussão das modificações feitas no 2º OSCE, contribuição do *feedback* ao aprendizado e sugestões de melhorias.

Constatamos que a Roda de Conversa entre os docentes foi mais descontraída e como havia professores novos, estes se posicionaram muito favoráveis à oportunidade de aprender sobre avaliação com ênfase no *feedback* ao término da estação.

A direção administrativa do HU, a partir deste OSCE; delegou um funcionário que já atua no ambulatório, para auxiliar na equipe logística de elaboração do OSCE.

De posse dos resultados obtidos no 2º OSCE, frutos da reflexão dos participantes, algumas orientações foram encaminhadas aos docentes coordenadores dos internatos, a fim de que fossem aperfeiçoados alguns aspectos desta modalidade de avaliação (Apêndice Q). Orientações estas encaminhadas online antecipando-se ao terceiro OSCE.

Dentre as orientações, salientamos o cancelamento da colaboração de alunos do curso de medicina nas atividades internas do OSCE, objetivo a ser atingido na estação deverá ter sido vivenciado no estágio. A redação do objetivo necessitará ser clara, concisa e encontrar-se dentro da estação. Foi reforçada a necessidade do treinamento antecipado do ator/atriz e a importância do uso dos impressos padronizados para o OSCE.

De igual forma, o professor foi orientado para realizar o *feedback* efetivo do aluno sentado em frente ao mesmo, no mesmo espaço que se dá o início da consulta, por conta do posicionamento da câmera.

Respeitando as determinações do calendário acadêmico, o coordenador do colegiado do curso de Medicina estabeleceu o período da primeira semana do mês de maio para que ocorresse o 3º OSCE. Devido ao feriado, a avaliação iniciou-se dia 24 de abril e seu término deu-se no dia 11 de maio de 2017.

Terceiro OSCE: (24/04/17 a 11/05/2017)

Fazendo-se menção ao ciclo autorreflexivo de Kurt Levin (DINIZ-PEREIRA, 2011) exposto anteriormente: planejar - agir e observar - refletir - rever o planejamento - agir e observar, deu-se sequência à metodologia eleita.

Diante do aprazamento para realizar-se o 3º OSCE, por conta do feriado, a avaliação teve início dia 24 de abril e seu término deu-se no dia 11 de maio de 2017.

Para maiores detalhamentos encontra-se exposto no quadro 17, o resumo do 3º OSCE.

Quadro 17 - Resumo do 3º OSCE efetuado nos oito Internatos

DATA	INTERNATO	LOCAL	CARACTERÍSTICAS
24/04/2017	Saúde da Família I Saúde da Família II Início: 19h Término: 22h	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Alunas do curso de enfermagem compuseram equipe de logística - Docentes e discentes visivelmente mais tranquilos - Atraso do docente devido atendimento de urgência - Estações muito nem organizadas - Persistiu ser cobrado em uma das estações objetivo não visto na prática do estágio. - Permaneceu o fluxo contínuo de alunos - O tempo ampliado da avaliação foi muito positivo - Roda de Conversa ao final com ampla participação. - Preenchimento de questionário por discentes
02/05/2016	GO Emergência Clínica Início: 18h40min Término: 22h	Amb. HU e UEPG- lab. Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de manequins de alta fidelidade - Uso de diversos instrumentos para procedimentos - Avaliação deu-se em dois locais distintos e simultaneamente - Alunas do curso de enfermagem compuseram equipe logística - Presença de paciente simulado - Alunos mais tranquilos - Necessidade de uma estação necessitar ser trocada de lugar porque o negatoscópio⁶ deixou de funcionar no momento avaliativo. - Roda de Conversa ao final dos docentes conduzida por um professor. - Preenchimento de questionário por discentes - Filmagem do desempenho do aluno e do feedback do docente na 4ª estação do internato de GO. - Vídeo <i>feedback</i> do aluno ao término do OSCE - Dois avaliadores na estação que foi filmada

⁶ Negatoscópio: palavra formada de 'negativo' e do grego 'skópeo'- "observo". Aparelho dotado de iluminação especial para perfeita observação dos negativos ou chapas radiográficas de acordo com o Dicionário Infopédia de Termos Médicos. Porto: Porto Editora, 2003-2018. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/negatoscopio>. Acesso em 1 nov. 2018.

03/05/2017	Clínica Médica e Pediatria Clínica Médica: Início: 18h40min Término: 21h30min Pediatria Início: 19h10min Término: 22h30min	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Participação de ator - Alunas do curso de enfermagem compuseram equipe de logística - Atraso de docentes de Pediatria, por isso o início com atraso. - Professora do curso de enfermagem auxiliou na condução da avaliação. - Estações mais organizadas - Ainda permanecem muitos objetivos em uma única estação - Filmagem do desempenho do aluno e do <i>feedback</i> do docente na 4ª estação do internato de Clínica Médica. - Vídeo <i>feedback</i> do aluno ao término do OSCE - Dois avaliadores na estação que foi filmada - Não houve Roda de Conversa (pesquisadora coletando dados) - Preenchimento de questionário por discentes
04/05/2017	Clínica Cirúrgica Início: 18h45min Término: 21h50min	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> - Alunas do curso de enfermagem compuseram equipe de logística - OSCE com três estações - Não houve Roda de Conversa (pesquisadora coletando dados) - Preenchimento de questionário por discentes - Filmagem do desempenho do aluno e do <i>feedback</i> do docente na 4ª estação do internato de Clínica Cirúrgica. - Dois avaliadores na estação que foi filmada - Vídeo <i>feedback</i> do aluno ao término do OSCE
11/05/2017	Emergência Cirúrgica Início: 17h40min Término: 20:30	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Alunas do curso de enfermagem compuseram equipe logística - Ausência de paciente simulado na estação - Docentes tranquilos - Preenchimento de questionário por discentes

Fonte: Autoria própria

Similar ao 2º OSCE efetuou-se filmagem de uma única estação de dois internatos em dias distintos. Houve solicitação dos alunos em realizar o vídeo *feedback* ao término de toda avaliação. Sugestão acatada e realizado o referido *feedback* permanecendo os alunos preenchendo o questionário avaliativo (Apêndice R), enquanto aguardavam para autoscopia.

Os alunos participaram ativamente na coleta de dados por meio do questionário com informações relevantes e sugestões construtivas. Para esse terceiro momento, o questionário sofreu mudança em suas perguntas em atendimento ao momento vivenciado pelos alunos.

As questões técnicas relativas à filmagem efetuaram-se da mesma forma anterior com arrumação dos equipamentos antecedentes ao OSCE. Os equipamentos

foram também os mesmos. Como nos dois dias filmados, as estações não contemplavam avaliação de habilidades com manuseio de paciente, as duas câmeras permaneceram próximas ao professor e a o aluno, sendo que uma delas captou a imagem do aluno em seu momento de 'consulta'. Houve melhora do som ficando este bem audível.

As imagens captadas por uma das câmeras mostraram bem a interação do aluno com o paciente, possibilitando avaliação da postura desenvolvida frente ao caso constituído. Houve visão panorâmica englobando aluno e paciente.

As autoscopias por meio dos vídeos *feedbacks* ocorreram de forma similar ao último OSCE com a presença do professor acompanhando o aluno que havia sido por ele avaliado na estação. Houve uma aluna que se recusou a ser filmada, os demais concordaram em participar da pesquisa e em visualizar seu desempenho.

Em relação às rodas de conversa, neste terceiro momento avaliativo, os professores que participaram desde o 1º OSCE estavam cada vez mais à vontade e com extensas colocações, incentivando os docentes novatos no processo a ampliar seu conhecimento e até sua prática no âmbito educacional.

Quarto OSCE: (17/07/17 a 20/07/2017)

O quarto OSCE teve seu transcorrer de forma similar aos demais OSCEs ocorrendo as avaliações nos espaços do ambulatório do Hospital Regional e no laboratório de Habilidades do Bloco M na UEPG. O OSCE foi composto por quatro estações elaboradas pelos professores dos internatos. Foi notório que a cada avaliação há um envolvimento maior dos docentes do curso de Medicina no quesito de qualidade e quantidade. Há um trabalho em equipe envolvendo em média oito pessoas para a condução do mesmo.

Com o intuito de manter a padronização requerida para esse tipo de avaliação, orientamos novamente alunos e docentes sobre o andamento do OSCE, assinatura da folha de presença, entrega do modelo do *feedback* e reforço de como deve o mesmo ser efetuado. O processo avaliativo transcorreu sem anormalidades.

O Quadro 18 apresenta o resumo do 4º OSCE.

Quadro 18 - Resumo do 4º OSCE efetuado nos oito Internatos

DATA	INTERNATO	LOCAL	CARACTERÍSTICAS
17/07/2017	Saúde da Família I Saúde da Família II Início: 18h Término: 22h	Amb.HU	- Alunas do curso de enfermagem e de medicina compuseram equipe logística - A maioria dos docentes e discentes encontravam-se mais tranquilos.

			<ul style="list-style-type: none"> - Atraso do docente devido atendimento de urgência - Não houve ator em nenhuma estação - Não foi realizada filmagem em nenhuma estação - Executou-se o fluxo contínuo de alunos - Permaneceu o tempo de 12 min para cada estação (1 min. para leitura, 8 min. para a realização da atividade e 3 min. para o <i>feedback</i>). - Roda de Conversa com os docentes ao término da avaliação. - Preenchimento de questionário avaliativo pelos discentes
18/07/2017	GO Emergência Clínica Início: 18h30min Término: 22h	Amb. HU e UEPG- lab. Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de manequins de alta fidelidade na UEPG - Presença de paciente simulado em uma das estações do Internato de Emergência Clínica. - Avaliação deu-se em dois locais distintos e de forma simultânea (UEPG e HU) - Auxílio de alunas do curso de enfermagem e de medicina na execução do OSCE. - Discentes mais tranquilos e docentes mais organizados - Roda de Conversa ao final com os docentes presentes no HU. - Discente preencheu questionário ao final da estação
19/07/2017	Clínica Médica e Pediatria Início: 19h30min Término: 22h	Amb. HU	<ul style="list-style-type: none"> - Participação de paciente simulado na 4ª estação (marido de uma docente) do internato de Clínica Médica e uma paciente simulada no de Pediatria - Aluna do curso de enfermagem e um funcionário do laboratório de habilidades compuseram equipe de logística - Filmagem do desempenho do aluno e do <i>feedback</i> do docente na 4ª estação do internato de Clínica Médica. - Vídeo <i>feedback</i> do aluno ao término do OSCE - Aluno realizou a autoscopia sem a presença do professor avaliador. - Necessidade de melhorias na elaboração da estação - Permanece solicitação de muitos objetivos a serem atingidos - Professora do internato de clínica médica avaliou todos os alunos permanecendo como única avaliadora da estação que foi filmada - Houve Roda de Conversa - Houve preenchimento de questionário para futuras implementações.
20/07/2017	Clínica Cirúrgica Emergência Clínica Clínica Cirúrgica: Início: 18h40min Término: 21h30min Emergência cirúrgica:	Amb.HU	<ul style="list-style-type: none"> -Atraso de professor do Internato de Emergência cirúrgica. - Por conta do atraso, resolveu-se dar início ao OSCE no modelo anterior, ou seja, entrando um aluno de cada vez nas estações. - Professores do Internato de Emergência Cirúrgica, bastante desatentos. Faltou organização prévia, comunicação entre os docentes e cumprimento do padrão que o OSCE

	Início: 19h30min Término: 22h30min		requer. Pesquisadora precisou intervir para que o padrão pudesse ser efetivado. -Gerenciamento do transcorrer do OSCE ficou a cargo de uma residente de medicina. - Participação de paciente simulado na 4ª estação (docente do DEMED) no internato de Clínica Cirúrgica -Docentes do curso de enfermagem auxiliaram na logística do OSCE -Não houve Roda de Conversa (pesquisadora coletando dados) - Preenchimento de questionário por discentes - Filmagem do desempenho do aluno e do feedback do docente na 4ª estação do internato de Clínica Cirúrgica. - Vídeo <i>feedback</i> do aluno ao término do OSCE - Dois alunos não quiseram visualizar seu desempenho ao término do OSCE. Agendaram para outro dia. - Estações não estavam bem elaboradas
--	---------------------------------------	--	---

Fonte: Autoria própria

As filmagens foram feitas em dois dias consecutivos como já previsto nos Internatos de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, respectivamente. Essa intencionalidade foi para que o aluno pudesse revisitar seu desempenho pela segunda vez, atendendo o delineamento elaborado.

Nessa autoscopia, os alunos não tiveram a presença do professor que realizou a avaliação, com a finalidade de evitar um possível viés de interferência da presença deste junto ao aluno.

Dois alunos não realizaram a autoscopia após o OSCE e marcaram sua visualização após dois dias, a qual aconteceu sem anormalidades nas dependências do Hospital Regional Universitário.

Ao término do OSCE os alunos, enquanto aguardavam para realizar a autoscopia, preencheram o questionário avaliativo (Apêndice S). As perguntas foram voltadas a uma retrospectiva da caminhada do aluno do 1º ao 4º OSCE pensando-se em contribuições à pesquisa e a demais ajustes futuros dessa técnica.

De igual forma, as questões técnicas relativas à filmagem efetuaram-se com a colocação dos equipamentos antecedentes ao OSCE. As duas câmeras permaneceram próximas ao docente e ao discente, sendo que uma delas captando a imagem do aluno em seu momento de 'consulta'. O professor foi orientado para solicitar a saída do paciente padrão e dar o *feedback* posicionando-se de frente ao aluno ficando, assim, os dois visíveis às imagens captadas por uma das câmeras. Tudo ocorreu como planejado.

Outra mudança realizada nesse 4º OSCE foi quanto à localização do docente no momento avaliativo do desempenho do aluno, permanecendo atrás e não ao lado como nos demais OSCEs.

Como houve avaliação de internatos em locais distintos no mesmo dia, (anterior ao início da avaliação que ocorreu nas dependências da UEPG), houve deslocamento da pesquisadora para supervisionar e dar as últimas informações aos docentes relativas ao andamento de mais um OSCE. Na sequência, fomos para o HU por conta da filmagem e do autoscopia.

Esclarece-se que nesse estudo, na fase de implantação do OSCE, na grande maioria das estações, foi lançado mão da simulação com a presença do paciente padronizado ou simulado. Na disciplina do Internato de urgência e de emergência, os simuladores de alta e média complexidade foram usados oferecendo realismo a simulação aplicada ao caso elencado. Já na fase de gravação dos vídeos, todas as simulações tiveram a participação de pacientes padronizados ou simulados que são atores que produzem sintomas. Isto deu-se tendo em vista que as tarefas envolviam relacionamento interpessoal, como a obtenção de anamnese, para um posterior diagnóstico, tomada de conduta e de tratamento.

Observou-se que há heterogeneidade entre os docentes atuantes na disciplina do Internato quando se trata deste tipo de avaliação. Há aqueles extremamente engajados, organizados e procurando a cada OSCE mudança em seu fazer docente. Existem outros que têm um envolvimento menor, mas de uma maneira ou outra, contribuem para que haja uma mudança no processo de ensino-aprendizagem e avaliativo no curso de medicina. Contudo, há os que ainda estão mais afastados, com comprometimento a desejar e consideram que essa tarefa cabe aos demais colegas docentes.

Assim que houve o término do 4º OSCE os alunos foram convidados para uma roda de conversa para fechamento da pesquisa e obter um *feedback* sobre o caminho trilhado relativo à avaliação de habilidades. Essa roda aconteceu três dias após o OSCE, dentro do HU. Trinta e cinco alunos se fizeram presentes e elaboraram sugestões sobre o vídeo *feedback* no processo de aprendizagem, similares ao que já haviam tecido nos questionários.

Com os docentes, a roda de conversa aconteceu ao final do 4º OSCE após o término da avaliação simulada, envolvendo sete internatos e com a participação de 23 docentes.

Com o término da explanação do 4º OSCE e das rodas de conversa final, encerra-se aqui a fase de implementação do plano de ação.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos delineados, recorreremos a algumas técnicas para coleta de dados como: a entrevista individual semiestruturada, a Roda de Conversa, os questionários avaliativos, as gravações de áudio e de imagens, fotos, todas permeadas pelos pressupostos da pesquisa-ação.

4.4.1 Roda de Conversa

A Roda de Conversa tem como fundamentos a escuta e o diálogo e é definida como “um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo” (MOURA; LIMA, 2014, p. 101). Seu objetivo é a socialização de saberes oportunizando a troca de experiências, de olhares e de conhecimentos entre os que dela participam, valendo-se da construção e reconstrução de novos conhecimentos sobre a temática proposta (MOURA; LIMA, 2014).

Deve-se sua origem a Paulo Freire, importante pedagogo que, em 1950, a partir de seus trabalhos de alfabetização de adultos no nordeste brasileiro, teve a ideia de contextualizar tal método. A Roda de Conversa foi inicialmente designada de Círculo de Cultura, Método Paulo Freire e Roda, Rodinha quando voltada para a Educação Infantil. Nesta área da educação, precisamente, o nome do professor Celèstin Freinet (1896-1966), nascido no Sul da França não pode ser esquecido. Ele foi o precursor da incorporação da Roda de Conversa ao trabalho pedagógico na Educação Infantil (SILVA, 2012).

Quanto à importância do diálogo nesta modalidade, Moura e Lima assim se expressam (2014, p. 100), “diálogo é um momento singular de partilha, porque pressupõe um exercício de escuta e de fala, em que se agregam vários interlocutores, e os momentos de escuta são mais numerosos do que os de fala”. Neste espaço que

a reflexão se faz, traz consigo a rica oportunidade de avanços, tanto no pensar como no agir, bem como na construção do conhecimento.

A intencionalidade das rodas de conversa nesta pesquisa foi de que os docentes e discentes pudessem partilhar e compartilhar seus olhares sobre o processo de avaliação proposto associado ao *feedback*, no viés do ensino e da aprendizagem, buscando-se abstrair os significados, as concepções e, assim, aperfeiçoar, num *continuum* crescimento, a sua prática avaliativa. Rica oportunidade para ampliação do conhecimento advindo dos múltiplos olhares sobre avaliação da aprendizagem que a Roda de Conversa proporciona.

Outro objetivo também proposto ao recorrer a esta técnica pautou-se no estabelecimento de espaço de diálogo e interação visando estreitamento de relações entre os docentes e discentes tão necessárias no cotidiano do aprendizado. A interação entre os participantes que acontece no interior das rodas de conversa, responsável pela busca do conhecimento, gera mais conhecimento (SILVA, 2012).

Justifica-se o uso da referida técnica, tendo em vista que ela alcança elementos que outras técnicas não podem alcançar revelando com isso dimensões que comumente permanecem obscuras ou despercebidas pelas demais usadas na pesquisa qualitativa (KITZINGER, 2005).

4.4.2 Entrevista Semiestruturada

A entrevista semiestruturada ou parcialmente estruturada, é aquela “guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso” (GIL, 2002, p. 117) e tem como objetivo descobrir a estrutura de sentidos, própria do entrevistado (BRITTEN, 2005). Seu uso deu-se, tendo em vista que na pesquisa qualitativa, a conversa e o diálogo acontecem entre entrevistado e entrevistador; os dados são coletados por meio da descrição feita e nela contém os significados que são fundamentais, além de permitir melhores resultados do que o preenchimento de questionários (MARTINS; BICUDO, 2005).

Tendo em vista que nesta técnica o entrevistador guia-se por algum tipo de roteiro (GIL, 2002), a entrevista semiestruturada (Apêndice B) compôs-se de três blocos, contendo: no primeiro, alguns dados de identificação; no segundo bloco, perguntas norteadoras sobre ensino-aprendizado; e, no terceiro, perguntas

norteadoras em relação ao processo avaliativo. Este roteiro foi fundamental para que a pesquisadora pudesse realizar diagnóstico sobre as questões centrais da pesquisa, o ensino-aprendizagem e a avaliação deste processo.

O diálogo que ocorre durante a entrevista com os respondentes traduz-se em rico momento para o pesquisador e o entrevistado na coleta de informações úteis e importantes para ambos. Portanto, não deve ser um momento mecânico, mas sim envolto de significados, de empatia para que a conversa flua de forma livre deixando o entrevistado livre para expor suas ideias. A empatia, o respeito, a confiabilidade, a postura e a ética são constructos que não devem ser negligenciados quando se utiliza a entrevista como técnica de coleta de dados.

Alguns cuidados são importantes na formulação das questões, as quais devem ser livres de juízo de valor, de adjetivos, bem como preservar o anonimato e evitar respostas de aprovação e de reprovação. A entrevista semiestruturada pode obter respostas amplas dos entrevistados, tendo o cuidado do entrevistador em orientar o pensamento do respondente no que se refere a não se perder o foco (MARTINS; BICUDO, 2005).

4.4.3 Questionário Avaliativo

Este instrumento oferece ao pesquisador coleta de dados e apresenta como vantagem o anonimato ao participante da pesquisa, uso eficiente de tempo, possibilidade alta de retorno, entre outras (MOREIRA, CELEFFE, 2008).

Os questionários com questão aberta disponibilizam ao participante a oportunidade de escreverem suas percepções inclusive com informação das razões quando estão acrescidas de 'perguntar o porquê' (MOREIRA, CELEFFE, 2008). Porém, compreendemos que este instrumento não permite um aprofundamento das reflexões próprias da pesquisa qualitativa, por isso o mesmo foi utilizado com cautela.

Podem também ser úteis em relação a elucidar a opinião dos alunos sobre algum assunto em particular indo ao encontro das lacunas deste estudo em questão. Salienta-se que, em concordância com a pesquisa-ação, os questionários podem sofrer mudanças em seu conteúdo, o que ocorreu com os questionários aplicados aos alunos nos diferentes momentos avaliativos propostos (GIL, 2002).

4.4.4 Gravações de Áudio e de Imagens

Toda aprendizagem, em todos os tempos, é mediada pelas tecnologias disponíveis e a gravação se enquadra neste contexto, principalmente, na pesquisa qualitativa em que a subjetividade é tão presente vindo a tecnologia em seu auxílio na elucidação de algum dado importante. A gravação de áudio é amplamente usada como instrumento de coleta de dados. Contudo, Flick (2009) alerta que se deve fazer uso de um gravador de alta qualidade quando as entrevistas serão transcritas.

As imagens e a tecnologia são uma contribuição, e não um fim. O vídeo tem uma função de registrar dados que envolvem ações humanas e que se torna difícil de ser descrita por um único observador enquanto ele se desenrola (LOIZOS, 2002).

A gravação acústica e visual teve influência importante no renascimento e nos avanços da pesquisa qualitativa nos últimos 20 anos. As câmeras têm sido rico instrumento para a coleta de dados e cada vez mais as filmagens são utilizadas como forma genuína e como fonte de dados (FLICK, 2009).

Esse tipo de recurso torna possível analisar todo o material de pesquisa e manter a neutralidade dos dados. Com o uso do vídeo, há um exame aprofundado do processo analisado, pois ele permite ver quantas vezes forem necessárias (BELEI et al., 2008).

Na pesquisa qualitativa, a gravação pode ser usada por diferentes maneiras, sendo uma delas o uso de câmera para gravar e documentar a interação que ocorre entre as pessoas. Interação esta que pode ser não verbal e considerada de grande relevância. Há possibilidade do registro das ações no momento em que são produzidas e não somente relatos feitos a partir de um ponto de vista (FLICK, 2009).

O mesmo autor infere ainda que ao se utilizar este recurso, além de informar aos participantes sobre a finalidade da gravação, o desafio está em fazer a gravação 'naturalmente' sem que as câmeras e o gravador de voz se tornem fator de inibição.

Alguns cuidados na execução da técnica se constituem importantes evitando que a câmera e o equipamento de gravação não dominem a situação: atenção quanto ao foco da câmera e a decisão de quando começar e quando parar a gravação (FLICK, 2009).

Outro cuidado importante a ser elencado está relacionado ao fator de posturas não naturais, ditas também oficiais, tendo em vista que "leva um bom tempo até que

as pessoas se comportem naturalmente diante até mesmo do mais simples sistema de registro” (LOIZOS, 2002, p. 153).

4.5 TÉCNICA E PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa qualitativa, por suas especificidades e mergulhada na subjetividade, requer procedimentos no tratamento de dados que ultrapassem a incerteza, enriqueçam a leitura e que integrem as descobertas indo além das aparências. Seu ponto de partida é a mensagem na busca em atingir os significados manifestos e latentes e no dizer de Minayo (2000, p. 199) “a Análise de Conteúdo é a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa”. Ela é conceituada como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p. 38).

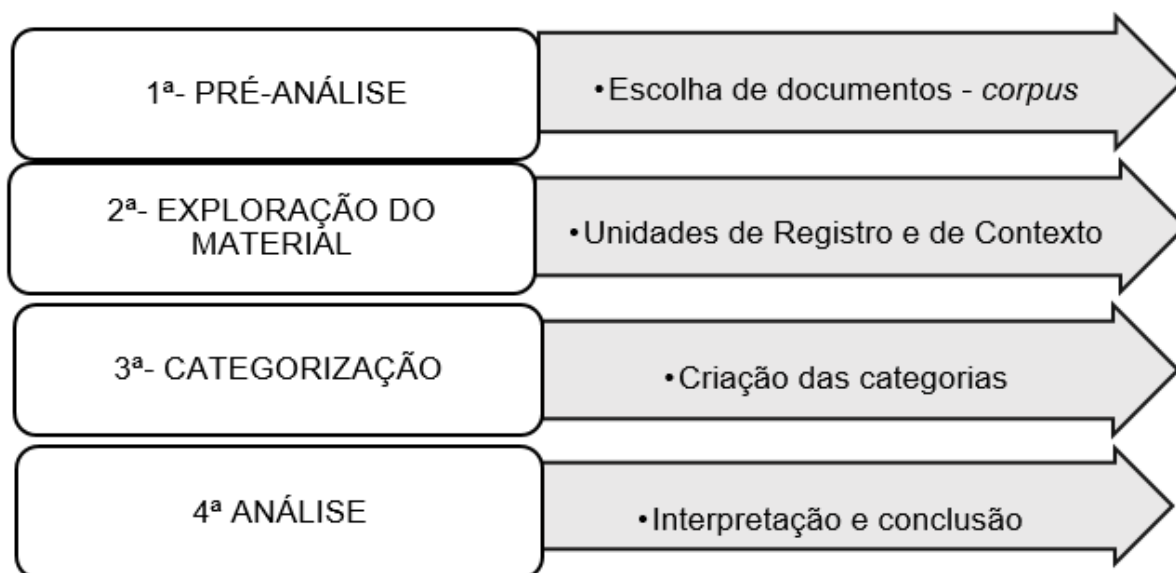
Este tipo de análise é um dos procedimentos mais clássicos, sendo uma de suas características frequentes a utilização de categorias (FLICK, 2009). É um instrumento de análise interpretativa considerada uma das técnicas mais antigas remontando a 1787, nos Estados Unidos. Nas décadas de 20 a 30 do século passado houve sua emergência como método de estudo (OLIVEIRA, et al., 2003).

É considerada uma técnica que se pauta em uma atitude científica e sistematizada na busca de respostas. Procura apreender uma realidade visível e também invisível, por meio de procedimentos metodológicos estruturados, na busca de significados que podem se manifestar nas “entrelinhas” de um texto. (CAVALCANTE, CALIXTO, RIBEIRO, 2014). Busca conteúdos latentes procurando desvendá-los e não somente manifestá-los de forma superficial (TRIVIÑOS, 1987).

Dentre as diversas técnicas desenvolvidas pela análise de conteúdo, selecionou-se a análise temática por se adaptar melhor a esta pesquisa no desvelamento dos significados. A análise temática traz a “noção de tema que está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto” (MINAYO, 2000, p. 208). O tema refere-se à unidade de significação que se expressa do texto analisado e a presença deles “denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso” (MINAYO, 2000, p. 209).

A análise de conteúdo temático apresenta quatro fases as quais estão expressas na Figura 5.

Figura 5 - Fases do Processo de Análise



Fonte: Minayo (2000)

A primeira fase, a pré-análise, consta da escolha dos documentos com a determinação do corpus e a leitura flutuante em que se dá a organização do material. Momento de aproximar-se exaustivamente deixando-se impregnar por seu conteúdo, suas impressões, emoções, expectativas, etc.

Uma segunda fase, a exploração do material, ocorre um conhecimento aprofundado orientado pelos referenciais teóricos. É fase da codificação com o surgimento das unidades de registro e de contexto, procurando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

A terceira fase e a de maior intensidade, a categorização, apoiam-se na reflexão, na intuição com aprofundamento das ideias chegando a propostas básicas de transformação das estruturas específicas e gerais (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2000). Nessa fase, o tratamento dá-se de forma indireta pautando-se na interpretação das falas para além do que foi objetivamente dito, procurando ler nas entrelinhas os significados (MINAYO, 2000).

A análise temática é finalizada pela análise dos dados propriamente dita fazendo-se uso da interpretação dos achados.

4.5.1 A Fase da Pré-Análise: Formação do *Corpus*

Compuseram o *corpus* para a análise temática desta pesquisa, as transcrições das entrevistas gravadas realizadas com alunos e docentes, as falas das rodas de conversa, as autoscopias por meio do vídeo gravação e os questionários. Com exceção do questionário, todas as demais foram transcritas em sua integralidade procurando anotar os silêncios e as expressões manifestadas. Houve respeito aos aspectos éticos de sigilo das informações e da preservação da identidade dos sujeitos.

O total dos dados coletados configurou o *corpus* traduzindo-se em extenso material conforme exposto na Figura 6. Esclarecemos que os questionários respondidos pelos alunos, ao final de cada OSCE, foram agrupados em unidades de registro, as quais computaram 100 laudas.

Figura 6 - Constituição do *Corpus*



Fonte: Autoria própria

4.5.2 A Fase da Exploração do Material

De posse do *corpus*, procedemos à leitura flutuante procurando ter uma noção do 'conjunto da ópera'. Diversas vezes revisitamos o material compilado, a fim de apreender as ideias principais e os significados gerais. Essa revisão permitiu aflorar lembranças de como se deu o contato com os alunos e professores contribuindo para que determinadas impressões se solidificassem.

O espaçamento entre os OSCEs, que aconteceu na fase de implementação do plano de ação foi positivo, dando tempo hábil para que o material das rodas de

conversa e da autoscopia pudesse ser degravado. O mesmo se deu com as gravações dos vídeos que foram gradualmente enviadas oportunizando as reflexões pertinentes ao observado.

4.5.3 A Seleção das Unidades de Análise

Realizar seleção das unidades de análise além de se traduzir em uma tarefa extenuante ela é imprescindível à pesquisa qualitativa no quesito da análise. Está implícita a codificação dos dados que compõem o *corpus*, ou seja, há uma transformação dos dados brutos permitindo atingir uma representação do conteúdo com vistas a esclarecer acerca das características do texto.

Na codificação, os dados são agregados em unidade de registro, sendo essa definida como a unidade de significação que pode traduzir-se em uma palavra, uma frase, um personagem, um acontecimento, um documento, etc. Já a unidade de contexto, “serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem” (BARDIN, 1977, p. 107).

Tendo em vista optar pela análise de conteúdo temática, fez-se uso de palavras, frases ou parágrafos como unidade de análise. O tema é definido por Bardin (1977, p. 105 e 106) como “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. [...] O tema é geralmente usado como unidade de registro em resposta a entrevistas e questões abertas”.

Utilizamos como instrumentos balizadores na construção das unidades de análise: os objetivos, o problema de pesquisa e os teóricos Minayo (2000), Bardin (1997) e Triviños (1987), bem como intuições próprias que permearam a coleta de dados e que insistiam em se fazer presentes quando da leitura flutuante.

As unidades de análise emergentes foram categorizadas conforme a exposição a seguir.

4.5.4 O Processo de Categorização e de Subcategorização

A categorização é definida por Bardin (1977, p. 177) como uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e,

seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com os critérios previamente definidos”.

No trabalho de categorização dos dados dessa pesquisa, foi utilizado o critério semântico que faz uso de temas na formação das categorias temáticas agrupando os que se aproximavam do mesmo significado. Foram respeitadas as duas etapas do processo da formação das categorias, sendo a primeira delas, o inventário, em que, de posse da degravação dos dados, foram isolados os elementos. A segunda etapa foi a classificação em que se repartiram os elementos procurando impor certa organização às mensagens, com a finalidade de atingir o objetivo da categorização que é fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos passando-as a dados organizados (BARDIN, 1977).

Como resultado, várias categorias foram se formando na medida em que se analisava o conteúdo do texto, utilizando a análise de conteúdo temática, as quais ao final passaram pelo processo de reagrupamento e configuração final, emergindo as categorias e as subcategorias.

Tendo em vista a presente pesquisa apresentar muitos dados, a título de facilitar a condução dos trabalhos, foi dada ênfase a duas etapas da pesquisa ação: a exploratória e a de implementação do plano de ação.

Na etapa exploratória emergiram as seguintes categorias de análise:

Professor e o ato de ensinar;

Participação do aluno em seu aprendizado;

Teoria e prática na formação médica;

Internato no cenário do ensino;

Formação do profissional médico.

Professor e o ato de avaliar

O *feedback* no processo avaliativo

Avaliação

OSCE no internato: uma primeira aproximação

Já na etapa de implementação, surgiram categorias e subcategorias referentes às três fases que a compuseram (FC, OSCE + *feedback* e OSCE + vídeo *feedback*). Na primeira fase, a da Formação Continuada, não houve participação dos alunos, justificando a ausência de categorias para esse grupo. Já nas fases

subsequentes da pesquisa houve entrelaçamento das percepções dos alunos e docentes configurando-se para ambos, as mesmas categorias, que estão expostas no Quadro 19.

Quadro 19 - Categorias e subcategorias emergentes nos grupos estudados

FASES DA IMPLEMENTAÇÃO	DOCENTES CATEGORIAS
1- Formação continuada (FC)	1.1 Reflexão; 1.2 Qualidade docente; 1.3 Tema; 1.4 Formação docente; 1.5 Dinâmica de trabalho
FASES DA IMPLEMENTAÇÃO	ALUNOS/DOCENTES CATEGORIAS/SUBCATEGORIAS
2- OSCE + <i>feedback</i>	<p><u>OSCE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - OSCE e a formação - OSCE e as alterações emocionais - OSCE e sugestões para aprimoramentos <p><u>Feedback efetivo: suas contribuições</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O ensino e a aprendizagem - A autoavaliação - Aprender a lidar com a ansiedade - Aprendizagem por meio do erro - Percepção da importância do docente para o aprendiz e do aprendiz para o docente - Outras contribuições
3 - OSCE + vídeo <i>feedback</i>	<p><u>Percepção da autoscopia</u></p> <p><u>VF e suas relações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - VD e o aprendiz do aluno - VF e a prática docente - Função de comprovação X formação <p><u>VF e as mudanças:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudanças relativas à atuação discente - Mudanças relativas à atuação docente - Sugestões de mudanças no VF: olhar do discente e do docente

Fonte: Autoria própria

4.5.5 Análise

A análise é a última fase que compõe uma Análise de Conteúdo. Aqui se dá a interpretação dos dados à luz do referencial teórico na tentativa de abstrair, além do

conteúdo, também o que estava nas entrelinhas e, assim, poder chegar às conclusões acertadas.

Com o término da explanação das fases que compõe a Análise de Conteúdo, encerra-se aqui a fase de implementação do plano de ação, partindo então para a análise e discussão dos dados que será assunto do próximo capítulo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

“Errar é humano, simular é maravilhoso, aprender com os erros é evoluir e aplicar o aprendizado no dia a dia é sabedoria”

Após percorrermos o caminho metodológico por meio das etapas da pesquisa-ação que suscitaram importante e vasta contribuição dos participantes da pesquisa, serão analisados, neste capítulo, os dados categorizados com aproximação da lente para as fases de exploração e de implementação do plano de ação.

5.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Essa etapa constitui-se de dois momentos: o primeiro, com a entrevista de alunos e docentes e, o segundo, a roda de conversa com os alunos. As entrevistas foram individuais e transcorreram sem anormalidade. Os participantes puderam expressar suas angústias e percepções sobre o processo de ensino e de aprendizagem vigentes no curso de Medicina. Algumas entrevistas foram alongadas em virtude da necessidade que os participantes tinham de conversar sobre o assunto, bem como o interesse despertado. Ao final, externaram agradecimentos pela oportunidade ímpar dada. Houve excelente participação de todos com importante contribuição à pesquisa. Nos dois momentos, foi utilizado gravador de voz e nas entrevistas ele não causou constrangimento nem inibição aos participantes. Não houve recusa em gravar as falas.

Contudo, na roda de conversa com os alunos que estavam no internato de GO, houve receio por parte dos mesmos em participar da pesquisa e de gravar as falas. O medo sobreveio pela dúvida de que o material gravado pudesse ser usado contra os alunos, tendo em vista ter sido essa turma que enfrentou problemas com um professor. O receio de ‘retaliação’ ficou evidente e, após ser reafirmado o compromisso de respeito aos aspectos éticos, os alunos expressaram suas opiniões e suas expectativas em relação ao processo de ensino-aprendizagem e de avaliação com sugestões para melhorias.

Do material transcrito e validado proveniente das entrevistas, emergiram as nove categorias que já foram apresentadas (item 4.4.4). Após serem discutidas e

analisadas, configuraram-se em dois artigos que foram enviados a duas revistas. O artigo intitulado “A arte de ensinar e de aprender no ensino médico” foi remetido à revista *Atos de Pesquisa em Educação* que está no prelo com previsão de publicação prevista para janeiro de 2020. O artigo “O professor e a arte de avaliar no ensino médico de uma universidade no Brasil” foi encaminhado à *Revista Brasileira de Educação Médica*, igualmente no prelo, com sua publicação prevista para julho de 2019.

Os principais resultados desses dois artigos mostraram que a falta de domínio pedagógico gera ansiedade ao formador, levando-o a imitar seus professores da graduação na sua ação docente. Na percepção dos alunos, o internato destaca-se na ampliação e solidificação do aprendizado, porém, alguns deles podem ainda sofrer ajustes quanto à supervisão e à demanda. Os docentes apontaram dificuldades na avaliação de habilidades, na autoavaliação do aluno e na padronização do processo avaliativo, reconhecendo a necessidade de formação didático-pedagógica. O médico-professor percebeu-se como aprendiz nesse processo, revelando que a falta de domínio pedagógico para aprender e melhorar sua avaliação gera a necessidade de formação.

5.2 ETAPA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

5.2.1 Formação Continuada

Após a análise dos dados, as categorias formadas com a participação somente do grupo dos docentes nessa primeira fase da implementação do plano de ação, foram: a) Reflexão; b) Qualidade docente; c) Tema; d) Formação docente; e, e) Dinâmica de trabalho. A discussão se encontra publicada na *Revista Ensino & Pesquisa*, v. 14, n. 02, jul/dez 2016, p. 197-213. ISSN 2359-4381 sob o título “Formação continuada no ensino de ciência da saúde: avaliação de habilidades e *feedback* efetivo (ZIMMERMANN, SILVEIRA, GOMES, 2016). (Apêndice T).

O artigo traz como principais resultados que os docentes consideraram a oportunidade da formação continuada ímpar para repensar a prática diária da ensinagem. Houve aprendizado por meio de conhecimento especializado advindo da experiência da palestrante. A temática foi considerada interessante por apresentar

aplicabilidade prática na formação, fundamental para melhorias na qualidade das atividades docentes e esclarecimento da avaliação de habilidades - *OSCE*, para agregar conhecimento e pela perspectiva de melhorias na avaliação do aluno, principalmente, em se tratando do *feedback*. Quanto à dinâmica de trabalho houve facilidade na troca de informação, ambiente amigável, discussões e exemplos importantes, bem como a riqueza das atividades práticas realizadas.

A formação continuada constitui-se em importante estratégia vindo ao encontro das necessidades dos professores e contribui para a formação docente, propiciando reflexões sobre os desafios que acompanham a avaliação de habilidades. A presença ativa com intencionalidade para ensinar/aprender/partilhar foi motivadora e enriquecedora traduzindo-se em benefícios para todos os atores no cenário do ensino.

5.2.2 *OSCE + Feedback*

Nessa segunda etapa, houve a implantação no curso de Medicina do *OSCE* acrescido do *feedback* aplicados pelo docente aos alunos. Os dados coletados por meio dos questionários (alunos) e das rodas de conversa (alunos e docentes) e analisados, foram os responsáveis pelo surgimento de duas grandes categorias (*OSCE* e *Feedback* e suas contribuições) e subcategorias que estão expostas no Quadro 18. As falas dos alunos e docentes apresentados e discutidos nessa tese possuem uma interface mostrando a importância que os alunos e professores possuem na construção coletiva do conhecimento em meio a um processo avaliativo.

5.2.2.1 *OSCE*

Essa primeira categoria subdivide-se em três subcategorias, sendo: a) *OSCE* e a formação; b) *OSCE* e os aspectos emocionais; e, c) *OSCE* e sugestões para aprimoramentos.

5.2.2.1.1 OSCE e a formação

A primeira subcategoria versa sobre a avaliação clínica objetiva estruturada e a contribuição à formação, tanto acadêmica quanto a futura prática profissional. Ela teve origem por conta das respostas à pergunta: “A participação do OSCE contribuiu para sua formação?”

No Quadro 20, estão apresentadas resumidamente tais contribuições.

Quadro 20 - Contribuições do OSCE à formação

Permitiu organizar método de resposta
Preparação para a prática profissional, para o cotidiano do médico
Fixar o conhecimento prático
Identificar as falhas
Ver o potencial
Fazer autoavaliação
Aprender a desenvolver e a consolidar o raciocínio clínico/prático
Identificar aspectos significativos de cada matéria
Assumir a posição de liderança e tomada de decisões
Revisar conteúdos mais importantes e complexos
Testar habilidades simples e complexas
Rever o que falta para o conhecimento
Avaliar se o aprendizado foi internalizado
Refletir e avaliar nossas condutas e o que deixamos de fazer
Perceber algumas coisas que, geralmente, não se percebe
Abrir espaço para a aprendizagem
Motivação para estudar mais
Treinar para provas de residência
Sedimentar o conhecimento
Reforçar a importância da segurança e da postura médica

Fonte: Autoria própria

Em resposta à pergunta feita, (84,56%) dos alunos consideraram que houve contribuição à formação como expressa o A9 “**com certeza, contribuiu**⁷, é interessante essa ideia de uma **avaliação teórico-prática simulada** (Q-1ºO-EC). O A3 afirmou, “contribuiu muito e é uma **forma prática e dinâmica de testar os**

⁷ O grifo foi utilizado para salientar os diferentes aspectos que envolvem um mesmo tema, dando assim ênfase e ajudando o leitor na visualização das dimensões que assumem na categoria analisada.

conhecimentos adquiridos e revisar os conteúdos mais importantes (Q-1ºO-P). Tal avaliação simulada foi considerada pelo A7 “**muito útil na formação** acadêmica por **testar habilidades simples e complexas**”; (Q-1ºO- P), e o “**aprendizado é maior do que com a prova teórica**”; (A5-Q-1ºO- Ec) além de ser “**uma forma diferente de aprendizado**” (A1-Q-1ºO-CM). “Permitiu contato com **pontos que preciso rever** e deste modo **não esquecerei pela experiência**” (A1-Q-1ºO- P); “**uma experiência de enfrentamento da prática**” (A9-Q-1ºO-GO).

Aprender pode efetivar-se por múltiplas estratégias e o ‘mostrar como faz’, além do aluno estar sendo avaliado como executa sua consulta, também se apresenta como aliado na aprendizagem na área da saúde solidificando os conhecimentos colocados em prática. Já uma prova teórica não permite tal demonstração, o que pode ser fator para ser considerada como um aprendizado menor em comparação à avaliação prática.

Os alunos podem aprender muito durante a avaliação de habilidades clínicas por meio da integração de seus conhecimentos e habilidades. Esse aprendizado pode ser potencializado se houver devolutiva, aos alunos, dos resultados da avaliação (TRONCON, 2012).

Quase a metade dos docentes (49,01%) concordam que o *OSCE* contribuiu para o aprendizado do aluno. O D33 afirma “**acho um modelo muito bom. A gente consegue ter uma avaliação que não é só cognitiva, tem como ver, como funciona o raciocínio do aluno.** Ainda bem que estamos fazendo uma **avaliação diferente, eu acho que precisa**” (RC-2ºO-P).

A prova prática mais próxima do real permite uma verificação dos pontos que necessitam de reforço, bem como gravar de forma contundente o aprendizado pela experiência vivenciada. O D14 comenta sobre esse fato “[...] **prova é a hora que você mais aprende.** Aquilo fica. **Até hoje eu lembro do que eu aprendi nas provas**” (RC-1ºO-Ec). A prova no contexto da formação médica constitui-se, na maioria das vezes, de questões que apresentam conteúdos significativos à prática médica e que esperam do aluno a resolução de problemas pertinentes aos saberes específicos dessa área. No momento avaliativo há uma busca dos significados na estrutura cognitiva e, nessa reflexão, novas informações “interagem com a estrutura de conhecimento específica preexistente na estrutura cognitiva de quem aprende” (AUSUBEL, 1968 apud MOREIRA; MASINI, 2001, p. 17). Daí o fato de o docente referir-se aos ensinamentos duradouros advindos do processo avaliativo. O momento da avaliação suscita no

docente uma revisitação de sua experiência de avaliação, na qualidade de aluno, reforçando a aprendizagem obtida.

A contribuição do OSCE à formação é apontada, em especial, pela simulação que permeia tal procedimento permitindo dinamicidade ao mesmo. Contudo a parcela do aluno em comprometer-se e a se interessar quanto à aquisição do conhecimento é fundamental. O D41 comenta sobre os resultados obtidos relativos à questão do interesse do aluno.

Esses alunos que passaram comigo chegaram onde era preciso, eles aprenderam. Eu acho que isso ficou extremamente nítido. Os alunos que vieram comigo lá no terceiro, aqueles que desde o começo **estavam interessados, hoje eles foram muito bem**. Aqueles que lá no começo **já não estavam interessados, eles foram muito mal**. [...] o aluno que **levou a sério** o terceiro ano, aqui foi muito melhor do que o que lá não levou a sério (RC-2ºO- P-B).

Similar constatação tem o D28 quando afirma “[...] E aqueles que a gente sabe, que já têm fama de ser **mais largados, de não ter compromisso; então vão piores**” (RC-2ºO-P). Por outro lado, a grande maioria dos “[...] **noventa e nove por cento**, souberam ter **um raciocínio e ir muito bem** [...] a avaliação foi ótima, realmente foi muito bem, eles se **empenham, estudam**” (D28-RC-2ºO-P).

O professor aponta a importância da contribuição do aluno em busca de seu aprendizado com dedicação ao estudo pautado no interesse e na seriedade ao alcance dos resultados. A parcela de contribuição do professor não pode ser esquecida nesse cenário, podendo se tornar um grande incentivador e modelo de sucesso, como também um grande desestimulador. Seu compromisso como especialista no ensino é com a aprendizagem de todos os alunos, cabendo-lhe o desafio de despertar o interesse daqueles menos interessados (VASCONCELLOS, 2006b).

O A7 afirma que o método OSCE “auxiliou, principalmente, a **sedimentação de conceitos gerais** e a fundamentar de forma diferente”; (Q-1ºO-GO), “é muito importante **para a consolidação do raciocínio clínico**”; (A3-Q-2ºO-EC) “e de **saber a importância da organização deste raciocínio**”. (A2-Q-1ºO-Ec). De igual forma, o A6 afirma que o OSCE “ajuda a **formular um raciocínio rápido e a organizar o método de resposta**” (A6-Q-3ºO-CC); bem como “**aprender a desenvolver raciocínio** prático” (A3-Q-3ºO-P).

A avaliação realizada no OSCE, apontada pelo aluno que permitiu a formulação, sedimentação, organização e a consolidação do seu raciocínio clínico, nos remete à aprendizagem significativa por conta do avanço cognitivo por ele percebido.

Em relação à questão do raciocínio necessário à área da saúde, o D9 tem a percepção de que “[...] quem está no **estágio hoje, desenvolveu melhor do que aquele que já passou mais tempo**. [...] quem passou há dois meses não reteve tanta coisa como a gente imaginava”.

No cotidiano da atuação do profissional médico há a necessidade do uso contínuo do raciocínio clínico, a fim de dar sequência às demais etapas do atendimento junto ao paciente. A consolidação desse raciocínio é favorecida pela presença do paciente padronizado na simulação de um caso clínico real no qual o aluno se depara no processo avaliativo, oportunizando-o a organizar, exercitar e desenvolver tal pensamento clínico. Contudo, a vivência no internato em atendimento ao paciente de forma diária ajuda a lembrar mais facilmente dos detalhes que o paciente em atendimento exige.

O método avaliativo foi considerado pelo A7 como “uma oportunidade de **simular como será nosso dia a dia profissional**” (Q-2ºO-CM). Com o mesmo pensamento, o D16 afirma que “você **coloca o aluno na posição de médico** num primeiro momento. (D16-RC-1ºO-CM/EC) e “[...] é nesse fazer que **eles aprendem** (D50-RC-4ºO-SFI/II). O A1 afirma que “foi produtivo quanto a minha **preparação para a prática profissional**” (Q-2ºO-EC). O A7 corrobora dizendo que “foi ótimo, concordo com a avaliação, **nos prepara para a vida profissional** (Q-2ºO-GO). A experiência da simulação no OSCE traz à tona o dia a dia do profissional aproximando-se o quanto mais possível da realidade a ser enfrentada. O OSCE permite ao aluno elencar conhecimentos apreendidos para, por meio do raciocínio clínico, traçar hipóteses diagnósticas e chegar a um provável diagnóstico, podendo assim, prescrever o tratamento. E é nesse fazer que o aluno aprende. “É a forma mais aproximada da realidade vivida no cenário real e possibilita, por meio da avaliação do desempenho, inferir a competência profissional do educando” (COSTA; et al., 2011, p. 677).

Interessante a colocação do A6 que percebe a importância do OSCE para “**identificar os aspectos significativos de cada matéria**” (Q-2ºO-CC). Durante a graduação, a quantidade de assuntos abordados nas diferentes disciplinas necessárias à formação do médico, torna-se como que uma ‘colcha de retalhos’ na

memória do aprendiz. Portanto, quando o aluno identifica os aspectos mais significativos de cada matéria revela uma aprendizagem efetiva e eficaz. A avaliação da aprendizagem, além de possibilitar a manifestação da qualidade da possível aprendizagem do aluno, permite também a demonstração do aprofundamento dela. (LUCKESI, 2011b).

Outros aspectos que favorecem a formação pelo OSCE foram lembrados pelo A5 quando afirma que o método auxiliou na “**fixação do conhecimento prático, na organização sistemática das condutas** e reforçou o que **é essencial ao médico generalista**” (Q-1ºO-P). Em todas essas expressões, a apreensão da aprendizagem de modo significativo ganha importante conotação. Para organizar o raciocínio e as condutas de forma sistemática, houve a necessidade de interação com algum aspecto relevante da estrutura do conhecimento do indivíduo. “A aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação se ancora em subsunções relevantes preexistentes na estrutura cognitiva de quem aprende”. (MOREIRA, 2001, p. 17). Esse aprendizado deve estar em consonância com o que é essencial à formação do médico generalista, ou seja, que tenha domínio do conhecimento sobre as doenças mais comuns e sua possibilidade de preveni-las, deixando a cargo do especialista situações mais específicas que requerem adequado aprofundamento.

Além dos aspectos teóricos, a demonstração prática foi coadjuvante nesse processo pois, “ajudou no sentido de saber **adotar um tratamento, uma conduta para o paciente sem preceptoría**” (A5-Q-1ºO-CC), conduta essa baseada “na **anamnese, exame físico e exame clínico**” (A8-Q-1ºO-CC). Colaborou, igualmente, em relação a “**assumir uma posição de liderança e tomada de decisões**” (A6-Q-1ºO-Ec), nos colocando em **situações que podem ocorrer na vida real** e, assim, nos preparando de forma melhor” (Q-1ºO-Ec). A discussão com os preceptores foi elencada na fala do A5: “importante para a formação, para ter contato com os métodos de avaliação prática e a **discussão de conhecimentos com os preceptores**” (Q-2ºO-CM). A tomada de decisão, sendo uma postura imprescindível ao médico, é possibilitada após reflexão crítica da prática procurando captar os avanços, as resistências e as dificuldades, com o intuito de superar os obstáculos (VASCONCELLOS, 2006b). Outrossim, a tomada de decisão é uma das habilidades a serem atingidas pelo aluno de medicina, de acordo com as DCNs que assim preconiza:

o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2014).

A relação teoria e prática e sua não dissociação no cotidiano profissional é um constante desafio. E, em se tratando do ensino na área da saúde, torna-se relevante a importância da interface teórico-prática, tendo em vista que todas as condutas práticas no cotidiano profissional do médico necessitam estar embasadas em constructos teóricos para atingir o objetivo pretendido sem causar danos preveníveis ao paciente. E é no cenário da prática que o aluno pode se autoavaliar conferindo a necessidade de refazer ou não seu aprendizado, mostrar na prática o que aprendeu na teoria, potencializar a aprendizagem significativa em ancorar os conhecimentos e não decorá-los, bem como reconhecer na teoria o que é válido em situação real e aproximar as relações teoria e prática no contexto profissional (BERBEL, 2001, p. 36).

Na fala do A6, o OSCE contribuiu à formação por permitir uma “posição para **tomar atitudes**, fazer **grande reflexão e aprendizagem prática**” (A6-Q-1ºO-Ec) No dizer de Sobral (2002, p.6), “na reflexão, o aprendiz se concentra sobre o que aprendeu (aprendizado como produto) e, também, sobre como aprendeu (aprendizagem como processo)”. O papel da reflexão na prática colabora para a questão do impacto educacional, tendo em vista que, a partir dessa reflexão, pode o aprendiz se conscientizar sobre as necessidades do aprendizado, a fim de melhorar sua *performance* futura (SOUZA, 2012). A reflexão sobre as condutas oportunizadas por esse momento avaliativo é de grande importância à vida do estudante que o ajuda a projetar-se como ‘médico’. Por meio dessas falas, percebe-se que o objetivo da avaliação de habilidades clínicas foi atingido, pois de acordo com Haddad et al., (2011, p. 39) ela “tem por objetivo avaliar habilidades de comunicação e a capacidade de integração de raciocínio clínico e de tomada de decisão”.

Outra questão abordada pelos alunos e docentes participantes do estudo foi em relação à organização do OSCE, afirmando que para atingir seu objetivo depende de algumas variáveis, sendo uma delas a organização adequada das estações pelo professor. Nesse pensar, o A2 afirma que “**ajuda no processo de aprendizagem toda estação bem elaborada** (Q-3ºO-CM). O docente contribui com essa afirmação quando comenta que “deixei **mais amplo** para eles **terem mais chance de discutir**,

não ficar muito específico [...] acho que foi **a melhor avaliação. Eles provaram que sabiam** sobre o assunto (D6-RC-2ºO- SFI/II). As decisões tomadas pelo professor, fazendo a reorientação de seu fazer docente, é efetivamente essencial para a formação do educando (LUCKESI, 2011).

Esse vai e vem de ações do docente mostra a dinamicidade do processo em busca de resultados de aprendizagem, essência do papel do docente que utiliza a avaliação como uma ação que serve não somente para avaliar o aluno, mas também, como uma oportunidade para refletir a sua ação docente visando contribuir para o processo de ensino e de aprendizagem.

Na percepção do A7 o OSCE **“auxiliou na formação porque [...] possibilitou identificar minhas falhas e ver meu potencial”** (A7-Q- 1ºO- EC) assim como **“traz confiança** de que estamos bem preparados” (A3-Q-1ºO-GO). A fala de Amaral, Domingues e Zeferino (2012, p. 17) vêm dar sustentação a esse achado quando expressam:

Os educadores devem ter em mente que toda avaliação é uma forma de aprendizagem que deve servir como guia e suporte para solucionar as necessidades de aprendizagem do aluno, aumentar sua autoconfiança e sua habilidade de pensar sobre sua forma de aprender.

No processo de avaliação das qualidades do aluno como a confiança e o potencial que ele possui, traz consigo a certeza de vitórias que serão alcançadas. São importantes elementos que servirão como molas propulsoras para elevados voos em busca da aprendizagem de novos conhecimentos em meio a uma sociedade que é competitiva por excelência. Sobre essa competitividade, Freitas et al., (2009) comenta que o conhecimento vira uma arma, uma vantagem competitiva e, por isso, o seu domínio passa a ser o foco dos estabelecimentos de ensino, a fim de que os estudantes possam ser bem-sucedidos. Tratando-se da formação de médicos, a aprendizagem de conhecimentos deve estar alinhada com as habilidades relativas ao perfil profissional desejado.

As melhorias no aprendizado que precisam ser alcançadas têm importante função quanto à responsabilidade frente à atuação profissional. Sobre isso, o A8 comenta que o OSCE contribuiu com a formação **“pois permitiu avaliar nossas condutas e aquelas que deixamos de fazer** de modo que quando estivermos com um paciente em **situação semelhante estaremos mais preparados** [...] permite-nos

revisar etapas práticas e importantes que devem estar em nossa rotina (A8-Q-1ºO-EC). Essas colocações vão ao encontro da afirmação de que a “avaliação tem por objetivo diagnosticar e incluir o educando, pelos mais variados meios, no curso da aprendizagem satisfatória, que integre todas as suas experiências de vida” (LUCKESI, 2011b, p. 206). Sendo assim, há uma efetiva preparação do aluno antevendo situações idênticas futuras em que, por meio da simulação clínica, permitirá uma resposta adequada quando algo semelhante acontecer num contexto real (COUTINHO et al., 2017).

O OSCE, com a presença do paciente padronizado, contribuiu para melhorar o aprendizado do ponto de vista emocional do aluno, como lembra o D6; “acho que o **ator ajuda a preparar a questão emocional deles**. [...] é um **treinamento até de equilíbrio**, de **amadurecimento** numa questão cognitiva, estar em frente ao professor e mesmo que esteja errado, tem que falar” (RC-4ºO- SFI/II). Tal percepção do docente é significativa, tendo em vista que treinar o equilíbrio, o amadurecimento do conhecimento diante de terceiros com postura e segurança na conduta a ser traçada, é o caminho para se chegar a excelência profissional. Além do treinamento de equilíbrio e de amadurecimento, a presença do ator é um padrão ouro por propiciar maior desenvolvimento das relações humanas da liderança e da ética diante do próprio paciente, seus familiares e da equipe que o atende. A relação entre o imaginário simulado e o real implica positivamente na futura atuação profissional do aluno (MARTINS et al., 2017).

Estar diante de um paciente com um determinado caso clínico e recorrer a conhecimentos teóricos e práticos para traçar acertadamente um diagnóstico e, na sequência, uma adequada conduta, exigem do aluno um envolvimento significativo. Tal experiência vivenciada, dificilmente será esquecida, em comparação a um conhecimento teórico sem clareza de sua operacionalização na prática, dando significado e, assim, potencializando a aprendizagem. Sobre isso, o A16 reitera que tal avaliação “contribuiu para a formação na medida em que você é **avaliado na prática, atuando como médico, e não apenas respondendo a questões dissertativas ou de “marcar x”** (A16-Q-1ºO- SFI/II) tendo em vista que como diz o A8, “**tudo isso fará parte de nossa vida**” (Q-1ºO-Ec). O OSCE “avalia se o **aprendizado foi internalizado**” (A7-Q-3ºO-CM). O D16 comenta que “na questão do **ensino e aprendizado o aluno nunca mais vai esquecer** porque ele **foi avaliar o paciente e ele não conseguiu**” (D16-RC-1ºO-CM/EC). Outro fator que auxilia na

questão à solidificação do conhecimento, na percepção do D15 é que “eles ficam ali **sozinhos tomando decisões**, e acho que isso de certa forma **solidifica o conhecimento** deles” (RC-1ºO- EC). O substrato da avaliação é a aprendizagem e ela verdadeiramente só é uma aprendizagem quando se transforma em prática de vida. É preciso aprender a praticar a avaliação, traduzindo-a em atos na prática, no cotidiano (LUCKESI, 2011b). O OSCE contribuiu para essa solidificação do conhecimento quando permitiu ao aluno assumir um paciente simulado e a dar encaminhamento adequado na realização da problemática encontrada.

No internato, o aluno acompanha a decisão tomada pelo supervisor docente relativo ao paciente e, no ato avaliativo, ele agora assume a postura de decidir as condutas, o que auxilia para fortalecer seu aprendizado. O D15 comenta sobre isso afirmando que “é bem interessante, porque a gente **percebeu algumas coisas** assim que **normalmente a gente não vê** porque a dinâmica da UTI eles estão vendo fazer, mas não estão diretamente, tomando a decisão” (RC-1ºO-Ec).

Essa vivência prática, de igual forma, permitiu a projeção do aluno no papel da profissão eleita quando afirma que “acho muito importante **o treinamento simulado, bem como ser avaliado em situações ‘reais’** pois coloca o aluno em seu **futuro ambiente de trabalho**” (A6-Q-1ºO-CC) Diante disso, pode-se dizer que o OSCE “é um ambiente controlado que **tanto avalia como ensina**” (A1-Q-1ºO-P), em que os conhecimentos são expostos de forma que discente e docente reconstruam sua trajetória no ensino e no aprendizado mediante a avaliação.

O aprendizado, por meio da avaliação, apresenta uma característica de *continuum*, pois como revela o A4, “acredito que a cada **novo OSCE nossa preparação é melhorada** (Q-3ºO-CM). Sobre essa questão da evolução que o aluno percebe, à medida que os OSCEs vão acontecendo, é confirmada pelo docente quando diz que diferente do primeiro OSCE, os alunos entraram **mais preparados**, sabiam **como se comportar**. “Nesse OSCE, já **tinham o raciocínio**, conseguiram **organizar melhor o caso** e explicar o que **sabiam sobre o assunto**, sabiam **identificar**, e inclusive tiraram nota melhor” (D6-RC-2ºO-SF/II). Na percepção do D8, os alunos “estão **bem mais focados, mais espertos, entendem o mecanismo de avaliação**” (RC-4ºO-SFI/II). Após ter passado por quatro avaliações no método OSCE, o D34 também tem a mesma percepção de que eles:

estão mais **organizados**, eles tentam **ler melhor**, tentam **organizar mais as ideias, percebo** essa **mudança nos alunos**. Parece que eles **estão mais claros**, assim, questão por questão, objetivo por objetivo, antes ficava meio confuso, nervoso tentando falar tudo. Estão **sistematizando melhor** para tentar chegar ao resultado (RC-4ºO-SFI/ II-G).

A mudança percebida pelo docente no desenvolvimento do aluno traz motivação para ambos. Acompanhar o progresso do aluno traz entusiasmo para continuar se empenhando com ardor e transpondo dificuldades inerentes ao ato de ensinar, cumprindo assim a verdadeira função da avaliação que é auxiliar na construção de uma aprendizagem significativa. Essas falas sinalizam o êxito do processo avaliativo do aluno que, por meio do diagnóstico traçado, suas ações são reconfiguradas dando retorno positivo quanto ao alcance da aprendizagem ou, até mesmo, das habilidades que se pretendiam alcançar. “A avaliação se manifesta como um ato dinâmico que qualifica e subsidia o reencaminhamento da ação, possibilitando consequências no sentido da construção de resultados que se deseja” (LUCKESI, 2011b, p. 54).

O crescimento não acontece somente com o aluno, mas ambos, aluno e professor se modificam. Modificação essa reconhecida pelo docente quando da execução e elaboração da avaliação afirmando, “nós também **na hora de fazer a questão, já sabíamos melhor, a gente melhorou, a nossa avaliação foi melhor**” (RC-2ºO-SFI/II-A). Também o D4 tem a mesma percepção “Eu acho que do **ponto de vista geral é um avanço para a gente**, e do ponto de **vista deles, acho que estão melhorando**” (RC-4ºO-GO). A avaliação, como elemento pedagógico, essencial de ensinar e de aprender, não traz contribuições somente à formação do aluno, como também aos docentes, tendo em vista a rica oportunidade de avaliarem continuamente sua prática pedagógica permitindo ajustes e avanços a todos os atores no cenário da educação (GASPARIN, 2011). Os ajustes, na formulação da avaliação pelo docente, certamente repercutem favoravelmente no aluno que pode apresentar melhor desempenho por ter clareza do que lhe é solicitado.

E a percepção de que houve avanço faz toda a diferença para quem ensina e para quem aprende. Olhar para trás e avaliar o caminho percorrido é sempre melhorar o hoje e o amanhã em vistas do ontem. Quando mudanças sugeridas são acatadas e têm participação ativa dos envolvidos na construção e no aperfeiçoamento delas, os

resultados são perceptíveis por todos mostrando a dinamicidade evolutiva do processo.

Em relação à nota, o D2 comenta que “eles **não ficaram tão preocupados** assim se aquilo ia **valer nota ou não**, como da primeira vez. Eles sabiam que estavam num **teste de aprendizado**, que aquilo **era importante para eles**” (RC-2ºO-SFI/II). A nota com sua conotação classificatória é importante, contudo, o aprendizado obtido para se atuar numa profissão suplanta toda e qualquer nota obtida. No caso do OSCE, utilizou-se uma avaliação dita norma-referenciada cujo desempenho do aluno é feito por notas, para ao final, poder comparar os resultados obtidos pelos diversos examinadores (SOUZA, 2012). Pensamos que se pode fazer uso da nota na avaliação do aluno como registro dos resultados da aprendizagem, contudo, o professor necessita ter o entendimento de que a aprendizagem efetiva e significativa é que deve ocupar o centro de suas ações. Aprovar ou reprovar o aluno porque não atingiu determinado valor quantitativo de desempenho não é o desejado e vai na contramão do processo de ensinagem, em busca de uma aprendizagem consistente.

A exposição próxima da realidade é construtiva para o aprendizado do aluno colaborando com sua formação, pois como afirma a A6 “estar sozinha lidando com uma situação real contribuiu para **aumentar a minha segurança e autoconfiança** [...] **reafirmação do conhecimento**” (Q-1ºO-EC). Quanto à reafirmação do conhecimento, esse é um objetivo que permeia o trabalho docente em prol do discente como o D4 afirma, “o objetivo é que vocês saiam daqui me dizendo **que sabem fazer uma puericultura** de uma criança normal. **Obtive isso praticamente em cem por cento dos alunos**. Isso me diz que na **Unidade de Saúde eles estão fazendo, eles sabem o que têm que perguntar**” (D4-RC-2ºO-SFI/II). Lembrando que a avaliação é “um juízo de qualidade que se faz sobre uma determinada realidade” (SOUZA, 2012, p. 112), a avaliação da aprendizagem nesse caso foi um *feedback* positivo do trabalho docente, com vistas a dar continuidade ao ensino teórico e prático no internato de Saúde da Família sem necessitar de ajustes no quesito da realização da puericultura que trata dos cuidados com o desenvolvimento infantil. Sobre isso, o D4 reitera que “achei ótimo o **aprendizado do aluno, atingiu por conta da prática e superou as expectativas**” (RC-2ºO-SFI/II-G). O resultado alcançado pelo aluno em superar as expectativas é fruto também de um olhar atento do professor na perspectiva do crescimento do aprendiz.

O A4 comenta que “por mais que conheçamos os professores, sentimos realmente a **sensação de estarmos vivendo o dia a dia de um serviço de trauma, com toda a pressão e estresse de uma cena real**” (Q-1ºO-EC). O A5 diz que “além de **avaliar de forma eficiente a atuação**, também **abre espaço para aprendizagem [...] aprendizado continuado**” (Q-1ºO-EC), mostrando assim, a dinamicidade que envolve o ato de avaliar. O aprendizado continuado é permeado pelo estudo que foi também mencionado como contribuição do *OSCE*. Sobre isso, o A4 comenta que “como a maioria das provas, ele me **motivou a estudar mais**” (Q-1ºO-CM). Intrínseco ao sucesso do desempenho do aluno no processo avaliativo e na aquisição do aprendizado significativo, está a motivação do aprendiz que pode se tornar mola propulsora na vida acadêmica em busca de novos conhecimentos. Sobre a motivação, Vasconcellos (2006b, p. 45) comenta que “o argumento de que a avaliação serve para ‘motivar’ o aluno [...] pode ter um sentido positivo, na medida em que o aluno tem a oportunidade de ver seu crescimento e, assim, se animar a continuar”. A avaliação motiva na medida que diagnostica permitindo o reconhecimento de como está o aprendizado do aluno criando nele o desejo de continuamente melhorar seus resultados (LUCKESI, 2011b).

Outro aspecto interessante que apareceu na análise desses dados foram os aspectos posturais do futuro médico. A19 comenta que o *OSCE* “é extremamente importante para **sedimentar o conhecimento e reforçar a importância da segurança e postura médica** que devem ser adotadas sempre” (Q- 3ºO-SFI/II). O conhecimento da sustentação para a segurança e a postura esperadas do médico, podem atingir o padrão de conduta que se espera do aluno, salutar que seja estabelecido um padrão mínimo que englobe conhecimentos, habilidades e hábitos que o aluno deve adquirir (LUCKESI, 2011b).

O *OSCE* também foi considerado um espaço formador, oportunizando treinamento para realizar futuras provas com mais propriedade. Um exemplo é a prova à qual o profissional se submete ao passar pelo processo seletivo de entrada na residência médica, cuja avaliação padronizada tem sido largamente usada. Nesse sentido, o A4 menciona que o *OSCE* é um “**treinamento para as provas de residência**” (Q-2ºO-CC) e, de acordo com o A5, é “muito importante, pois pode simular uma situação de avaliação como uma **prova prática de residência**” (Q-2ºO-EC). Também o A8 aponta que o *OSCE* pode ajudar na formação “por focar mais na prática e **ajudar para estar preparada para a prova de residência**” (Q-3ºO-GO). O

D32 partilha do mesmo pensamento quando diz, “eu acho que está sendo bom para eles porque **está dando ideia de como vão ser as provas** de residência” (RC-2ºO-P). O D3 diz que “esse OSCE eu encaro como **um momento que o pessoal pode se preparar muito para a prova prática da residência**. [...] eles têm que sentir a mesma **pressão** que vão sentir no dia que vão fazer uma **prova prática de residência**” (RC-2ºO-SFI/II-F). Já a opinião do D29 é diferente “Acredito que **o OSCE não é para preparar para a residência, mas acaba tendo um impacto muito grande**” (RC-6ºO-CM).

O OSCE, além de ter sido largamente difundido no Brasil, na graduação, também é utilizado como recurso avaliativo nas provas de ingresso às residências médicas e na revalidação de diplomas estrangeiros (PEREIRA, 2012).

A Residência Médica é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação sob a forma de curso de especialização. Ela acontece em instituições de saúde com orientação e supervisão de profissionais médicos conforme o Decreto 80.281 de 5 de setembro de 1977, que a regulamenta (BRASIL, 1977). Aproximadamente, 40% das vagas estão concentradas em quatro especialidades, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Geral (SCHEFFER, 2018).

Os resultados desse estudo desvelaram ainda que o OSCE pôde beneficiar os alunos no que tange à prática para provas de residência. Nesse sentido, fazemos menção a um ex-aluno, que participou dessa pesquisa, e após se formar, comentou suas experiências nas provas práticas de Residência às quais se submeteu na USP de Ribeirão Preto e na Santa Casa de São Paulo, no início do ano de 2018. Ele afirmou que “em relação ao **OSCE da UEPG**, acho que **ajudou bastante, principalmente algumas estações** em especial”. O aluno foi aprovado em 6º lugar de um total de 134 inscritos na Residência, no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Também há outro relato quanto à introdução do OSCE e às provas de residência, resultante de um contato com uma ex-aluna que havia passado em provas dessa natureza, em vários locais importantes do país. Ao ser perguntado pelo D44, sobre o que a ex-aluna considerava que deu certo em sua formação, assim respondeu: “O que eu acho que **ajudou muito** foi o fato de que a **prova prática que eu fiz foi exatamente igual ao OSCE**” (RC-4ºO-CC e GO).

Por outro lado, o D32 comenta, “tive contato com um estudante que fez a prova e ele disse: **‘se tivesse feito o OSCE, teria ido bem nas provas de residência, porque é exatamente o que a gente está passando’** (RC-2ºO- P).

Pode-se dizer que esses são os frutos desse árduo trabalho por meio da pesquisa-ação que teve a intencionalidade de contribuir com mudanças na formação médica.

Tratando-se dessa subcategoria que enfoca o OSCE e a formação, e tendo em vista terem acontecido quatro momentos avaliativos em tempos diferentes, é interessante relatar a percepção do aluno quanto ao seu crescimento (cognitivo, emocional), após o quarto OSCE.

Algumas respostas representativas estão expostas no Quadro 21.

Quadro 21 - Percepção do aluno após os quatro OSCEs: algumas respostas representativas

“Sinto-me preparado e seguro para iniciar minha carreira como médico” (A1-Q-4ºO-GO).
“ Hoje, ao passar pelos OSCEs, sinto-me mais seguro e capaz ” (A2-Q-4ºO-GO).
“ Aos poucos ficamos mais à vontade por entender melhor as estações e objetivos” (A1-Q-4ºO-CC).
“Em comparação com outros OSCEs ocorreu melhora com auxílio na formação pela sedimentação dos conhecimentos ” (A2-Q-4ºO-CC).
“ Com o tempo, a ansiedade foi diminuindo e o rendimento aumentando ” (A6-Q-4ºO-CC).
“ Contribuí para desenvolver raciocínio único de forma prática e direta ” (A3-Q-4ºO-CC)
“Foi muito proveitoso, contribuí para minha formação, fiquei mais calmo, aprendi a organizar as ideias ” (A1-Q-4ºO-EC).
“[...] no último OSCE me senti menos ansiosa e mais tranquila ” (A2-Q-4ºO-EC)
“ Contribuí para a formação profissional por depararmos com casos potencialmente reais em que temos que tomar decisões” (A9-Q-4ºO-EC)
“ Preparou para situações de estresse ” (A5-Q-4ºO-CM)
“ Foi muito válido, pois além de permitir mais um momento de aprendizado, prepara para as provas de residência ” (A7-Q-4ºO-P)
“ Aprendemos sempre o que ficou pendente e reforçamos conhecimentos teóricos ” (A3-Q-4ºO-EC).
“O OSCE contribuiu para melhorarmos o modo que trabalhamos sob pressão, apontando detalhes aos quais não damos importância ” (A6-Q-4ºO-Ec)
“A cada avaliação tenho me sentido mais segura ao mesmo tempo que percebo uma melhora na organização e aplicação ” (A9-Q-4ºO- Ec).
“ Melhorei muito o nervosismo, otimizei meus estudos e soube aproveitar melhor o estágio por estudar mais” (A8-Q-4ºO-Ec).
“ Menos ansiogênico, otimização do tempo e maior aproveitamento ” (A3-Q-4ºO-Ec)
“Acredito que no decorrer das avaliações, conseguimos adquirir mais experiência e, com isso a ‘calma’ necessária para se concentrar melhor nas questões . No final, temos a impressão que o OSCE é muito mais tranquilo do que a prática ” (A17-Q- 4ºO-SFI/II).

“ Em relação ao 1º OSCE estou menos nervosa. Além de uma simulação prática , acredito que ele ajude no aprendizado do controle emocional , importante ao médico” (A4-Q-4ºO-SFI/II).
“Creio que o OSCE foi muito útil [...] para eu ter noção das minhas fraquezas ” (A1-Q-4ºO-SFI/II).
“Foi muito bom para minha formação profissional , pois é uma prova que mais se aproxima da realidade da prática diária da medicina. Isso nos permite verificar as nossas debilidades e trabalhar no sentido de superá-las” (A3-Q-4ºO-SFI/II).
“ Contribuiu sim de forma construtiva já que diminui o nervosismo e nos orienta conforme a prática ” (A11-Q-4ºO-SFI/II).
“Sim contribuiu. O feedback do professor é essencial para a tomada de decisão ” (A12-Q-4ºO-SFI/II).
“Contribuiu principalmente porque temos docentes muito capacitados que fazem ótimas estações e contribuem com nosso aprendizado com o feedback ” (A10-Q-4ºO-Ec).
“Contribuiu para desenvolver raciocínio único de forma prática e direta ” (A3-Q-4ºO-CC).

Fonte: Autoria própria

Tudo que é desconhecido causa certo impacto os quais tendem a diminuir à medida que acontece o processo de acomodação do indivíduo à nova situação. Após a caminhada na efetuação do OSCE, observamos que os alunos conseguiram avançar no quesito de aproveitamento melhor do tempo, de aprendizado do controle emocional, da percepção de melhorias das próprias fraquezas, da organização das ideias, do raciocínio clínico, de melhorar o rendimento e da formação como um todo. Sentir-se preparado e seguro para atuação como médico não deixa de ser um grande feito, tendo a parceria do professor capacitado como coadjuvante no cenário do ensino.

Ainda nessa subcategoria, houve diferentes percepções como, por exemplo, o A3 quando diz que “não acredito que uma **avaliação única possa demonstrar todo aprendizado** ao longo do curso” (Q-1ºO-CM). Realmente, uma única avaliação não deve ser realizada para verificação do aprendizado do aluno. Por conseguinte, é premente que a trajetória que ele realizou na aquisição do conhecimento seja acompanhada. Trajetória essa, que vai ao encontro do entendimento de que a avaliação é um processo e é importante que o professor acompanhe a construção do conhecimento pelo aluno, ajudando-o. Os vários estágios do desenvolvimento do aluno devem ser avaliados e não somente um determinado momento (VASCONCELLOS, 2006b).

No curso de medicina em questão, a avaliação formativa do aluno acontece nos internatos avaliando o seu desempenho técnico, conhecimento teórico e aspectos atitudinais (postura, interesse, relacionamento, assiduidade, aspectos éticos) de acordo com o preconizado no capítulo 1, artigo 4º das DCNs de que haja “necessária

articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso, para o futuro exercício profissional do médico” (BRASIL, 2014). Nesse sentido, a avaliação formativa é exercitada, contudo, necessita de ajustes no que se refere a dar oportunidade para que o aluno revise aquilo que ainda necessita de aprimoramentos.

Já o A8 afirma que “há **necessidade de mais questões**, pois são insuficientes **para avaliar o conhecimento global** do aluno” (A8-Q-1ºO-CC). Concordamos com o aluno, tendo em vista que há necessidade de ajustes no delineamento do método avaliativo implantado garantindo a confiabilidade e a validade inerente ao método como, por exemplo, aumentando o número de estações, pois como diz Wass, Bowden e Jackson (2007 apud SOUZA, 2012, p. 3) “para uma boa confiabilidade, deve-se ter uma amostra de conteúdo que seja abrangente e representativo de todo o domínio do conhecimento abordado, para uma boa validade, o conteúdo necessita ser significativo”. De modo pioneiro, o OSCE foi implantado com somente quatro estações e, futuramente, deve sofrer incremento constituindo-se em torno de 8 a 10 estações aprimorando importantes aspectos que conferem uma boa avaliação.

O A9 relata que “foi uma experiência válida, [...], porém se encaixa melhor como uma **suplementação do aprendizado** do que como instrumento avaliativo” (Q-1ºO- GO). Nessa fala, o aluno identifica a importante contribuição do OSCE em aprender pela avaliação. O processo avaliativo com intuito de conhecer o desempenho e o conhecimento do aluno é permeado pelo aprendizado de forma constante, tanto para discentes como para docentes. Ambos aprendem tanto avaliando como estando em avaliação.

O D5 também se manifesta quanto à questão do aprendizado do aluno dizendo que “a gente está **pensando enquanto professor no aprendizado**, mas **o aluno está focado se ele vai passar ou não**, pensa na formatura” (D5-RC-2ºO-CM). A fala do docente reportando-se ao aprendizado do aluno vem ao encontro do real significado que possui a avaliação da aprendizagem que é estar interessado em que o aluno aprenda o que precisa ser aprendido. Nesse pensar, a avaliação constitui-se como um instrumento auxiliar da aprendizagem (LUCKESI, 2011a).

A preocupação do aluno quanto a sua aprovação ou não se refere à questão de sua colação de grau. Sobressai mais uma vez a importância da avaliação formativa acompanhando o desenvolvimento do aluno, suscitando-lhe aprimoramentos

necessários em tempo adequado. Seria uma atitude desconcertante do docente em reprovar o aluno mediante o resultado de uma única avaliação no final de seu estágio.

Por tratar-se de formação, foi importante conhecer também no que o OSCE pôde contribuir na atuação docente em relação ao seu aprendizado. Nas rodas de conversa, foi perguntado aos docentes se o OSCE havia trazido alguma melhoria, alguma mudança no que concerne à sua atuação como professor.

Algumas respostas estão expostas no Quadro 22.

Quadro 22 - Contribuição do OSCE ao fazer docente

“Acho que o ganho que tive com o OSCE foi que mudei a forma de ensinar [...] ver o que é importante, como transmitir e detalhar isso ” (D10-RC-6ºO- CC e GO)
“[...] eu não via o OSCE com atores. Eu acho que fez uma diferença tremenda o fato deles participarem e serem da área” (D4-RC-1ºO- SFI/II)
“ A experiência de ter uma atriz foi bem melhor. Mais fácil explicar, mais fácil responder” (D28-RC-2ºO-P)
“Sem dúvida alguma é um aprendizado rico , mas dá trabalho” (D5-RC-4ºO- SF I/II)
“ Você vê aqui os déficits que você talvez tenha na formação deles ” (D5-RC-4ºO- SFI/II)
“[...] a gente tem que desenvolver na Medicina a habilidade de comunicação ” (D2-RC-4ºO- SFI/II)
“Eu tive que padronizar a minha prova baseada no que todos tinham visto” (D43-RC-4ºO- SFI/II)
“[...] o mais importante é chamar o aluno para a ação [...] ele se sente estimulado a estudar, nisso eu acho que consegui melhorar ” (D2-RC-4ºO-SFI/II).
“[...] eu tive que sair da minha zona de conforto [...] você começa ver o que está fazendo e aí você tem vontade de fazer algo melhor” (D2-RC-4ºO-SFI/ II).
“Percebi que esse processo mais esquematizado é mais justo com o aluno ” (D8-RC-4ºO-SFI/II)
“[...] Acho que é uma maneira mais fiel de avaliar o aluno (D17-RC-4ºO-SFI/II)
“[...] você entende a dificuldade que ele tem e acaba melhorando como professor ” (D21-RC-ºO- EC).
“[...] as falhas que o aluno teve eu procurei passar durante o curso na forma de seminários e artigos para que ele chegasse mais embasado, com o conteúdo mais assimilado na avaliação ” (D20-RC-44ºO-EC)
“[...] Eu acho que eu aprendi a sistematizar o que realmente precisa, além de aprender a cobrar mais ” (D14-RC-4ºO-CM)
“Para mim, o aprendizado é que hoje eu consegui enxugar e simplificar um caso para que fosse fácil eles chegarem aonde eu queria ” (D29-RC-4ºO-CM)
“Às vezes você vê o acadêmico perguntar uma coisa que você talvez não teria perguntado ou a maneira como ele se impõe [...] acho que isso foi importante para mim” (D29-RC-4ºO-CM)
“[...] eu fui prolixa no começo . Acho que a gente vai aprendendo porque é difícil avaliar um aluno” (D39-RC-4ºO-CM)
“O que eu fiz foi criar um método para eles abordarem durante o ambulatório e está sendo positivo ” (D-23-RC-4ºO- CC e GO)
“Acho que me orientei um pouquinho mais . O OSCE me fez poder cobrar o que tenho que ensinar” (D9-RC-6ºO-CC e GO).
“Para mim teve uma contribuição para meu ambulatório ser objetivo ” (D23-RC-6ºO- CC e GO)
“[...] percebi que não é uma coisa boa eu ser ator ” (D23-RC-6ºO- CC e GO)

Fonte: Autoria própria

Diante do exposto, assinalamos que o OSCE trouxe um diferencial para o médico professor em seu fazer docente por conta da percepção que o processo avaliativo lhe suscitou. Foram mudanças individuais que envolveram as atividades

práticas e teóricas para a construção do conhecimento e que foram percebidas de forma muito singular. Ao avaliar sobre a aprendizagem do aluno, o professor avaliou seu êxito na tarefa de ensinar, reviu sua ação pedagógica e reorientou seu fazer docente. Ele se tornou aprendente, aquele que aprende, e aprendiz, aquele que está em constante busca pelo conhecimento, traduzindo sua preocupação em atingir o objetivo dentro da academia, que é uma formação adequada do aluno para o mercado de trabalho na saúde.

Entender as dificuldades dos alunos e melhorar como professor demonstra o quanto ambos os sujeitos da educação estão entrelaçados. Juntos compartilharam olhares, percepções e sugestões rumo ao aprendizado de excelência em que todos saem ganhando. Luckesi (2011b, p. 50-51) afirma que o professor deve “atentar para as dificuldades e desvios da aprendizagem dos educandos e decidir trabalhar com eles para que, de fato, aprendam aquilo que deveriam aprender e que construam efetivamente os resultados necessários da aprendizagem”. Concordamos com o autor, pois como educador, o professor médico deve voltar seu fazer pedagógico para essa construção na esfera do ensino lembrando que a aprendizagem se faz num processo.

O docente conseguiu refletir sobre a complexidade que circunda qualquer processo avaliativo e, também, avançar nesse quesito principalmente aprender sobre a difícil tarefa que é avaliar um aluno compreendendo a dificuldade que esse vivencia.

O desempenho do aluno no *OSCE* serviu para o professor como um espelho de sua ação docente durante a caminhada na formação médica, suscitando reformulações em seu planejamento quanto aos conteúdos trabalhados durante o período do estágio do internato. As lacunas visualizadas no aprendizado foram reforçadas nas demais atividades pedagógicas como seminários e artigos. O docente adentrou ao processo avaliativo inseguro, cheio de dúvidas, temeroso e com o passar do tempo foi se tornando habilidoso no trato da avaliação de habilidades, na compreensão das necessidades de aprendizagem dos alunos e das diferentes abordagens que o ensino pede. Percebeu suas fortalezas e fraquezas e, como aprendiz, traçou estratégias para atender suas lacunas no ensino e na aprendizagem e para como bem avaliar. Aprendeu com o aluno, transformou-se em um profissional no meio educacional, mais capacitado no que tange às questões de ensinar e de avaliar.

Nessa oportunidade de refletir sobre seu desempenho e traçar estratégias cognitivas em vias de melhorias, o professor faz a autorregulação da sua forma de aprender e de ensinar.

E, no dizer de Romanowski e de Rosenau (2006, p. 23),

A reflexão do professor sobre suas formas de aprender e ensinar contribui para a evolução consciente de seus conhecimentos, isto é, atua como um caminho para chegar à metacognição e ampliar as reflexões em busca de um profissional consciente de sua aprendizagem e ações como professor.

A necessidade de ajustes também abrangeu o próprio curso quando se apontou a necessidade de formação do aluno nas habilidades de comunicação que é uma das habilidades mais necessárias no cotidiano médico. Na formação do médico “espera-se que tenha domínio de algumas técnicas comunicacionais e de interação referentes ao cuidado das pessoas no campo da subjetividade” (RIOS; SCHRAIBER, 2012).

A necessidade de que houvesse mudanças no processo avaliativo do curso de Medicina demonstrado pelo diagnóstico obtido na etapa exploratória dessa pesquisa, e do conhecimento que alguns professores tiveram dessa avaliação e a boa vontade de muitos, possibilitou que se tornasse realidade tal implantação. Apesar das contribuições que o OSCE conferiu ao processo formativo, estar em avaliação ou sendo avaliado remete, muitas vezes, a um estado de estresse, de nervosismo e ansiedade, bem como por tratar-se de algo desconhecido para docentes e professores com pouco ou quase nenhum domínio teórico e prático. Fatores emocionais esses que muito raramente deixam de acompanhar o aluno no momento avaliativo. No caso do OSCE, esses fatores estiveram muito presentes permeando todo o processo avaliativo, com decréscimo do nervosismo no 4º OSCE. Diante desses achados na análise do material dessa tese, surgiu a segunda subcategoria que será abordada na sequência, em que se procurou elencar as principais alterações emocionais e seus fatores determinantes ocorridas durante o OSCE.

5.2.2.1.2 OSCE e as alterações emocionais

Essa segunda subcategoria emergiu da análise dos dados dos alunos que, ao passar pela avaliação objetiva, responderam à pergunta do questionário: “Como foi para você participar do OSCE?” Grande número de alunos (76,11%) afirmou ter experienciado alterações emocionais e, elevado número de docentes (64,70%), percebeu nos alunos tais alterações as quais estão expostas na Figura 7.

Figura 7 - Alterações emocionais

ALUNOS	DOCENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Nervosismo: 50,00% • Ansiedade/tensão: 24,55% • Estresse psicológico: 22,80% • Trauma/insegurança/pavor: 2,61% 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervosismo: 23,52% • Ansiedade/tensão: 19,61% • Estresse psicológico: 11,76% • Pavor/desespero/angústia: 9,80%

Fonte: Autoria própria

Tendo em vista que o nervosismo, o estresse e a ansiedade/tensão foram as alterações emocionais mais relatadas, o Quadro 23 contém algumas respostas representativas.

Quadro 23 - Alterações emocionais vivenciadas pelos alunos: respostas representativas

NERVOSISMO
“Sim, é uma experiência de nervosismo que temos de enfrentar e tentar lidar com as situações, uma vez que tudo isso fará parte de nossa vida” (A8-Q-1ºO-Ec).
“Houve muito nervosismo e insegurança em relação ao OSCE” (A9-Q-1ºO-CC).
“O problema é o nervosismo frente ao pouco tempo para raciocínio rápido e acaba esquecendo de detalhes simples” (A2-Q-1ºO- Ec).
“O nervosismo aumenta devido à insegurança”. (A4-Q- 3ºO-SF).
“[...] apesar do nervosismo é uma avaliação justa e que mais se aproxima da realidade dos estágios (A1-Q-4ºO-CM).
“Filmagem nos deixa muito nervosos e diminui o rendimento” (A7- 4ºO-CC).
“[...] o nervosismo esteve presente o que atrapalha o raciocínio clínico” (A2-Q-4ºO-CM).
ANSIEDADE/TENSÃO
“Faltou experiência nossa de saber o que nos esperava para modificar nossa preparação e reduzir ansiedade” (A1-Q-1ºO-P).
“O primeiro contato com o modelo avaliativo prejudica pela ansiedade, não tanto pela dificuldade” (A3-Q-1ºO-Ec).
“Terrível e simultaneamente bom, pois ajuda a controlar a ansiedade para as provas práticas e para a vida de ‘plantão’ (Q- 2ºO-CM-A3)

“Acredito que a ansiedade pré-OSCE é o principal impeditivo durante a prova” (A19-Q- 2ºO-SI/II)
“A situação causa uma certa tensão, mas creio que seja necessário treinar sob pressão, pois isso ocorrerá na “vida real” (A7-Q-2ºO-Ec)
“Tensão pré-provas/ avaliação frente a frente” (A7-Q-3ºO-SFI/II)
“Avaliação é ansiogênica, o tempo é curto e as questões extensas” (A6-Q-3ºO-EC)
Ainda fico ansioso com este método de avaliação” (A7-Q-4ºO-EC)
“Tensão pré-prova, falta de preparo dos atores” (A2-Q-4ºO-CM)
ESTRESSE PSICOLÓGICO
“[...] testou o conhecimento do acadêmico em meios de estresse físico e emocional simulando a realidade do médico” (A2-Q-1ºO-GO).
“O estresse e o fato de estar sendo avaliado faz com que tudo se torne diferente do habitual” (A4-Q-1ºO-SF).
[...] professores que causam medo, aumenta o estresse psicológico” (A7-Q-1ºO-SFI/II).
“O OSCE nos coloca frente a situações estressantes, as quais teremos que enfrentar num futuro” (A6-Q-2ºO- Ec)
“[...] estressante para organização do raciocínio” (A10-3ºO-SFI/II)
“O OSCE gera um estresse muito grande em nós, no final percebemos o quanto aprendemos com ele” (A6-Q-3ºO-CC)
Foi interessante, porém muito estressante” (A9-4ºO-GO)
O estresse se mantém, o estresse peri-OSCE está menor, porém, ainda influencia, forte e negativamente a realização. Há momentos de esquecimento que a memória retorna após parar (e perder tempo), até que volte o conhecimento” (A4- Q- 4ºO- Ec).

Fonte: Autoria própria

As alterações emocionais apresentadas pelos alunos foram perceptíveis aos olhos dos docentes, conforme exposto no Quadro 24.

Quadro 24 - Alterações emocionais percebidas pelos docentes em relação aos discentes

NERVOSISMO
“[...] o aluno estava nervoso e eu disse ‘calma, você sabe isso, você sabe!’ “(D2- RC-6ºO- SFI/II)
“Realmente, os alunos estavam muito nervosos” (D4- RC-1ºO-CC/P)
“Eles precisam se acalmar um pouquinho” (D25-RC-1ºO-CC/P)
“[...] eu vi alunas que têm um conhecimento, uma lida com o doente no dia a dia... nervosos, quase chorando. E aquilo ali comprometeu completamente a prova delas” (D29-RC-1ºO-CC/P)
“Uma dificuldade que eu tive com os alunos é que eles estavam extremamente nervosos. E quando eles chegavam na minha estação, eles não lembravam o que tinha que fazer” (D11-RC-1ºO-CM/EC)
“[...] ficam muito, muito nervosos, e com certeza prejudica o desempenho” (D1-RC-1ºO-SFI/II).
“[...] a gente conseguia nitidamente enxergá-los nervosos com manchas vermelhas, suando” (D28-RC-1ºO-CC/P).
“Eu percebi que realmente os alunos estão mais tranquilos fazendo as provas. Até porque, como já é a segunda dessa turma, talvez não tenha toda aquela ansiedade” (D8- RC-4ºO-SFI/II).
“Eu acho que o mais importante foi que o nervosismo deles foi diminuindo, eles vão se habituando ao ambiente de avaliação. A primeira vez que as turmas fizeram, nossa! Um desespero total” (D3-RC-4ºO-SFI/II).
“Eles estavam menos nervosos hoje, a gente também estava. Eu perguntei +“ como é que foi hoje’ ‘não, hoje estava mais tranquilo”” (D2-RC-2ºO-SFI/II)

ESTRESSE PSICOLÓGICO
“[...] e eu vi que ela entrou bem estressada na sala” (D5-RC-1ºO-CM/EC)
“[...] alunos me surpreenderam pelo baixo desempenho por causa de estresse” (D31-RC-2ºO-CM/P)
“Eu acho que para os alunos continua sendo um estresse muito grande. Eu não sei se tem validade você avaliar o aluno numa situação de estresse tão grande assim” (D14-RC-6ºO-CMI)
ANSIEDADE/TENSÃO
“[...] eles ficam muito tensos, muito. Você nota, eu dou a mão pra eles, estão suando, estão lívidos. Eles esquecem de coisas básicas” (D5-RC-2ºO-CM).
“Mas o fato de ser um tempo pequeno, pouco tempo, o pessoal já entra tenso” (RC-1ºO-Ec).
“[...] esse OSCE eu achei que foi muito mais tranquilo, menos tenso. [...] O aluno entra mais tranquilo, mais sereno para fazer a prova, e a gente estava mais seguro” (D4-RC-2ºO-SFI/II)
“Eles estavam bem tranquilos, provavelmente por ser a quarta prova que eles passam, né? Então isso dá uma certa tranquilidade” (D16-RC-4ºO-SFI/II)
“[...] eles estavam muito mais tranquilos hoje em relação ao primeiro OSCE (D2C-2ºO-SFI/II)
“Na medida que foi indo, foi ficando mais tranquilo” (D4-RC-4ºO-SFI/II).

Fonte: Autoria própria

Diante dessas alterações emocionais é interessante percebermos que o aluno consegue visualizar o aspecto positivo inerente ao momento emocional em relação a sua futura prática profissional. Isso denota amadurecimento e uma capacidade de resiliência diante dos fatos traduzindo-se em uma escola de aprendizado para o aluno no âmbito emocional em lidar com os medos e treinar a calma. Permitiu ainda ao acadêmico, a obtenção de um *feedback* de seus conhecimentos teóricos e práticos em meio a um estresse físico e emocional e uma oportunidade de treinamento para futuras situações no cotidiano profissional da atuação médica.

O nervosismo seguido do estresse e da ansiedade constituíram-se entre as principais alterações. A prática da avaliação pode causar distúrbios físicos e emocionais tais como mal-estar, dor de cabeça, tensão, medo, angústia, insônia, transpiração, ansiedade, pesadelo, preocupação e confusão” (VASCONCELLOS, 2006a). Apesar do alto índice das alterações emocionais, sua incidência e potencialidade decaíram com o passar do tempo à medida que houve mais familiaridade com o OSCE, habituando-se ao ambiente avaliativo.

A subcategoria aponta ainda que, mesmo com o passar do tempo, se perpetua a figura do professor que causa desajustes emotivos por conta de sua postura um tanto autoritária ou mesmo pelo grau de exigência que possui. Por outro lado, a fragilidade do aluno em aceitar frustrações, tem sido motivo de preocupação dentro e fora das academias, suscitando as mais diversas tentativas de ajuda em socorro a um sofrimento emocional presente, evitando até fins trágicos. No ensino na área da

saúde, os dados são preocupantes quanto à saúde mental dos estudantes, atingindo a marca de 44% dos alunos do curso de medicina em questão. (KOSSOSKI, 2018).

A participação efetiva e até afetiva do professor pode contribuir para que as situações avaliativas sejam percebidas de forma diferente pelo aluno evitando prejuízos ao seu desenvolvimento enquanto pessoa. A pesquisadora em Educação, Berbel (2001) comenta que atitudes como aproximação entre professor e aluno, a demonstração de interesse e preocupação com o aprendizado, o auxílio nas dificuldades, as alternativas de avaliação para suprir lacunas formativas, apresentam repercussão positiva para o aprendizado e para a avaliação da aprendizagem do aluno.

Atitudes de professores que deixam claro o quanto vão cobrar nas provas, em que os alunos serão “pegos” naquilo que não dominam, causam ansiedade e tensão várias semanas antes da avaliação ser aplicada (COSTA, 2001).

Os alunos apontaram ainda que as alterações emocionais foram ocasionadas por quatro fatores distintos que estão expostos no Quadro 25.

Quadro 25 - Fatores responsáveis pelas alterações emocionais dos alunos no OSCE

PESSOAL	DOCENTE	OSCE	CURSO
<ul style="list-style-type: none"> - Insegurança, - Peso da nota - Sentir-se cobrado - Estar em avaliação - Medo do desconhecido - Pouco estudo - Expectativa do que será cobrado - Ficar frente a frente com um médico/especialista da área - Incerteza quanto ao nível de dificuldade - Possibilidade de ir mal e reprovar no módulo. - Medo de errar algo que sabe, dar “branco” - Medo do docente 	<ul style="list-style-type: none"> - Cobranças divergentes da prática - Falta de clareza do objetivo a ser atingido - Falta de interação com o ‘paciente’ - Atraso para iniciar a prova - Desorganização da disciplina - Desigualdade das estações - Julgamento dos professores. - Falta de clareza dos objetivos de cada estação. - Cobranças de doenças raras e não do cotidiano, - Despreparo de alguns professores. - Parcialidade dos professores, - Temas muito abrangentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente pré-avaliação - <i>Feedback</i> ao final da estação - Tempo escasso para o raciocínio - Espera para adentrar a estação - Drama e suspense pré OSCE, -Ser filmado 	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência prévia de experiência no tipo de avaliação

Fonte: Autoria própria

Alunos e docentes do internato, protagonistas do OSCE, vivenciaram uma avaliação estruturada e padronizada dentro dos moldes de organização e

detalhamento que tal método requer. O desconhecimento prático em dar o *feedback* efetivo ao aluno e o próprio método avaliativo, a dificuldade de organização da estação por parte de alguns docentes em relação ao internato, os atrasos ocorridos com alguns docentes para dar início à avaliação e, principalmente, a operacionalização do método que requer ambiente de reclusão dos alunos, recolhimento de computador e celular, a espera para dar início às estações, a presença do *feedback* e a padronização do tempo, foram os responsáveis pelo desconforto dos discentes e dos docentes.

O desafio quando é lançado a um grupo de pessoas, leva consigo as incertezas e a necessidade da colaboração de todos para seu sucesso. No caso do OSCE, as múltiplas variáveis que o compõe, exigiu uma constante avaliação do método avaliativo que estava sendo realizado. Seria infrutífera no objetivo da formação do profissional médico, se não houvesse a colaboração de alunos e docentes para melhorar o andamento do processo avaliativo, bem como minimizar os efeitos 'colaterais' inerentes ao método. Nesse sentido, as alterações emocionais também foram olhadas com cuidado na tentativa de oferecer ao aluno um ambiente menos estressante com a introdução de alimentos e jogos a fim de que pudesse ocorrer distração enquanto aguardavam o momento avaliativo individual. Alguns professores tiveram a sensibilidade de orientar seus alunos previamente à avaliação e de ouvi-los após o processo, com o intuito de acompanhar o aluno, em sua totalidade, com mais proximidade.

A manifestação do medo em relação ao docente, mencionado pelo aluno confirma os achados de Costa (2001) de que a atitude do professor, no processo avaliativo, é o aspecto que mais tem influência nos sentimentos experimentados pelo discente, tanto nas situações consideradas positivas como nas negativas.

Os fatores relativos à personalidade do aluno quando em situação de enfrentamento de avaliação do conhecimento teórico e prático, exigem um aporte emocional que precisa ser treinado. Esse treinamento aconteceu, pois à medida que a participação no OSCE se tornou maior, os alunos perceberam mudanças em seu aspecto emocional. Outrossim, estar em avaliação contínua suscita emoções das mais variadas. O medo do desconhecido, de não corresponder, de sentir-se cobrado, de não conseguir nota para passar de módulo e de ser filmado, mostra a carga emocional que permeia a avaliação. Uma docente considera que a filmagem "**gera um estresse muito grande para eles antes de entrar na sala**" (DB-VF-3ºO). Daí a importância de o professor colocar-se no lugar do aluno e entender o processamento

das ideias e dos pensamentos em situação de estresse. A postura de acolhimento torna-se mais importante do que somente a de observador no desenrolar dos fatos.

O resultado apreendido nessa tese mostrou que o professor não se tornou alheio às alterações emocionais advindas do aluno. Além de perceber o nervosismo, ele também apresentou angústia, ansiedade, preocupação pela novidade, pela inexperiência (D32-RC-1ºO- CC/P/) (D18-RC-1ºO- CM/EC) (D1-RC-4ºO-GO) e pela questão da estruturação emocional do aluno (D5-RC-1ºO-CM/EC). O desespero também foi mencionado quando o docente percebia que o desempenho do aluno no OSCE estava a desejar, movido pelo nervosismo (D2-RC-2ºO-CM). O docente tem o entendimento de que é preciso fazer o melhor para o aluno (D39-RC-6ºO-CMI), portanto, teve medo de que o despreparo dele repercutisse na nota do aluno (D1-RC-4ºO-GO). Esses aspectos revelados pelo docente são muito importantes na formação. Está-se diante de formadores que detêm uma postura humanizada, são professores preocupados com a saúde mental e psíquica do aluno. Outrossim, a literatura aponta dados contraditórios aos dessa pesquisa quando as autoras Rios e Schraiber (2012, p. 311) afirmam que os docentes do curso de Medicina:

Criam um ambiente de embate e competição em que haverá ganhador e perdedores. Há um estado de interação marcado pela agressividade do professor frente aos alunos, um embate que ao final vai reforçar a primazia do professor em relação ao aluno e a subjugação deste.

O professor que detém essa postura frente ao aluno, está infelizmente, ensinando com seu exemplo, indo na contramão de um ensino humanizado em que a intersubjetividade deve ser enaltecida, ensinada e fortalecida.

Outro dado emergido nessa tese é de que os professores que apresentaram maiores índices de nervosismo, de preocupação e de ansiedade pelo bom andamento do OSCE em relação a não causar nenhum dano emocional ao aluno, ou ainda, à ansiedade do docente em querer que o aluno apresente bons resultados de sua aprendizagem, foram os docentes em cujas estações os alunos mais apresentaram alteração emocional: (professor tenso, aluno tenso/ professor ansioso e preocupado, aluno ansioso e preocupado). O estado emocional do professor tem repercussão para os aspectos emocionais do aluno. A atitude do professor diante das avaliações é o fator de maior influência em relação aos sentimentos experimentados pelos alunos

nas avaliações, tanto nas situações consideradas positivas quanto como nas negativas (BERBEL, 2001).

A ansiedade traz consigo o medo e a insegurança que aparece no momento do desempenho do aluno durante a avaliação. Sobre isso a DD comenta que “ele pensou tudo certinho, na hora dele tomar decisão, por ele **estar ansioso**, ele se perdeu não porque tivesse pensado errado... porque ele **ficou com medo de tomar uma atitude**” (VF-3ºO). Alterações emocionais essas que se apresentam em situação de avaliação e que, de um modo geral, causam prejuízo ao rendimento (COSTA, 2001).

Por outro lado, há necessidade de trabalhar, de saber lidar com a sensação (D2-RC-6ºO-SFI/II) cuja experiência pode ser favorável para ter tal aprendizado. Como menciona o D16, “[...] você **largou o aluno numa situação de estresse, mas de uma maneira boa, sem constrangê-lo**, algo extremamente estruturado” (D16-RC-1ºO-CM/EC). O ambiente estressante e a pressão que é percebida no OSCE tem seu aspecto positivo como afirma o D21, “ele **tem que ser submetido à certa pressão porque** [...] vai chegar um paciente com **hemotórax**, ou com um **corte**, um **tiro**, e ele vai ter que se **habituar àquilo**. Eu acredito que **na formação eles devem estar prontos para isso** (D21-RC-1ºO-CM/EC). No exercício da Medicina, diversas situações difíceis terão que ser enfrentadas pelo médico, tendo o tempo como fator decisivo para a manutenção da vida. Nesse sentido, vivenciar momentos de pressão e de nervosismo, no período acadêmico, podem ser benéficos ao aprendizado relacionado a aprender a lidar com as emoções, o qual necessita da habilidade para lidar com o outro, incluindo suas emoções. Ensino esse que requer construção junto aos alunos universitários por não trazerem esse aprendizado do ensino médio (ANASTASIOU; ALVES, 2004). Já sob o ponto de vista de (VASCONCELLOS, 2006b), ele considera uma deformação assimilada pelo aluno a afirmação de que pelo fato de a vida ser cheia de momentos de tensão, a escola necessita propiciar aos alunos a vivência dessa tensão, preparando-os dessa maneira à vida. O resultado de atribuir tarefas desgastantes aos alunos, tem repercussão à saúde mental dos estudantes de medicina causando um estresse desnecessário e aumento do sofrimento mental. (REGO, 2003).

A videogravação foi mencionada como fator responsável por alterações emocionais. Trataremos sobre ela com mais propriedade na terceira fase da implantação (5.2.4 OSCE + Vídeo *Feedback*). No presente momento, trazemos à luz

um dado esclarecedor sobre a questão da filmagem e a alteração emocional. Dos 23 alunos que foram filmados das disciplinas selecionadas dos internatos de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Ginecologia/ Obstetrícia envolvendo o 2º, 3º e 4º OSCE, somente quatro alunos manifestaram nos questionários algum desconforto emocional por conta desse procedimento (dois alunos no 3º OSCE e dois alunos no 4º OSCE). No 2º OSCE, um aluno mencionou a filmagem relativa à contribuição e à formação e não necessariamente ao aspecto emocional e, quatro alunos do internato de Pediatria, consideraram como fator negativo o OSCE com filmagem, apesar de não terem sido filmados.

Outro dado importante que emergiu nessa pesquisa foi o aluno apontar que a não aplicabilidade do OSCE nos quatro anos que precedem o internato contribuiu, também, para as alterações emocionais. A ausência prévia de experiência nesse tipo de avaliação provavelmente potencializou o estado emocional, tanto de alunos como de docentes.

Tratando-se de aprimoramentos, os alunos foram convidados a serem participantes ativos do processo de mudança no quesito avaliativo da formação médica. Esses aprimoramentos serão apresentados na próxima subcategoria.

5.2.2.1.3 OSCE e sugestões para aprimoramentos.

A terceira subcategoria surgiu das respostas dos participantes da pesquisa. Para os alunos foi elaborada a pergunta em todos os quatro OSCES: 'Que sugestões você daria para melhorar a avaliação do seu processo de ensino e de aprendizagem?'. Nas rodas de conversa com os docentes, foi perguntado: 'O que poderia ser mudado para o próximo OSCE? Ser sujeito de uma pesquisa-ação supõe que se torne construtor dos aprimoramentos por meio da participação ativa que se dá pelas sugestões propostas. A participação foi visível na intencionalidade de melhorias na avaliação por grande número de alunos (72,63%) e quase a metade dos docentes (43%). As sugestões de aprimoramentos redundaram na formação de três blocos, com suas respectivas porcentagens, apresentadas na Figura 8 e Quadro 26.

Figura 8 - Conjunto de aprimoramentos do OSCE sugeridos pelos participantes

ASPECTOS ESTRUTURAIS	ASPECTOS PEDAGÓGICOS	RELATIVO AO CURSO
<ul style="list-style-type: none"> •Aluno: 66,70% •Docente: 61,53% 	<ul style="list-style-type: none"> •Aluno: 22,22% •Docente: 30,86% 	<ul style="list-style-type: none"> •Aluno: 11,11% •Docente: 7,69%

Fonte: Autoria própria

As principais sugestões dos aprimoramentos, apontadas ao final de cada OSCE sob o olhar do discente, estão no quadro 26, sendo que aquelas que se repetiram nos diferentes OSCES, não foram apresentadas.

Quadro 26 - Principais sugestões dos discentes para melhorar avaliação de habilidades

1º OSCE
<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar OSCE no período da manhã (A2-Q-1ºO-GO) 2) Executar um OSCE sem peso avaliativo (A3-Q-1ºO-GO) 3) Aumentar tempo nas estações, na leitura do caso e no <i>feedback</i> (A5-1ºO-GO) 4) Reduzir objetivos e diminuir textos (A9-Q-1ºO-GO) 5) Introduzir <i>feedback</i> em todas as avaliações teóricas e práticas (A6-1ºO-CC) 6) Aumentar número de estações (A8-Q-1ºO-CC) 7) Realizar OSCE desde o primeiro ano (A4-Q-1ºO- EC) 8) Usar os manequins (A7-Q-1ºO-EC) 9) Inserir objetivo dentro da estação (A3-Q-1ºO-CM) 10) Realizar vídeo-<i>feedback</i> em outro momento (A1-Q-3ºO-P) 11) Apresentar casos clínicos mais comuns na prática médica (A2-Q-1ºO-P) 12) Expor tópicos debatidos/revisados/enfatizados no internato (A6-Q-1ºO-P) 13) Utilizar figuras e ator. Apresentar o <i>checklist</i>, para o aluno (A7-Q-1ºO-P) 14) Construir estações com mais clareza e objetividade (A2-Q-1ºO- SF) 15) Realizar simulação do OSCE prévia a avaliação curricular (A6-Q-1ºO- SF) 16) Cobrar posturas da mesma forma que se tem nos estágios (A8- Q-1ºO- SF) 17) Realizar avaliação seriada diária (A12-Q-1ºO- SF) 18) Construir um manual de avaliação para que qualquer um possa ser avaliador (A3- Q-1ºO- Ec)
2º OSCE
<ol style="list-style-type: none"> 1) Simular práticas de residência das principais instituições do país (A3-Q-2ºO-GO) 2) Manter método de avaliação e <i>feedback</i> instantâneo (A4-Q-2ºO-CM) 3) Fornecer calmantes para realizar as provas (A6-Q-2ºO-CM) 4) Cobrar pontualidade dos docentes para início da prova (A6-Q-2ºO-P) 5) Manter a forma de entrada dos alunos (quatro simultâneos) (A5-Q-2ºO-SF) 6) Padronizar forma de pontuação e no <i>feedback</i> informar o valor de cada item (A13-Q- 2ºO-SF) 7) Realizar medidas para deixar os avaliados menos nervosos (A3-Q-2ºO-Ec) 8) Colocar situações mais próximas da realidade (A4- Q- 2ºO- Ec-A4) 9) Melhorar organização do estágio (A4-Q- 2ºO-Ec-A4) 10) Manter o equilíbrio entre a tensão do aluno e a calma dos professores (A7-Q-2ºO- Ec)

3º OSCE
1) Elaborar estação para avaliação de habilidade clínica (A1-Q-3ºO-GO) 2) Rever a questão da filmagem (A4-Q-3ºO-GO) 3) Retirar câmeras (A6-Q-3ºO-GO) 4) Inserir folha de instrução do caso dentro da estação (A2-Q-3ºO- CC) 5) Treinar melhor o avaliador e o ator (A3-Q-3ºO-CC) 6) Realizar avaliação sem atores (A3-Q-3ºO-EC) 7) Inserir cronômetro nas estações (A8-Q-3ºO-CM) 8) Validar as estações pelos organizadores, previamente ao OSCE (A9-Q- 3ºO-CM) 9) Ter sempre atores para não misturar papéis de avaliador/paciente/pai e familiar (A8- Q- 3ºO-P) 10) Manter a conversa entre professor e aluno após as avaliações (A3-Q- 3ºO-SF) 11) Fazer em ordem alfabética a entrada dos alunos nas estações. (A9- Q- 3ºO-SF) 12) Fazer em ordem de sorteio a entrada dos alunos nas estações. (A10-Q- 3ºO-SF) 13) Realizar discussões semanais ou simulação de casos. (A12-Q-3ºO-SF) 14) Não deixar os alunos retidos em salas pequenas. (A14-Q-3ºO-SF)
4º OSCE
1) Liberar material didático para estudo dos últimos alunos a realizar o OSCE (A1-4ºO-GO) 2) Maior homogeneidade entre as questões. (A4-4ºO-CC) 3) Realizar um mini OSCE e mais frequente (A6-Q-4ºO-CC) 4) Maior interação entre professor e aluno durante o OSCE (A9-Q-4ºO-EC). 5) Não filmar as estações (A2-Q- 4ºO-CM) 6) Otimizar melhor as estações para não faltar tempo ou sobrar (A4-Q-4ºO-CM) 7) Aplicadores anônimos das questões e temas pré-definidos (A2-Q-4ºO-SF) 8) Melhorar tempo de espera usando logística diferente (A4-Q-4ºO-SF) 9) Fazer dentro do horário de aula previsto no contrato pedagógico (A9-Q-4ºO-SF) 10) Continuar com esse tipo de avaliação (A17-Q-4ºO-SF) 11) Permitir presença de livros dentro da sala enquanto aguardamos (A18-Q-4ºO-SF) 12) Inserir nas estações apoio de equipe (A4-Q-4ºO-Ec) 13) Ter mais atividades práticas semelhantes ao OSCE que não valham nota (A2-Q-4ºO-Ec)

Fonte: Autoria própria

Ao final da roda de conversa de cada OSCE, os docentes também teceram suas sugestões para melhorias que estão dispostas no Quadro 27.

Quadro 27 - Principais sugestões dos docentes para melhorar avaliação de habilidades

1º OSCE
1) Melhorar a estação (D23- RC-1ºO-CC/P) 2) Padronizar os impressos (D1-RC-1ºO-CC/P) 3) Padronizar habilidades a serem testadas (D1-RC-1ºO- CC/P) 4) Introduzir os objetivos na sala de avaliação (D11-RC-1ºO-CM/EC) 5) Aumentar o tempo da estação, da leitura do caso e do <i>feedback</i> (D22-R-1ºO-CC/P) 6) Filmar todas as estações do OSCE (D16-RC-1ºO-CM/EC)
2º OSCE
1) Introduzir dentro da sala de avaliação, a história clínica (D14-RC-2ºO-CM)

2) Fazer uso de ambiente 'aquário' evitando que o aluno visualize e docente (D5-RC-2ºO-CM) 3) Alterar para período matutino a avaliação (D32-RC-2ºO-CM/P) 4) Melhorar o <i>checklist</i> (D32-RC-2ºO-CM/P) 5) Introduzir recursos como manequim, próteses, etc (D9-RC-2ºO-GO) 6) Recrutar alunos de gêneros diferentes para informação do tempo (D9-RC-2ºO-GO) 7) Introduzir ator (D33-RC-2ºO-P)
3º OSCE
1) Preparar os professores para serem avaliadores (D1-RC-3ºO-CC) 2) Ter professor suplente para ser avaliador (D5-RC-3ºO-SFI/II)
4º OSCE
1) Avaliação do aluno no OSCE pelo professor que o acompanha no internato (D2-RC-4ºO-SFI/II) 2) Retirar subjetividade do <i>checklist</i> (D6-RC-4ºO- SFI/II) 3) Elaborar o <i>checklist</i> pelo professor da disciplina e não pelo avaliador (D35-RC-4ºO-SFI/II) 4) Trazer atores que retratem fisicamente o paciente do caso clínico (D4C-4ºO-SFI/II) 5) Filmar uma estação sem critério de nota para o aluno (D1-RC-4ºO-GO)

Fonte: Autoria própria

A oportunidade de apreciar a avaliação deve ser incentivada no aluno, pois ele é um dos sujeitos envolvidos diretamente no processo, que vivencia o que foi proposto e pode contribuir de forma ímpar com sugestões.

O espaço oferecido ao aluno como sujeito ativo e participe das melhorias no processo avaliativo foi cumprido da melhor forma possível. O aprendiz apontou para a necessidade de ajustes nos aspectos didáticos e de planejamento que envolve o ensino no internato, bem como elaboração e execução do OSCE. Muitas dessas sugestões são pautadas nas alterações emocionais experienciadas na realização do OSCE. Esse fato apontou a necessidade de melhorias para os próximos OSCEs, principalmente, no que se referiu à organização da estação pelo docente e a ampliação dos tempos para leitura, realização da estação e de *feedback*, o que fez com que D22 assim se posicionasse, “é pouco, eu acho que **três minutos daria**. [...] Eu tentei colocar algumas coisas, mas foi bem rapidinho, **não dá para se aprofundar muito**” (RC-1ºO-CC/P). O docente, com sua função de ajudar no caminho da construção do conhecimento, percebe que o tempo do *feedback* é escasso para tal e solicita modificação do tempo.

Nas rodas de conversa que se sucederam, os docentes foram orientados quanto à necessidade de ajustes nos quesitos de: construção da estação com ênfase na formulação do objetivo, a introdução do objetivo dentro da estação, a consonância de trazer para a avaliação o que o aluno visualizou no internato, atentando-se também, a casos envolvendo doenças corriqueiras e não raras, a inserção de manequins e de

ator simulado, ao treinamento prévio dos atores, a pontualidade dos docentes, a formulação do *checklist* e a realização do *feedback* do desempenho do aluno de forma adequada.

Executar um *OSCE* sem peso avaliativo e inseri-lo desde as séries iniciais são duas interessantes colocações. O D1 corrobora com esse pensamento ao expressar que “[...] talvez se esses **OSCEs** fossem **mais frequentes**, desde lá do **começo do curso**...[...] acho que aplicar só no final com esta carga gigantesca, eles **vêm muito tensos para a prova**” (D1-RC-6ºO-CC/GO).

Mudanças no *feedback* e efetivo em relação à presença do ator, foi a sugestão dada pela DD quando comenta que “outra coisa que eu tenho que me preocupar é com a **saída do ator no feedback** porque ele vê o julgamento [...] então, da próxima vez, eu já **vou atentar para dizer ‘olha, não fique’**. **Até para não ter constrangimentos**” (VF-3ºO). Essa conduta do docente em retirar o ator durante o *feedback*, demonstra respeito ao aluno que está sendo avaliado evitando constrangimentos. O cuidado em realizar um *feedback* individual é muito importante. O aluno tem, assim, possibilidade de saber seu desempenho sem exposições e de se expressar com mais naturalidade pela individualidade.

Também a presença do professor dentro da estação trouxe algum desconforto para o aluno. Diante disso, foi sugerido que houvesse a utilização de parede de vidro, designada também como ‘aquário’, em que o desempenho do aluno na estação é acompanhado pelo professor em um ambiente separado por um vidro, impedindo que o aluno e o paciente simulado visualizem o docente. Esses ambientes são utilizados no curso de psicologia permitindo que aconteça o aprendizado aos demais alunos que estão junto ao docente e que acompanham o atendimento feito pelo aluno, sem serem vistos. A técnica de observação do atendimento realizado por outro aluno junto ao paciente facilita a interação entre ambos, necessária ao atendimento psicológico. A presença do avaliador na estação durante o processo avaliativo pode influenciar positivamente ou negativamente no desempenho do aluno (AMARAL, DOMINGUES, ZEFERINO, 2012).

Em algum momento da formação, essa avaliação teria seu início e o teve nas disciplinas dos Internatos por conta dessa pesquisa. Certamente, o Departamento de Medicina e o Colegiado de Curso deverão instituir esse método avaliativo em outras séries, contribuindo para que o aluno ao chegar ao Internato, esta avaliação não seja novidade, com a possibilidade de minimizar desconfortos.

Duas sugestões foram muito interessantes: a de validar as estações previamente por meio dos organizadores e a de elaborar um manual de avaliação a fim de que outras pessoas possam ser avaliadoras e não somente o professor. Quanto à elaboração de um manual/guia que possa orientar os avaliadores (professor ou não) durante o OSCE, é fundamental e, preferencialmente, deve ser feita para cada estação. Deve conter os objetivos da estação, descrever o papel do examinador /avaliador dentro da estação e a forma como cada item do *checklist* vai ser pontuado (DAUD-GALLOTTI; TIBÉRIO, 2012).

As autoras afirmam ainda que o avaliador não precisa, necessariamente, ser o professor. Na grande maioria das vezes, são pessoas que compõem a equipe médica, contudo a prerrogativa é de que o médico examinador deverá ter domínio daquela competência a ser avaliada (DAUD-GALLOTTI; TIBÉRIO, 2012).

Outra sugestão para melhorias nos aspectos de ensinar e de avaliar foi dada pelo A9 quando comenta que há “**falta de treinamento e mais explicações** de como funciona a avaliação, talvez um pouco mais de **clareza de como conduzir o momento**” (A9-Q-1ºO-CC). “Foi bom para aprendizado, mas muito **estressante**” (Q-2ºO- Ec-A1). Esses fatores, na visão do A1 “**dificultou o raciocínio e de lembrar de coisas simples**” (Q-1ºO-CM). Outrossim, de acordo com o A4, “o **estresse e o fato de “estar sendo avaliado**” faz com que **tudo se torne diferente** do habitual, apesar da tentativa de simulação” (Q-1ºO-SF-A4).

Um dos problemas que foi apontado pelo A7 é relativo ao conteúdo da avaliação em que “muitas vezes **são cobrados casos clínicos nunca vistos no estágio** (Q-2ºO- P). A percepção do AM é no mesmo sentido quando afirma que a pior coisa para o aluno, que o deixa nervoso não é não saber, é ele pensar que alguém vai cobrar alguma coisa que não foi ensinado” (**VD 4ºO**). O D13 também não concorda com essa postura pois “**não é justo você cobrar o que você não ensinou**” (RC-1ºO-Ec). O mesmo pensamento tem uma docente que, durante o vídeo *feedback*, assim se expressou:

eu penso que é fundamental que a avaliação esteja ligada ao que eles veem no dia a dia e que essas duas coisas estejam ligadas ao que eles vão ver na vida real. Eu não posso fazer uma questão de OSCE baseada numa questão do dia que eu não estive ali com eles que a gente discutiu tal coisa (DB-VF-3ºO).

Trata-se de uma situação em que não pode ser cobrado pelo docente o que não foi visto pelo discente durante o período de estágio. É importante “articular o instrumento com os conteúdos planejados, ensinados e aprendidos pelos educandos [...]. Não se pode querer que o educando manifeste uma aprendizagem que não foi proposta nem realizada” (LUCKESI, 2011b). Concordamos com o autor por entendermos que a avaliação de habilidades é um espaço para ‘mostrar como faz’ necessitando de aportes teóricos e práticos para tal execução. Se o caso clínico cobrado nunca foi visto pelo aluno, além de ser uma questão de injustiça para com ele, constitui-se ainda em uma atitude de imperícia, de inabilidade do docente em sua ação pedagógica atrelada à elaboração e execução dos conteúdos de avaliação. Outrossim, o descompromisso com o aprendizado do aluno, como bem afirma Vasconcellos (2001), pode ser considerado também uma atitude antiética por parte do docente pelo fato de que as consequências dessa atitude podem redundar em prejuízos para o aluno. “A incompetência para gerenciar o processo de ensino, é demonstrada na incoerência entre o ensinado e o cobrado na avaliação” (VASCONCELLOS, 2001, p. 212).

Outro fato a ser reportado aconteceu na prática avaliativa do D3 que avaliou “a capacidade do aluno de descrever uma lesão, estabelecer conduta, raciocínio, diagnóstico [...] eu senti que os **alunos tiveram uma dificuldade grande** [...] foi uma **questão** que eu elaborei **difícil** [...] um **caso igual esse eles não viram na prática**”. (RC-2ºO-SFI/II). Esses dois fatos, de elaborar questões da prova descoladas dos conteúdos ensinados e com um nível de complexidade acima do que foi trabalhado, são entendidos por Luckesi (2011b) como elaboração de provas com intuito de ‘provar’ o aluno e não, necessariamente, para auxiliá-lo na aprendizagem faltante. Igualmente, constatamos que aqui houve um deslize do ponto de vista ético quanto ao ato de ensinar e de avaliar, e que cabe a pergunta: *O docente elaborou a avaliação para detectar necessidade de ajustes e assim ajudar o aluno em seu crescimento, ou seu objetivo foi para constatar que ninguém sabia avaliar o caso? Sabendo-se que a avaliação torna-se um meio para diagnosticar e intervir nas lacunas do aprendizado do aluno, esses dois fatos exemplificam a necessidade que o médico que está atuando na academia como professor necessita aperfeiçoar-se nas questões pedagógicas e teóricas da educação, obtendo conhecimento do que é um processo avaliativo, como elaborá-lo e a que fins se destina. Também salientamos a intencionalidade do docente em deliberadamente escolher uma questão difícil. Aspecto importante esse e que*

merece reflexão quanto à relevância ou não desse fator no aprendizado dos futuros médicos que foram impactados pela experiência vivenciada.

Os docentes fazem algum apontamento percebendo que ainda faltam alguns aprimoramentos no quesito da aprendizagem do conteúdo e da prática médica. O D28 chama atenção para a conduta de exame quando diz “[...]na hora **de conduta de exame ainda senti insegurança. (RC-2ºO-P)**. O D34 afirma que “me preocupou o fato de **uma boa parte deles não identificarem a urgência da situação**. [...] é um *feedback* do ensino” (RC-2ºO-SFI/I). Já o D36 comenta que “eles tinham uma expectativa, porém **ficaram muito perdidos** ainda. “Metade quer usar a criatividade e aí eles **começam a suscitar todos os diagnósticos** na cabeça deles” (D36-RC-4ºO- SFI/II). Notamos que essa percepção tem sua origem no 4º OSCE, portanto, depois de uma importante e extenuante caminhada do aluno no processo de ensino e de aprendizagem, ainda persistem dúvidas. Esses resultados avaliativos diagnosticados pelos docentes, apontam para uma tomada de decisão. Decisão do que fazer com o aluno quando a sua aprendizagem não atingiu o juízo de qualidade esperado. Caso não se tome nenhuma medida, o ato de avaliar não completa seu ciclo constitutivo (LUCKESI, 2011b), que é avaliar-diagnosticar-modificar-aprender.

Há ainda o docente que se decepciona com o resultado obtido pelos alunos, como o D9 “fiquei um pouco decepcionado com as turmas [...] eles **atingiram parcialmente o objetivo**. [...] Ele quer dar a conduta, o remédio, mas ele esquece que **para chegar ao remédio**, tem que passar pelas lacunas, **tem que construir**” (RC-4ºO-GO II).

A questão das lacunas a que o docente se refere, nada mais é do que a avaliação do paciente, incluindo, além dos exames de sangue e de imagem, a anamnese que é uma parte importante do exame clínico constituindo-se de dados do paciente e de seus familiares, anteriores à doença atual. São informações relevantes que muito contribuirão para o raciocínio clínico:

Mas eles **não valorizam a anamnese**, o problema é esse, eles **valorizam mais um exame**. Hoje, a primeira coisa que o médico faz, é pedir uma tomografia, uma ressonância. **Antes de saber a história, já tá com o exame pronto**, porque **ele sabe que para saber ver aquela queixa que o paciente tem, ele tem que ver a ressonância**. Me assustei um pouco aqui, porque se você olhar a descrição da avaliação, trouxe uma imagem de uma ultrassonografia de mama e dos dez, nove fizeram corretamente a avaliação (RC-4ºO-GO II).

Essa fala exprime a preocupação do docente na valorização que o aluno faz da imagem em detrimento à anamnese do paciente. O aluno só consegue ter o diagnóstico do caso se houver, em primeira instância, uma imagem, e isso mostra a fragilidade do aprendizado, tendo em vista que a clínica do paciente é soberana. O aprendiz está tão focado na necessidade de avaliar imagens que o faz com absoluta facilidade. Pergunta-se: se não houver possibilidade de realizar uma imagem diagnóstica, esse aluno saberia tecer um diagnóstico acertado? Escutar o indivíduo, saber sobre o binômio saúde-doença de sua história pregressa é fundamental e condição primeira para o diagnóstico. Os exames são *a posteriori* e, em muitas ocasiões, até desnecessários. Situação essa que remete à importância de um ensino que configure uma medicina cuja abordagem seja centrada no paciente com aumento na participação do indivíduo na consulta, redução de ansiedade e de novas investigações. Por meio da comunicação centrada no paciente e da troca de informações, o médico poderá aumentar o seu conhecimento sobre o paciente, o que levará a uma maior confiança diminuindo a incerteza do diagnóstico e redução na solicitação de exames complementares (BERTAKIS; AZARI, 2011). Esse *feedback* remete à reflexão do docente sobre ajustes de seu fazer enquanto formador. Provavelmente, já nas séries iniciais ou até mesmo em campo de estágio, reforçará o conhecimento faltante.

A ausência de um exame físico completo também foi lembrada pelo D2 como falha no desempenho “[...] pelo fato de estar com um dermatologista ali na frente dele, ele **achou que o exame deveria ser só no couro cabeludo**...[...] daí eu disse: “não, mas espera aí, quanto tu vai **examinar o paciente tem a chance de**, em um exame físico geral, **achar um tumor** no final” (RC-2ºO-SFI/II-D). A presença de um especialista na estação, pode induzir o aluno a buscar outro raciocínio. Importante situação essa, para que os professores se atentem e, assim, evitem que o aluno busque atendimento do paciente no campo da especialidade ao invés da visão generalista. Daí a ênfase a ser dada pelo docente, durante toda a formação do ensino generalista e não do especialista, a fim de atender quanto ao perfil do médico a ser formado preconizado pelas DCNs para o curso de Medicina.

O A6 refere-se aos manequins de baixa fidelidade e diz que houve “**ausência dos bonecos** para realizar de fato as manobras” (Q-1ºO-EC). Apesar de ser efetuada uma formação continuada e um treinamento prévio com os docentes, esses momentos não atingiram todos os que faziam supervisão dos alunos no internato. Os

discentes, de igual forma, receberam orientações prévias quanto ao funcionamento do OSCE, contudo, provavelmente, pelo desconhecimento do método, pelo momento tensional de pré-avaliação e a pouca ou quase nenhuma vivência prática dos docentes em relação ao método, podem ter contribuído com repercussões negativas indo ao encontro das lacunas que o aluno expressa em sua fala. Por tratar-se de algo novo para docentes e discentes, é de se esperar que ajustes acompanhem a trajetória da implantação do método avaliativo, inclusive com a utilização de manequins, aprimoramentos no manuseio nos de alta fidelidade, como também nos aspectos relativos à organização do OSCE.

Em busca de autores para fundamentar os dados, deparamo-nos com a afirmação de que quando se pensa em ensinar e aprender, importante se fazer o uso de um mediador didático, bem como os passos dos processos de ensinar e aprender, que têm como objetivo facilitar a transferência de conhecimentos para o aprendiz (LUCKSI, 2011b). Fazendo reflexão sobre essa fala, pensamos que o manequim de alta ou baixa fidelidade e, também, o ator padronizado se enquadram como mediadores didáticos por facilitarem um *feedback* dos conhecimentos adquiridos para o aprendiz.

Escrever sobre contribuições da avaliação de habilidades à formação do aluno, necessariamente estará relacionada ao *feedback* que esse aluno recebe. Assunto que será abordado na segunda categoria.

5.2.2.2 *Feedback* efetivo: suas contribuições

Um dos objetos dessa tese foi estudar a introdução do *feedback* efetivo ao término de cada estação do OSCE, conferindo um caráter formativo à avaliação. Após o aluno ter experienciado essa devolutiva em seu processo avaliativo, ele pôde traçar suas percepções e considerou que o *feedback* foi um momento imprescindível, o mais importante e valioso da avaliação, constituindo-se em um ambiente favorável ao ensino e à avaliação, concomitantemente. Espaço esse em que favoreceu a sistematização do conhecimento por meio da aprendizagem do erro cuja crítica, por ser construtiva, ajudou para o crescimento da aprendizagem do aluno.

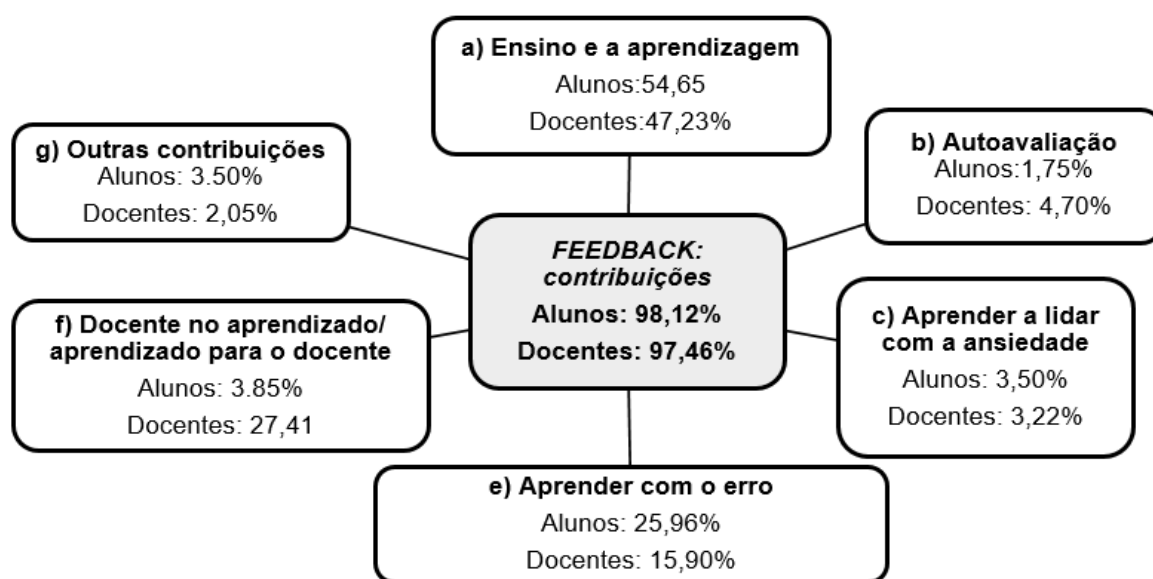
Essa segunda categoria subdivide-se em seis subcategorias que são as contribuições do *feedback* para: a) O ensino e a aprendizagem; b) A autoavaliação; c)

Aprender a lidar com a ansiedade; d) Aprendizagem por meio do erro; e) Percepção da importância do docente no aprendizado e do aprendizado para o docente; e, f) Outras contribuições.

A quase totalidade dos alunos (98,12%) e a maioria dos docentes (74,50%), consideraram que o *feedback* efetivo contribuiu para a formação.

A Figura 9 contém contribuições com suas respectivas porcentagens.

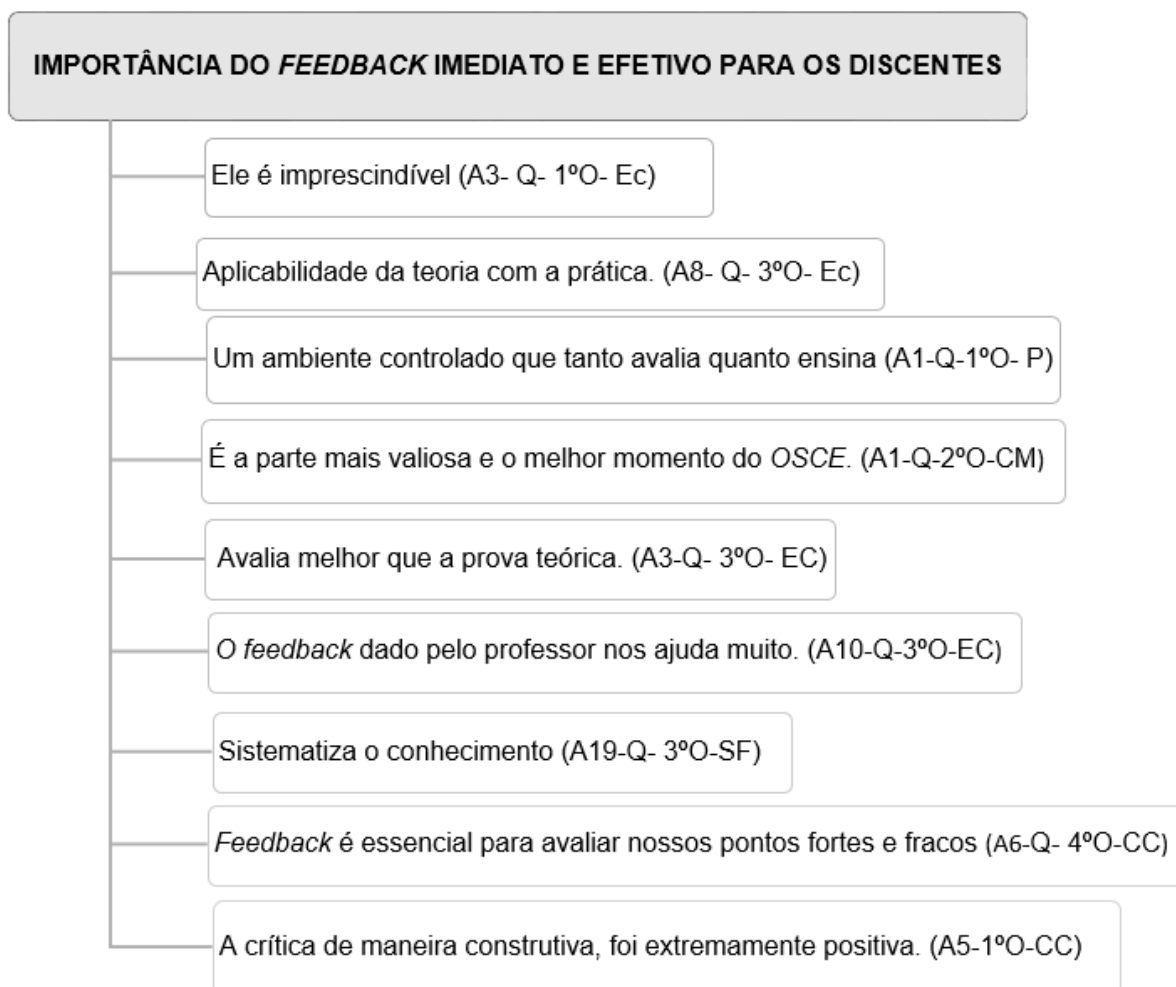
Figura 9 - Feedback efetivo: suas contribuições



Fonte: Autoria própria

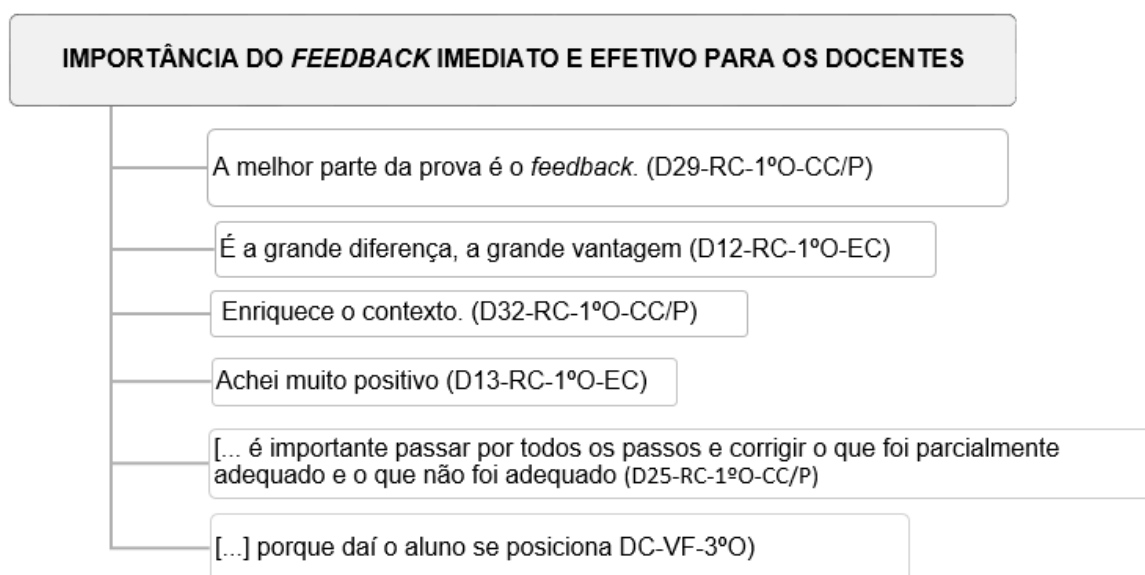
Tendo em vista o *feedback* efetivo ter sido o momento alto do processo avaliativo, nas Figuras 10 e 11 estão expostas algumas falas que exemplificam a importância dele para os alunos e os docentes, participantes da pesquisa-ação.

Figura 10 - Falas representantes da importância do *feedback* efetivo para os discentes



Fonte: Autoria própria

Figura 11 - Falas representantes da importância do *feedback* efetivo para os docentes



Fonte: Autoria própria

5.2.2.2.1 O ensino e a aprendizagem

A primeira subcategoria versa sobre o *feedback* efetivo e sua contribuição para o ensino e a aprendizagem. Ela teve sua origem nas respostas dadas pelos alunos quando responderam à pergunta do questionário: ‘Em sua opinião, houve contribuição no *feedback* ao processo ensino e aprendizagem?’. Já os docentes nas rodas de conversa dialogaram sobre a pergunta: ‘O *feedback* trouxe contribuição para o aprendizado do aluno?’. Mais da metade dos alunos (51,57%) e uma boa parcela dos docentes (42,30%) consideraram que houve contribuição do *feedback* ao ensino e à aprendizagem.

O A2 comenta que “teve contribuição, pois **analisamos os pontos fracos e fortes de cada consulta**” (Q-1ºO-GO). E, além de contribuir para o ensino e a aprendizagem o *feedback* sintetiza um importante espaço de aprendizagem, pois “é quando **mais aprendemos**” (A9-Q-4ºO-Ec). O A3 afirma ainda que “certamente as **correções** realizadas **contribuirão à formação profissional**” (Q-1ºO-P). Sobre o fato das correções, tarefa inerente do docente, ele assim se expressa; “É bom que a gente pode reavaliá-los naquele momento do *feedback*. Então, eles podem **ter as correções necessárias** ou podem **reafirmar as correções que tiveram**. No meu entender esse momento foi importante!” (D44-RC-2ºO-GO). Essa percepção do docente é positiva tendo em vista que em muitos OSCEs o aluno acaba não recebendo uma devolutiva pelo fato da avaliação de habilidades ser padronizada, temporizada, com grande número de alunos em avaliação, o que pode dificultar ou até inviabilizar que o docente faça o *feedback* do aluno por falta de tempo.

Ainda sobre as correções há alguns exemplos e apontamentos sobre a questão de saber corrigir o aluno.

Eu acho que **fluiu muito bem o *feedback*** [...] ‘**Isso aqui faltou um pouco**’, ‘**isso aqui deveria ter explorado mais**’. E o aluno percebe e concorda; talvez não concorde e fale: ‘ah, mas eu falei, eu expliquei professora’. Eu acho que, **a gente tem que saber corrigir sem ofender e eles têm que saber aceitar uma crítica sem se magoar também**. Isso nem sempre é fácil (DB-VF-3ºO).

Os verbos aprender, ensinar e avaliar estão intrinsecamente unidos ao verbo corrigir. Sem correção os avanços são poucos com risco de o resultado dar-se fora do

esperado na atuação profissional. A correção se dá no cenário do ensino vindo ao encontro do que preconiza a prática educativa que é oferecer ao aprendiz condições de aprendizagem, vindo a desenvolver-se como sujeito e cidadão (LUCKESI, 2111a).

O *feedback* “auxilia no **processo de aprendizagem e consolidação do conhecimento**” (A6-Q-1ºO-P). O A3 elabora uma importante frase por conta de sua percepção dizendo “Eu acho que se **não fosse o *feedback* não teria por que ter o OSCE**. Era só eles verem a gente atender o paciente normal” (Q-4ºO-CM). Inserir a devolutiva no processo de avaliação da aprendizagem é um cuidado importante. No caso do OSCE, essa devolutiva se dá pelo *feedback* utilizando o *checklist* que é um instrumento que vai além de tão somente assinalar o desempenho do aluno. Quanto a isso Luckesi (2011b) afirma que é preciso que o professor se atente ao processo de correção e devolução dos instrumentos de avaliação da aprendizagem. O grande diferencial de um processo avaliativo de habilidades clínicas está na realização do *feedback* efetivo que deve ser inserido no planejamento da elaboração do OSCE.

Na opinião do A7 o “*feedback* **contribui para nosso aprendizado e nos auxilia no raciocínio e na formulação de hipóteses diagnósticas** (Q-2ºO-SF)”. “Ele nos traz uma **resposta imediata e contribui para o aprendizado** (A3-Q-4ºO-CC). “**Consolidou conhecimentos e ajudou a sistematizar** (A8-Q-4ºO-CC). “Bom para **organização final e fechamento do raciocínio**” (A2-Q-1ºO-Ec). Na visão do A6, ele “**ajuda a aprender a formular um raciocínio prático e rápido e a organizar o método de resposta**” (Q-3ºO-CC). A transmissão do saber aliada ao desenvolvimento do raciocínio tem consonância com a aprendizagem significativa (VASCONCELLOS, 2006b).

Ainda o A1 respondeu que o *feedback* foi útil para “saber o que errou, **aprimorar conhecimento, sedimentar conhecimento e fixar matéria**” (A1-Q-4ºO-GO). Ele é considerado um espaço possível para “**retirar dúvidas e fixar o conhecimento** avaliado” (A5-Q-4ºO-Ec). Em relação à fixação da matéria, os exercícios que são solicitados durante a avaliação, se forem suficientemente significativos, servem como uma oportunidade para fixação de modo mais adequado na memória como também, um modo de aprender mais (LUCKESI, 2011b).

O docente em sua autoscopia, permitida pelo vídeo *feedback*, faz uma interessante observação que, muitas vezes, passa despercebida a importância que possui em relação ao *feedback* quando diz: “Vi que **eu questiono o aluno e ele pensa, ele vai buscar** né? [...] ele tem um pensamento [...] porque se não tivesse

esse **alicerce do pensamento** do que que vai fazer, do diagnóstico, do raciocínio clínico, eles não vão chegar a lugar nenhum” (DD-VF-4ºO). Essa busca acontece porque houve assimilação do conteúdo proposto e a aprendizagem significativa está em evidência nessa fala. O aluno se utiliza do raciocínio para localizar o conhecimento aprendido fazendo relações com o solicitado pelo professor durante a avaliação. Em relação à assimilação do conteúdo, Ausubel (1968, p. 37-39 apud MOREIRA; MASSINI, 2001, p. 14) fundamenta dizendo que a “aprendizagem significativa se processa quando o material novo, ideias e informações que apresentam uma estrutura lógica, interagem com conceitos relevantes e inclusivos, claros e disponíveis na estrutura cognitiva, sendo por eles assimilados”.

Na percepção do A18, “houve tempo dos **comentários serem elaborados de forma relevante**” (Q-2ºO-SF). Na fala do A5 “[...] **é bom para fixar o que foi realizado e organizar sistematicamente a mente, o raciocínio, para realização da conduta no paciente**” (Q- 1ºO- P). O processo de fixação atrelado à experiência do ‘fazer’ potencializa a aprendizagem significativa pelo processo de “ação-reflexão-ação” (LUCKESI, 2011b).

A fala do A7 enaltece a importância do *feedback* em relação à aprendizagem quando afirma que “quando recebo um *feedback* logo após à questão **aprendo com mais facilidade**. (Q-3ºO-SF). Ele “**sedimenta conhecimentos**” (A1-Q-1ºO-EC). O A4 corrobora dizendo “temos um *feedback* que **fixa o conteúdo**” (Q- 3ºO- EC), pois justamente o “OSCE avalia se o **aprendizado foi internalizado**” (A7-Q-3ºO- CM) e “**o que eu aprendo no OSCE não esqueço mais**” (A8-Q-4ºO-Ec). Essa internalização, essa “**sedimentação dos conhecimentos prévios**, melhora do nervosismo” (A8-Q-3ºO-CM). Em relação ao aprendizado internalizado, Luckesi (2011b, p. 152) assim se expressa “para que a aprendizagem se efetue, os conteúdos necessitam ser compreendidos e internalizados”. O ensino necessita ser significativo ao aluno para que possa favorecer a aprendizagem significativa fazendo uso de conteúdos que tenham significância à futura prática profissional (VASCONCELLOS, 2006b). No caso do ensino médico, o ambiente simulado com uso de pacientes padronizados é uma interessante estratégia, a fim de que conteúdos relevantes com a futura prática profissional possam ser avaliados, contribuindo para o reforço na aprendizagem significativa.

Das falas acima podemos perceber que para a resolução do caso- problema, o aluno necessita fazer uso de conhecimentos que já sofreram transformações por

meio dos organizadores prévios que atuaram como ponte entre o que ele já sabe e o que deve saber favorecendo a aprendizagem significativa. A solução de problema é, sem sombra de dúvida, um método válido e prático de se procurar evidência desse tipo de aprendizagem. (MOREIRA; MASSINI, 2001).

Sobre a certificação da aprendizagem do aluno e em mostrar as falhas o docente assim se expressa.

Eu achei importante o **momento do *feedback* porque o aluno acaba aprendendo**. Às vezes, **a gente não explicou direito**, outras vezes, o aluno está olhando e não está aprendendo aquilo que ele precisa aprender. Com o ***feedback* você vai mostrar para ele o que é importante aprender em cada caso**. É importante, também, **o professor ter esse olhar de ver se ele aprendeu o que precisava aprender** (DC-VF-3ºO).

As colocações aqui feitas denotam singulares achados: primeiro, a importância do *feedback* efetivo, tendo em vista o aprendizado do aluno; segundo, a certeza que o docente deve ter de que o aluno está aprendendo aquilo que precisa aprender; terceiro, o *feedback* efetivo torna-se momento ímpar para elucidar dúvidas por conta do professor que não soube fazer a transposição adequada de seu conhecimento; e, quarto, o momento da devolutiva vai sedimentar o que deve ser aprendido.

O A9 comenta que o *feedback* permite “**saber no que precisamos nos atentar, perceber o que fizemos e como**” (Q-1ºO-EC) Sobre o *feedback* e a percepção das lacunas no aprendizado do aluno, o D28 comenta que “o que eu percebi no *feedback* é que os **alunos ainda não têm na cabeça o quadro da anamnese**”. (RC-1ºO- CC/P). Essa constatação caminha em dois sentidos, uma do aluno em busca de suprir essa lacuna e, outra, quanto ao formador em aprimorar no internato a obtenção desse aprendizado.

A DD também contribui com a pesquisa quando comentou que “eu acho **bom esse momento, isso é produtivo para o aprendizado porque você resgata e é bem o momento de você fazer correções**” (DD-VF-3ºO). O esclarecimento de dúvidas e as correções necessitam ser oportunizadas. Essa visão é compartilhada também pelo docente que afirma “é importante a gente **passar por todos os passos e corrigir o que foi parcialmente adequado, e o que não foi adequado**” (D25-RC-1ºO-CC/P). É esperado que o *feedback* seja um momento para se fazer conselhos

corretivos, orientando assim, os alunos no atingimento dos objetivos de aprendizagem (COUTINHO, MARTINS, PEREIRA, 2014).

Alguns alunos comentam sobre o recebimento do *feedback* imediato após o ato avaliativo. Nesse sentido, o A4 afirma dizendo que ele “**reforça o aprendizado** sobre o tema abordado e nos dá **oportunidade de esclarecer dúvidas imediatas** (Q-1ºO-SF)”. Houve **ganhos ‘para vida’ no feedback**” (A4-Q-4ºO-Ec). “Muito boa por **mostrar falhas na direção do estudo**” (A2-Q-3ºO-SF). E o A7 comenta que há melhoria do aprendizado “porque quando recebo um **feedback logo após a questão, aprendo com mais facilidade** (A17-Q-3ºO-SF)”. **Foi muito bom receber o feedback assim que terminava a prova**. Acredito ser o **melhor momento para receber essas informações** (Q-1ºO-Ec-A10). Para o A16 “as perguntas que não soube responder e por conta disso foram discutidos durante o *feedback* são **temas que não esquecerei tão facilmente** (Q-4ºO-SF). “[...]após a avaliação, houve discussão do que foi feito ou deixou de ser feito, o que contribuiu para **a fixação de conteúdo** (A6-Q-1ºO-P), bem como “contribuiu para avaliar se **solidificamos os conhecimentos** ao longo do estágio” (A7-Q-3ºO-CM). Essas percepções solidificam a importância da construção coletiva do conhecimento pelo aluno e pelo docente, pois o que se espera é que estes possam interagir e, assim, favorecer a aquisição da aprendizagem pelo aluno. Aprendizagem essa que após ser trabalhada não se limitará à reprodução, mas sim à aprendizagem significativa por conta da fixação nos subsunçores da estrutura cognitiva do aprendiz (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004; MOREIRA, MASSINI, 2001). Portanto, constatamos que o *feedback* imediato é o responsável em alavancar e fortalecer a aprendizagem desejada.

Sobre o *feedback* imediato, o docente D13 afirma que “**achei muito positivo** o fato de **corrigir na hora**. O *feedback* poderia ser em **tempo maior** [...] eu estava com **vontade de falar mais coisa** e faltava tempo. (RC-1ºO-Ec). Interessante que essa devolutiva ajudou o aluno e, ao mesmo tempo, motivou o docente em sua função de instruir, de mostrar o caminho, sentindo necessidade de que o tempo fosse ampliado para tal.

O D12 também comenta sobre o *feedback* imediato afirmando:

Acho que a **ideia de você trabalhar e já dar o *feedback* imediato é bom**. Porque daí você fala “você errou isso, você errou aquilo”, então **eles já sabem o que eles têm que procurar** depois. **Talvez isso seja a grande diferença**, a grande **vantagem**. **E você objetiva uma avaliação que é subjetiva**. Eu tenho o *checklist*, cumpri o *checklist*, ponto. Acho que isso é bem válido (D12-RC-1ºO-Ec).

Dessa forma, o *feedback* imediato colabora para um ‘diagnóstico situacional’, por meio do *checklist*, para que o aluno saiba o que precisa de aprimoramento. Percebe-se, nessas falas, a importância do professor que assume aqui sua parcela ímpar da construção do conhecimento por meio da avaliação permeada pelo *feedback*, preferencialmente dando essa devolutiva de forma imediata após o seu término. Quanto mais precoce esse momento de devolutiva, mais rapidamente se dá o processo de assimilação dos ajustes. Os autores Black e William (1998), apontam para a brevidade temporal da devolutiva salientando que há decréscimo do valor da devolutiva à medida que aumenta o tempo entre a realização do procedimento /atividade e o seu recebimento.

Tratando-se do *feedback*, além de ser imediato procurou-se dar efetividade ao mesmo passando informações do desempenho do aluno a fim de promover mudanças positivas e desejáveis. Ele foi sequencial, dinâmico com entrelaçamento de falas entre docente e discente procurando ajudar o aluno em sua própria revisão. A fala do D30 vai nesse sentido quando afirma que “no *feedback* eu disse os **aspectos positivos dele na prova** (DC-2ºO-CM/P) e o D32 “o aluno disse: ‘Ah, eu **acho que fui bem**’, ‘Mas **o que você poderia melhorar?**’ ‘eu **poderia ter feito diferente**” (RC-2ºO-P). Esses achados corroboram de que o *feedback* deve ser feito o mais próximo possível do evento ocorrido. O foco no geral necessita ser positivo e deve ser parte de todo o processo de comunicação e diálogo de desenvolvimento (McKimm, 2009).

Além de ser questionado sobre o desempenho do aluno, o professor deve apontar os aspectos positivos, o aluno deve também ser questionado sobre as melhorias que faria em um segundo momento. Finalizando, o docente deve comentar com o aluno o que precisa ser melhorado, apontando seus erros e melhorando sua conduta profissional. Modelo esse que foi adaptado de Hewson e Little (1998) e das sugestões de Archer (2010) e de McKimm (2009).

É muito importante dar devolutiva dos aspectos positivos do desempenho do aluno no início do *feedback* efetivo, pois quando é dado o *feedback* o aluno revisita, ele reelabora seu ‘fazer’. Nessa reelaboração, trazer os aspectos positivos do aluno,

vem reforçar positivamente o seu cognitivo. Cury (2016) entende que é preciso que os educadores aprendam a provocar positivamente a inteligência dos alunos, pois

Quando os estudantes são estimulados e valorizados em sala de aula por meio de um método dinâmico e prazeroso, surgem alterações na quantidade e qualidade de conexões sinápticas, resultando em um processo cerebral positivo, que aumenta as suas possibilidades de resultados eficazes (COSENZA; GUERRA, 2011 apud SOUSA; ALVES, 2017, p. 327).

No caso do *feedback* efetivo, o professor deve enaltecer o desempenho do aluno trazendo à tona os seus acertos, dando ênfase ao que foi atingido, ao progresso já efetuado, ao aprendizado adquirido, transformando-se em estímulos positivos a sua estrutura cognitiva. A neurociência procura entender como se dá o processo de aprendizagem a nível cerebral. E os estudos nessa área do conhecimento enfatizam que a aprendizagem se dá por meio das conexões neurais que sofrem intervenção e que podem ser fortalecidas dependendo da qualidade da intervenção sofrida. Para facilitar a aprendizagem, estímulos externos são bem-vindos, os quais estimulam os padrões de atividade neural. A efetividade da aprendizagem sofre também influência do estado emocional em que as experiências felizes são mais facilmente lembradas. Nesse contexto, a motivação se configura como importante para a aquisição do conhecimento (COSENZA; GUERRA, 2011 apud SOUSA; ALVES, 2017).

Ainda em relação ao *feedback* positivo, o DE relata que “tentei fazer **um esforço positivo** com ela para não ficar tão assustada, tão preocupada. Ela achou que foi a pior estação”. A postura do professor em dar ênfase aos aspectos positivos em detrimento aos negativos vai ao encontro de que “o ambiente escolar bem planejado pode facilitar as emoções positivas e evitar as emoções negativas”. (COSENZA; GUERRA, 2011 apud SOUSA; ALVES, 2017, p. 327). Aqui, há outro aspecto importante que é de ouvir esse aluno e saber por que considerou essa a pior estação. Exercitar o que é chamado de ‘escuta ativa’ considerada como uma estratégia de intervenção. Termo conhecido também como escuta terapêutica, escuta integral, escuta compreensiva em que o interlocutor assume uma postura de ouvir atentamente o que está sendo dito (MESQUITA; CARVALHO, 2014). Com a escuta ativa as pessoas sentem-se mais valorizadas, mais colaborativas até em relação às mudanças propostas pelo docente. Por outro lado, o professor pode também ser

beneficiado em intervir mais acertadamente para mudanças sugeridas pelo aluno no processo de ensino por meio do *feedback*.

Para que o professor pudesse seguir o modelo adaptado de Hewson e Little (1998) e das sugestões dadas por Archer (2010) e McKimm (2009); lhe foi entregue um esquema de como realizá-lo anteriormente ao início de cada OSCE com orientação de como executá-lo, além do treinamento que foi feito na formação continuada. Nesse sentido, a docente B comenta que “aquele **esquema que você nos entrega eu acho bem importante. Perguntar como o aluno foi, se faria alguma coisa diferente, elogiar, sugerir, criticar** alguma coisa que precisar” (DB-VF-3ºO). A DC comenta dizendo que “o **feedback e as perguntas dele ajudam sim, porque daí o aluno se posiciona. Ele tem que ver, tem que pensar como foi a conduta dele, em que ele poderia ter melhorado**” (VF-3ºO). O objetivo do *feedback*, como o próprio nome diz, é ser efetivo, propiciando reflexões e interlocuções que possam fazer a diferença no aprendizado do aluno.

Outro professor participante da pesquisa comenta que “achei **legal essa abordagem de deixar o aluno buscar lá o que ele fez para ver o que foi bem, o que foi mais ou menos. Se você começa a abordagem pelo negativo ele já fica triste. E a nossa função é tentar colocar um norte**” (DE-VF-4ºO).

Apesar dos esforços de capacitação do docente, nem sempre o *feedback* aconteceu de forma linear como o esperado. Sobre esse fato o docente exemplifica afirmando “**eu inverti as perguntas todas. Eu comecei por uma, daí fui para a outra, daí tinha uma coisa que era para eu falar e na verdade eu perguntei para ele**” (DE-VF-4ºO).

Ao mesmo tempo em que o professor efetua um *feedback* efetivo, ele mostra os acertos e as lacunas do aluno em relação às habilidades clínicas. Instrui de forma particular e individual em apontar os aprimoramentos necessários, sanar dúvidas, redirecionar os estudos e fortalecer o aprendizado, pois o objetivo do *feedback* é colaborar para a aquisição do conhecimento pelo aluno, a fim de que possa construir outros conhecimentos alicerçados nos saberes pré-existentes. Inquirir o aluno sobre seu desempenho vai exigir do mesmo um processo de reelaboração, de ressignificação, da reconciliação integrativa levando à aprendizagem significativa. Na atuação médica, esses saberes devem ser traduzidos na prática efetuada e, na fala do A6, há menção dessa percepção quando afirma que “as falhas e as ideias não

claras foram apresentadas e tem certeza que nos próximos **algumas informações serão mais claras e objetivas para o paciente**” (Q-1ºO-GO).

No ensino e no aprendizado surgem dúvidas e, para tal, precisam ser oportunizados espaços a fim de que estas sejam esclarecidas. O *feedback* efetivo favorece o encontro dos saberes; um já elaborado proveniente do docente com outro permeado pela dúvida, vindo do aluno. Dúvida essa que muitas vezes gera insegurança cujo *feedback* também pode ajudar. A fala do A4 vai nesse sentido quando afirma que o “*feedback* nos dá **segurança em relação ao que foi estudado** (Q-4ºO-CM) e, assim, o aprendizado pode se dar pautado em certezas e não em dúvidas.

Além do encontro dos saberes, essa devolutiva ao aluno “se destina a modificar o seu pensamento ou comportamento com a finalidade de melhorar a aprendizagem” (SHUTE, 2008, p. 154) como o exposto pelo A16 de que “[...] a objetividade do *feedback* permite-nos **consertar**, até mesmo, algum **conceito equivocado**” (Q-1ºO-SF).

O A15 faz uma importante colocação de que “muitas vezes não há esse retorno e **acabamos não sabendo a direção correta e o manejo ideal dos pacientes**” (Q-1ºO-SF). Essa afirmação pode mostrar a dimensão que a devolutiva assume na formação do acadêmico de medicina e a importância do docente em não deixar de realizar o *feedback* efetivo mesmo que possa ser trabalhoso. Daí a importância de incluir o momento do *feedback* no planejamento de seu conteúdo programático.

Há uma importante percepção da avaliação associada ao *feedback* e efetivo na fala de A1 quando afirma que:

O ***feedback* é essencial** não só pela questão da nota, mas para **transformar esse instrumento de avaliação num momento de aprendizado**. Creio ser muito mais importante para o aluno ter suas qualidades e defeitos num atendimento evidenciado para que os pontos negativos sejam trabalhados. (Q-4ºO-SF).

A questão da nota ainda se faz necessária principalmente em processos seletivos e para aprovação, contudo, a avaliação deve conter intrinsecamente seu maior objetivo que é o aprendizado do aluno sem o qual, o processo pedagógico do docente precisa ser repensado. A nota alcançada e repassada ao aluno no *feedback*,

necessita de esclarecimentos como aponta a DB quando afirma que **“o fato do aluno receber *feedback*, dele ver a correção, eu acho que ele não vai esquecer. Você recebeu uma nota e ir vendo o que valia cada coisa e no que você perdeu nota, é marcante”** (VF-3ºO). A DE partilha do pensamento de que o aluno deve saber o resultado do seu desempenho, contudo, o mais importante não é a nota, mas sim o aprendizado quando diz “para saber quanto que tirou, isso aí, depois a gente soma. **O que é importante para mim é mostrar ‘olha a parte que você fez’, ‘olha o raciocínio aqui’, ‘onde você se perdeu’...**a pontuação das etapas. É bem positivo poder mostrar o que ele falou e o que acertou (VF-3ºO).

Para que o aluno tenha clareza do seu desempenho, o *checklist* aparece como importante coadjuvante no cenário do ensino em que os atores que trabalham na formação podem se deleitar. Nesse sentido, a DD colabora dizendo **“Eu gosto que o aluno veja o *checklist*, que eles saibam o que foi visto, que não foi inventado nada, que em nenhum momento não foi dado nenhuma nota que não fosse compatível com o desempenho dele”** (VF-3ºO). Essa atitude corresponde ao direito que o aluno tem de ter acesso ao instrumento em que foram anotados seu desempenho, conhecer suas lacunas e a nota pelo resultado alcançado. De posse das informações providas do *checklist*, o professor pode utilizar-se do instrumento para fornecer o *feedback* nas avaliações formativas e nas avaliações somativas para atribuir nota (PEREIRA, 2012). Além do dever que advém do docente em mostrar o *checklist* ao aluno, também assume a função de controle, mas muito mais de aprendizado, de formação em atingir o que ainda falta, a solidificação do aprendizado.

Na percepção do A9, o *feedback* ao término da estação do OSCE “foi produtivo e ajudou **a melhorar o desempenho nas estações subsequentes”**. (Q-1ºO- SF), assim como o A14 também considera que ele **“ao final da estação auxiliou até mesmo para a realização das próximas”** (A14-Q-1ºO- SF). Os alunos aproveitaram a experiência vivenciada no OSCE acrescidas das colocações feitas pelo docente e puderam usar como recurso a favor de melhorias para seu próprio desempenho nas demais estações.

A aprendizagem suscitada pela devolutiva também se dá por conta do processo reflexivo que é oportunizado ao aluno realizar por meio da autoavaliação. Assunto esse que será abordado na segunda subcategoria.

5.2.2.2.2 A autoavaliação

A segunda subcategoria surge na análise de dados na perspectiva dos participantes de que a aprendizagem acontece pelo processo reflexivo oportunizado pela devolutiva do desempenho na percepção de poucos alunos (1,75%) e docentes (4,70%). Na fala do A4, “o *feedback* deve existir, ele **permite e nos auxilia** a fazer uma **autoavaliação** e, também, uma **maior consolidação do conteúdo** (Q- 1ºO-GO), “faz com que **percebamos que temos muito a melhorar**” (A5-Q-1ºO-GO) oportunizando “observar quais são os **déficits da minha formação**” (A7-Q-1ºO- Ec). O A8 comunga do mesmo pensamento e afirma que “através das falhas cometidas durante a prova e esclarecidas por meio do *feedback* o conhecimento torna-se mais claro e **permite a reflexão sobre nossas atitudes/conduitas** durante a prova (Q-1ºO-EC). A avaliação tem como objetivo, auxiliar o aluno em seu crescimento na obtenção de conteúdos significativos (conhecimentos, habilidades, hábitos, convicções) por meio de um processo de autodesenvolvimento (LUCKESI, 2011b).

A autoavaliação, apesar de ser um processo individual, tem a parcela do docente quando se pensa em uma boa formação. Nesse sentido, o DA comenta que “**o aluno vai se autocorriger e a gente**, na medida do possível, **vai lapidando o aluno** também, sem dúvida nenhuma” (VF-2ºO). Docente e discente têm objetivos em comum e a soma das parcelas de ambos tendem a formar um todo para que atenda, com excelência, as exigências que o exercício profissional do futuro médico exige.

O D6 percebeu que o aluno também cresceu ao exercitar-se em fazer a autoavaliação de seu desempenho:

No *feedback* **o aluno enxergou melhor que da primeira vez**. Eles se **autoavaliaram melhor**. A maioria deles me falou “meu raciocínio não foi bom, minha linha de raciocínio, hipótese e tratamento não foi boa”. Na primeira vez eles foram mal, dessa vez se bateram um pouco, mas, da próxima vez, quem sabe, eles vão entrar com o raciocínio mais bem formado, com a sequência lógica das coisas (D6-RC-2ºO-SF/II).

Essa fala exemplifica a progressão que acontece com o aluno à medida que caminha, que se autoavalia, que se reconhece em construção e continua seus passos rumo ao atingimento de seus objetivos.

A autoavaliação do aluno, além da reflexão, contribui para ele “[...] **lembrar do que faltou ser perguntado**” (A5-Q-1ºO-CC). Há uma importante diferença entre o professor comentar o que faltou ser perguntado e o aluno perceber essa lacuna, porque o mecanismo de se autoavaliar suscita no aluno a regulação permanente de sua aprendizagem por meio da metacognição ao alcance de melhores resultados (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

Esses achados vão ao encontro da afirmação de que uma das fortalezas do *feedback* efetivo é a capacidade de gerar no indivíduo processo reflexivo da ação, o que vem ao encontro das necessidades da formação do futuro profissional médico que, por fazer da sua prática a essência de seu trabalho, pode suscitar por meio da reflexão, melhorias relativas ao atendimento a ser prestado. Os alunos avaliam positivamente essa devolutiva, principalmente, imediatamente ao término de uma consulta (AMARAL, DOMINGUES, ZEFERINO, 2012).

A contribuição do *feedback* é sutil e profunda no quesito da autoavaliação. Na fala do A1 ele afirma isso quando diz que “[...] **mostrou a fraqueza não percebida** (Q-2ºO-EC) e, ao mesmo tempo, ‘faz com que **percebamos que temos muito a melhorar**’ (A5-Q-1ºO-GO). O aluno ao realizar a autoavaliação pode perceber as fraquezas que aparentemente apareciam como fortalezas. Tem a possibilidade de examinar o que sabe e o que não sabe para tecer estratégias e reorientar sua aprendizagem. Faz uso da metacognição para ajustar-se ao autoavaliar-se. Fraquezas essas que podem se transformar em fortalezas (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

A parcela do aluno na construção de seu aprendizado é indispensável e, no caso da avaliação clínica padronizada, associado ao *feedback* efetivo, a reflexão das atitudes e condutas constituem-se em um potencial transformador para capacitar com singularidade o futuro profissional médico. A autoavaliação cria nos alunos e nos docentes a oportunidade de se autocompreenderem no processo educativo. Como aliados nesse processo, professor e alunos podem ajudar-se. O professor pode colaborar com o aluno em conhecer-se enquanto aprendiz em busca de seus aprimoramentos, bem como o docente pode ao autoconhecer-se, aprimorar seu papel de educador.

Realizar a autoavaliação pode colaborar em aprender a lidar com a ansiedade que comumente permeia os processos avaliativos que serão apresentados na terceira subcategoria.

5.2.2.2.3 Aprender a lidar com a ansiedade:

Essa terceira subcategoria traz à tona a percepção das alterações emocionais no momento do *feedback* efetivo, no viés da contribuição que pode advir delas à formação. Para poucos alunos (3,50%), e docentes (3,22%), o aprendizado relativo ao *feedback* envolve também o campo emocional como se evidencia nessa fala do A4 “**aprender a lidar com ansiedade**, preparar para provas similares (Q-4ºO-P). “Nos ajuda a se **habituar a situações emergenciais**” (A6-Q-3ºO-P) e, também, “**ajuda a controlar a ansiedade para as provas práticas e para a vida de ‘plantão’**” (A3-Q-2ºO-CM). Ou como diz o A4, “**treinando o estresse da rotina diária**” (Q-3ºO-SF) ou até mesmo “porque **ajuda a organizar o raciocínio** frente a uma **situação tensa** (A10-Q-3ºO-SF). “[...] eu **ganho experiência em provas** práticas em que sou **avaliado sob pressão**”. (A3-Q-3ºO-EC).

O professor, de igual forma, reconhece a questão emocional presente durante o *feedback* e entende como importante no contexto do aprendizado para as futuras ações do médico, como bem lembra a DD na sua fala:

[...] eu **procuro com que ele veja o conhecimento, mas a nota já foi lançada** porque o que ele apresentou ele apresentou. **Infelizmente a parte emocional tem que contar** embora eu saiba que prejudique, mas prova de residência vai ser assim, o dia a dia dele vai ser assim, **se ele trabalhar em uma emergência e ele travar, ele vai matar muita gente** (VF- 3º O).

Apesar do docente compreender e reconhecer o momento de tensão vivido pelo aluno no momento avaliativo, ele não deixa de lembrar que o dia a dia do profissional é uma ‘caixa de surpresas’ principalmente em atendimentos de emergência. Os aspectos emocionais fazem parte da formação na área médica e seu enfrentamento precisa ser trabalhado. De igual forma, os aspectos emocionais do aluno não devem ser esquecidos, mas, também atentar-se para que não sejam motivo de justificação pelo mau desempenho dele no contexto da formação.

A ansiedade necessita ser enfrentada e trabalhada porque o cotidiano do profissional médico exige certeza na tomada de decisão, bem como é permeado por algumas situações em que a rapidez na conduta estabelecida é o principal fator à manutenção da vida. Oportunizar ao aluno ‘situações problemas’ a serem resolvidas

em um determinado espaço de tempo, aonde impera a ansiedade, não deixa de ser uma importante estratégia de ensino.

Ainda quanto ao aspecto emocional, o aluno A10 coloca que **“algumas considerações me farão ficar mais calma da próxima vez”** (Q-2ºO-EC). A participação do docente colabora para melhorias do ponto de vista emocional, o que se traduz também em um aprendizado.

Ainda sobre o aspecto emocional, o A1 traz uma interessante percepção quando diz que o **“feedback** contribui para o aprendizado, porém **deixa mais nervoso se a avaliação não foi positiva”** (Q- 2ºO-CC). O docente D tem similar percepção afirmando que **“acho extremamente produtivo o *feedback*, mas tenho um grande medo de desestruturar o aluno. Por exemplo, imagine que você chegou na primeira estação e se deu muito mal, como que vai ser o psicológico para as outras estações?”** (VF-3º O).

Cabe ao professor ter prudência e perspicácia para fornecer o resultado do desempenho e procurar enaltecer, elogiar os objetivos atingidos incentivando o aluno para as próximas estações, preocupando-se em resgatar a autoestima dele. Muitas vezes, o fator nervosismo está relacionado com a postura assumida pelo docente. Se houver atitude de acolhimento, provavelmente, o estado emocional do aluno será outro.

O aspecto emocional do aluno antes e durante a avaliação não pode ser negligenciado. É um fato que merece atenção, sendo que o *feedback* muitas vezes teve parcela de contribuição para que o aluno aprendesse a lidar com suas emoções. Contudo, a fala de A17 traz um fato que merece atenção: **“acredito que o *feedback* trouxe muita contribuição para aprendizagem, mas às vezes esquecemos coisas que na prática, do dia a dia, provavelmente não esquecemos”** (Q-4ºO-SF). Nessa fala sobressai a importância da avaliação formativa, sendo o aluno avaliado durante todo o internato e não unicamente em um momento.

A experiência da tensão produzida durante a avaliação foi usada como fator positivo, pois na fala do A3 **“me preparei para os momentos de tensão e para as provas de residência que virão”** (A3-Q-4ºO-GO). Tensão essa tanto na prática médica como na avaliação realizada nos exames de entrada na residência.

Ainda nessa subcategoria, há percepção da necessidade de melhorias como o A14 comenta; **“ainda é necessário trabalhar formas de deixar os alunos menos ansiosos, bem como situações mais reais, uma vez que além de nervosos, temos**

que imaginar todo o contexto, local, inclusive paciente” (A14-Q- 3ºO- SF). O OSCE com o *feedback* efetivo, ainda está em fase inicial de implantação necessitando de ajustes e, nesse caso, a necessidade do uso de manequins para a simulação são bem-vindos. Requerer imaginação em ambiente estressante, é potencializar a desestabilização do aluno.

O *feedback* efetivo, com seu potencial de ensino e de aprendizagem em lidar com a ansiedade, oportuniza também, a aprender por meio das falhas e dos erros cometidos. Sobre isso, versa a quarta subcategoria.

5.2.2.2.4 Aprendizagem por meio do erro

A quarta subcategoria contém achados relativos à contribuição do *feedback* efetivo, à aprendizagem por meio do erro. Quase um terço dos alunos (25,96%) e poucos docentes (15,90%) afirmaram que o *feedback* efetivo, colabora para tal aprendizagem.

Na visão do A3 **“é mais fácil aprender e gravar permanente o que se erra (Q-1ºO-Ec)**. De acordo com o A9 **“Analisamos os erros e os acertos e assim guardamos as informações com mais facilidade (Q-4ºO- EC)**.

A autocrítica torna-se importante porque auxilia na tomada de consciência. Formar significados ao nível da consciência e desenvolver a habilidade de organização e integração das informações pressupõe que o indivíduo reflita sobre seu conhecimento apreendido e tenha percepção sobre aquilo que ainda lhe falta, bem como apropriar-se do objeto do conhecimento recriando e tornando-se como ‘seu’. (GASPARIN, 2003).

O A6 comenta que o **“*feedback* é a melhor parte, nunca se esquece o que se erra no OSCE”** (Q-4ºO-EC). O D31 mesmo sem ter tido a experiência de um OSCE, partilha do mesmo pensamento dizendo “[...] na verdade eu nunca tive experiência de um OSCE, mas **simular você atendendo um paciente! Você erra e não esquece mais, né? Não deixa de ser um aprendizado”** (RC-2ºO-CM/P). O trinômio *‘feedback-erro-aprendizagem’* contribuem para uma aprendizagem significativa com a parcela do professor nessa importante construção. “A correção dos erros cometidos possibilita o aprimoramento, a ampliação e o aprofundamento de

conhecimentos e habilidades e, dessa forma, o desenvolvimento das capacidades cognoscitivas” (LIBÂNEO, 1991, p. 197)”.

O D5 partilha da mesma opinião e considera que **“fica mais fácil o aluno enxergar o erro, da gente mostrar o erro e eles o assimilarem como erro e aprendido.** O fato de o aluno perceber o erro é muito singular e faz toda a diferença para seu progresso. O D3 sobre isso faz um importante alerta: “Eu acho que a função do **feedback não é só devolver para o aluno o que tem que mudar** para ele melhorar, **ele tem que perceber o que errou**” (RC-1ºO- SFI/II). O fato de o aluno identificar seu erro trata-se de um avanço na avaliação formativa utilizando o erro como estratégia didática para seu autocrescimento. Salutar que os alunos sejam convidados a identificar, por si mesmos, seus acertos e seus erros para dar sequência ao aprendizado, tecendo assim um plano de aprendizagem para superá-los, elaborando assim, o processo metacognitivo (RIMANOWSKI, WACHOWICZ, 2004).

Eu vejo que o OSCE é isso “[...] **ele clareia mais o erro e, conseqüentemente, o acerto**” (D4-RC-6ºO- SFI/II). E, nesse pensamento, o aluno completa dizendo que “os **professores nos auxiliam a achar onde erramos**” (A2-Q-1ºO-CM). Já o A13 comenta que os professores **“nos apontam erros e nos mostram coisas que muitas vezes não percebemos ou não damos importância** (Q-2ºO-SF), bem porque é **difícil enxergar os erros por si próprios**” (A19-Q-2ºO-SF). Daí a importância da construção do conhecimento que acontece sob a ação de múltiplos olhares, principalmente, em se tratando de prova prática em que os detalhes são relevantes. O aluno em seu processo de formação, muitas vezes não consegue valorizar a importância na prática de determinados conceitos ou conteúdos. O professor, com sua experiência na medicina, faz a ponte entre os saberes e, assim, ajuda os alunos a enxergarem e aprenderem dentro de um processo avaliativo, mesmo em meio a erros e falhas. A prática pedagógica do docente, de igual forma, pode sofrer modificações com o uso de estratégias mais formativas. Tratando-se de avaliação formativa, o erro torna-se um importante elemento porque ele “traz consigo o próprio significado do processo avaliativo da aprendizagem” (PINTO, 2009, p. 21).

Aprender com o erro é ainda uma importante postura de enfrentamento das limitações para que possam ser corrigidas, principalmente, na área da saúde em que se atua com vidas e cujo valor é incomparável. Essa devolutiva é importante para o processo de aprendizagem, pois como aponta o A4 “aprendo com mais facilidade após resolver questões e, muitas vezes, **não tenho tempo de verificar depois meus**

erros e como seria o certo” (A3-Q-4ºO-SF). Condição essa muito comum no cotidiano da formação em que por falta de tempo do aluno, ou de planejamento do professor ou ainda de mostrar o correto a ser atingido, docente e discente acabam negligenciando um importante momento do ensino e da aprendizagem.

A discussão sobre erros e acertos, tendo como objetivo o aprendizado a ser alcançado sobre determinado assunto, modifica docente e discente. O docente que pretende auxiliar o aluno na obtenção de uma aprendizagem significativa, poderá, por meio do erro, modificar seu ensino pois o erro “dirige o olhar do professor para o contexto e para o processo do conhecimento a ser construído” (PINTO, 2009, p. 12). Já para o discente, a descoberta do erro ajuda na reelaboração do caminho percorrido à apreensão do conhecimento podendo traçar ajustes.

O *feedback* efetivo, com seu potencial de ensino e de aprendizagem, oportuniza a aprender por meio das falhas e dos erros cometidos. O A5 afirma que ele “**é essencial para o aprendizado**, para saber quais foram **os erros e como podemos melhorar**” (Q-1ºO- CC). “... **pois revemos nossos erros e, com isso, aprendemos** (A6-Q-2ºO-Ec). “**Após cometer algum erro, receber a informação correta é uma ótima forma de aprendizado também**” (A11-Q-1ºO-SF). Essa questão do aprendizado através do erro permeada pelo *feedback*, foi resumida pelo A10 dizendo “o *feedback* é importante para **saber onde erramos e para sempre continuar aprendendo**” (A10-Q- 2ºO- CM). O erro faz parte da aprendizagem possibilitando ao aluno expressar o caminho percorrido da construção do conhecimento que não está tendo resultados adequados. Já para o docente, o erro torna-se oportuno, pois revela como o aluno pensa, o que pode ser útil ao professor em como reorientar ao caminho correto da construção do conhecimento (VASCONCELLOS, 2006b).

Na visão do DB, a relação do aluno com o erro permite que o aprendiz saiba em que momento o erro aconteceu e como se corrigir. A seguinte fala expressa isso

[...] em todos os OSCEs, as coisas **que eles erraram eles sabem o que erraram e como que seria** [...] ele **conhece e sabe como se corrigir**. Eu acho isso fundamental. Porque se ele não tinha ideia do que era o certo, quando ele se deparar com a mesma situação, ele vai errar de novo. É um alívio saber como fazer o certo ou quando errar, rapidamente se corrigir. Saber onde buscar a informação melhor (VF-3ºO).

O erro revisto, compreendido, aceito e corrigido pelo aluno, é uma postura esperada por todo professor que vê seu empenho no ensino surtir efeito de forma eficaz. O aluno, ao perceber a lacuna no seu desempenho correto e apontar qual o caminho a seguir, é sinônimo de aprendizado.

Em certos momentos, não se trata do erro de desempenho do aluno, mas de esquecimento. Assim, o *feedback* contribui também para essa constatação, como na fala do D29 que diz é “excelente, muito bom, **você consegue rever a falha**. O aluno diz “ó, isso aí eu sei, eu esqueci eu não falei, **mas isso tá claro na minha cabeça**” (A3-RC-1ºO- CC/P-H). Revisão da falha que acontece por ambos os olhares: do aluno e do professor.

O ensino e a aprendizagem acontecem ainda “quando os docentes repassam não apenas os nossos acertos, mas também os nossos **erros e falhas para que possamos corrigi-los**” (A18-Q-4ºO-SF). O A7 afirma que “**fazendo** as coisas realmente **aprendemos**, e os **erros corrigidos serão lembrados para não serem repetidos**”.

O D16 tem a mesma opinião sobre o erro quando afirma que:

Eu acho que a grande vantagem do OSCE por si só, desde o primeiro que a gente fez até agora, você vê que **o aluno que erra nunca mais vai esquecer aquilo que ele errou** [...] ele mesmo percebe sua insegurança durante as respostas dele. Ele errou... então há um retorno imediato, **na mesma hora você corrige**. O erro funciona como uma **autocrítica** para ele mesmo. O aluno compreende onde errou [...] entende muito mais claramente [...] e não questiona [...] ele entendeu o que eu quis dizer (RC-4ºO- EC).

Relevante essa visão que o docente faz da relação do erro e a autocrítica do aluno sobre o desempenho dele. A compreensão dos fatos experienciados durante a avaliação certamente fazem o diferencial no aprendizado. A postura do docente na correção dos fatos equivocados ou com dúvida, permite que o momento do *feedback* se torne um dos mais significativos do OSCE.

Outro docente também dá grande importância ao *feedback* enquanto momento de correção do erro quando comenta que:

Ela **estava em dúvida se mandava para casa ou não**. Aí a gente tem que falar que não, que tem que internar e tentar resolver. Eu **acho que essa aluna não vai esquecer isso nunca mais** porque ela **foi esclarecida no momento adequado**. Imagine se a aluna vai embora achando que fez tudo certo, não sabe no que errou. (DD-VD-3ºO).

A correção do docente em momento oportuno é eficaz e ajuda na elaboração da aprendizagem significativa associando a informação correta ao conhecimento prévio e incompleto que o aluno já dispõe. O esquecimento a que o docente se refere, não deve se repetir pela marca indelével que deixou na cognição do aluno com apreensão da informação que se tornou significativa.

Os **acertos servem para melhorar nossa segurança e autoconfiança**” (A3-Q- 2ºO-Ec). **“Corrigir falhas é essencial no aprendizado”** (A8-Q-1ºO-CC), por isso o **“feedback é muito importante [...] eles nos tornam mais bem preparados”** (A4-Q-1ºO-EC). O preparo justamente se dá por conta dessa oportunidade de aprendizado que o *feedback* permite ao aluno. Eles também têm clara compreensão de que o erro é um importante aliado do aprendizado. Sobre isso o A4 afirma que **“o feedback deveria ter em todas as avaliações, porque você aprende mais com os erros do que propriamente os acertos”** (Q-1ºO-Ec).

Esses achados da pesquisa vêm ao encontro do resultado das pesquisas dos autores Hoffmann, O'Donnell e Kim (2007), de que o erro se torna um coadjuvante no ensino, uma poderosa ferramenta.

Em relação ao aprendizado por meio do erro, o A4 lembra que **“é bom compreender o que foi errado, muitas vezes se o feedback é em grupo, ficam dúvidas do que de fato foi errado”** (A4-Q-1ºO-CM). Isso reforça a questão da importância da devolutiva do desempenho acontecer de forma individual, tendo em vista que o *debriefing*, a devolutiva grupal, tem outro intuito e pode deixar dúvidas ao aluno. Expor o erro do aluno diante de outras pessoas é sempre constrangedor, portanto, é preciso que o professor se atente em dar condições para que o *feedback* aconteça em ambiente adequado e de forma individual para que alcance a efetividade que lhe compete.

Por outro lado, a ausência do *feedback* em outros momentos da formação mostra que ele faz a diferença. Do contrário, o aluno não teria se manifestado e dito que **“é muito bom ter o feedback, pois é o que sentimos falta em diversas outras avaliações** (A9-Q-1ºO-EC). De acordo com A3 é **“algo que falta no ensino, pois ocorre**

de haver **avaliações sem sabermos o que erramos**” (A3-Q-1ºO-SF). Nesse sentido, outro aluno sugere que “o *feedback* com o aluno **deveria ocorrer durante todo estágio**, não apenas no OSCE” (A3-Q-1ºO-CM). Como o professor pode ter certeza de que o aluno alcançará o aprendizado desejado se ele não souber o que precisa melhorar e quais lacunas necessitam de aportes? Se não lhe foi dada oportunidade para ter conhecimento do que atingiu ou não? Essa lacuna preocupa por ainda se encontrar muito presente dentro da avaliação do processo de ensino e de aprendizagem do aluno, bem como suscita mudanças na postura do docente, principalmente dos que se dispuseram a fazer de seu ofício pedagógico, um instrumento de formação na saúde.

Errar é um ato humano e até aceitável dentro de algumas áreas do conhecimento, contudo, tratando-se do valor ‘vida’, as exigências são outras. Receber *feedback* efetivo, torna-se importante para visualizar esse erro evitando sua repetição. Como bem afirma o A9, “Talvez a parte mais importante do *feedback* seja para que **nós acadêmicos consigamos ver em qual parte houve falha no atendimento e podermos melhorar nesse quesito.** (A9-Q-1ºO-Ec)”. “Porque **discute os erros de avaliação e de conduta, ensinamento correto**” (A5-Q-2ºO-CM).

Nesse sentido, o A16 afirma que:

É **importante saber onde se erra** ou acerta **no momento da ação**, quando o **caso-clínico está fresco na memória**. Sempre acreditei que **aprendemos mais na prática** (aulas práticas, estágios) que tão somente na teórica (Q-1ºO-SF).

Os cenários de prática, local onde se aplica o conhecimento teórico, é um espaço muito importante de formação, principalmente no curso de Medicina. É o local da objetividade das ações permeadas pela subjetividade que o atendimento e o tratamento do paciente exigem. Espaço esse que os alunos valorizam e se interessam por permitir aproximação da futura atuação profissional, além de executarem as ações/conduas apreendidas potencializando a aprendizagem teórica (BERBEL, 2001).

Há um olhar em relação ao erro como não sendo recriminatório e que se percebe na fala do A3 “o **erro não foi recriminatório, mas serviu para o aprendizado**” (Q-2ºO-EC). O docente tem a mesma percepção de que a devolutiva em que aponta o erro cometido pelo aluno não tem o intuito recriminatório, mas sim

de aprendizado como observamos na fala do D16 “Eles **não ficaram chateados de terem errado**. Ele viu que errou e **não ficou ofendido** porque errou. [...] Na **questão do ensino e aprendizado** esse **nunca mais vai esquecer** porque ele foi avaliar e ele não conseguiu avaliar” (RC-1ºO-CM/EC). O D19 completa dizendo “**não teve aluno revoltado** com o *feedback* [...] **admitiram que erraram**. Eu expliquei por que erraram e eles **conseguiram entender onde falharam**” (RC-1ºO-CM/EC). O aprendizado é pessoal e o erro torna-se coadjuvante para melhorar o que necessita ainda ser alcançado. A postura do aluno em perceber, entender e admitir as lacunas é muito importante, até mais do que somente constatar o fato. Só a constatação não garante melhorias, precisa ser revisitado para reconstruir algum conhecimento porque ele é fonte de saberes apontando para algum problema que necessita de atenção (CURY, 2018).

Os resultados também mostraram a responsabilidade do docente na formação médica e a intencionalidade de correção do erro o mais breve possível, pensando no aprendizado do aluno e não para passar de ano. Sobre isso o D14 afirma que “estamos **preparando o indivíduo para ir para o mercado**, diferente dos esquemas de OSCE que é... passou ou não passou... **A nossa intenção com ele aqui é detectar o erro e imediatamente corrigir**” (RC-4ºO-CC). Essa responsabilidade apontando para o exercício da cidadania é lembrado por Pinto (2009, p. 11) quando afirma que “o erro se apresenta como uma oportunidade didática para o professor organizar melhor seu ensino a fim de criar situações apropriadas para o aluno superar seus erros e apropriar-se dos conhecimentos necessários à sua cidadania.

Importante aspecto apontado pelo A4 de que se aprende com o erro “quando se é **explicado do porquê do erro**” (Q-2ºO-EC). O aprendizado se solidifica mediante a clareza que o aluno tenha da necessidade de correção, fazendo, assim, ajustes em seu processo cognitivo e reelaborando suas ações futuras a fim de evitar o erro cometido.

Fazer do erro uma oportunidade de aprendizado com a participação do professor nesse contexto é a condição ideal. Se o educador tratar o erro como oportunidade de invenção e de descoberta, ou seja, ter uma concepção problematizadora do mesmo, estará lançando mão do construtivismo em que o erro não é tratado como uma questão reduzida ao resultado final (acertou ou errou), mas sim em busca de aprimoramentos futuros, como uma forma construtiva do saber, uma fonte de crescimento (NOGARO; GRANELLA, 2004).

“O *feedback* é muito importante porque **percebemos os erros** e por mais difícil que seja reconhecê-los, eles nos tornam mais bem preparados” (A4-Q-1ºO-EC) Observamos nessa última fala dois fatos: a percepção e o reconhecimento do erro. Entre os dois, o reconhecimento é o mais difícil porque exige uma disposição interior e atitude de mudança. E além de reconhecê-los, também ajudam nas melhorias que o aluno necessita, pois como diz o A1 “para mim no que eu ‘errei’ aqui **foi o que melhorei mais**” (Q- 4ºO-SF). Para o A6 “**houve aprendizado, apontaram meus erros e me ajudaram a melhorar**” (Q- 4ºO- CM). Em relação ao aprendizado por meio do erro, o DE corrobora afirmando:

Eu tentei nesse momento abordar os erros dele, eu acho que é isso a grande mensagem, “você acertou isso, bacana”; às vezes ele não sabe. [...] **é usar o erro do aluno para ele aprender. [...] eu usei esses erros dele como método de ensino** também. Acho que essa **ferramenta do *feedback* é muito bacana** usando isso como uma ferramenta de ensino. O aluno ter uma resposta de como ele está indo e no que ele foi bem, **mas o que ele errou acho que é o principal**. Se isso é uma ferramenta de ensino, então **vamos aproveitar para ensinar. Pegar os erros e mostrar para ele é positivo, vamos repetir, né?** (VF-4ºO).

A questão do erro envolve tanto o aluno quanto o professor, pois ambos são partícipes do processo de ensino e de aprendizagem. Certamente se beneficiarão de reflexões advindas do erro na tentativa de ajustes do processo de ensinar e do processo de aprender que cabe a cada um deles. A atuação docente pode modificar-se, sendo o erro percebido com grande valor pedagógico. Quanto ao aluno, esse aproveitará muito as oportunidades de aprender com os erros.

O A10 que “a contribuição em **analisar os erros que não voltaram a se repetir**” (Q-4ºO-SF). Melhorias que já puderam ser percebidas pelo próprio aluno à medida que os OSCEs iam acontecendo. Percebam que essas falas são de alunos que finalizaram o quarto OSCE, portanto puderam fazer um comparativo baseado em sua experiência de fazer do erro um instrumento de melhoria do seu próprio desempenho.

No cenário do ensino, melhorias no aprendizado do aluno são permeadas pela atuação imprescindível do professor que é o grande responsável em oferecer, suscitar aportes para que o aluno se apodere do conhecimento. A próxima subcategoria terá sua abordagem nessa percepção.

5.2.2.2.5 Percepção da importância do docente para o aprendiz e do aprendiz para o docente:

A sexta subcategoria aborda a participação do docente como personagem importante no processo de formação sob o olhar de poucos alunos (3.85%). Vários docentes (27,41%) consideraram que aprenderam pelo *feedback* efetivo dado ao aluno. O A6 salientou que o professor “**ao apontar mais detalhadamente o que deveria ser cumprido**, como alguns profissionais fizeram, **facilita a compreensão** do sistema de avaliação e **melhora o aprendizado**, além de **permitir a correção de técnicas** ao longo do OSCE’ (Q-1ºO-CC). O professor é considerado o adulto na relação pedagógica, aquele que se coloca à disposição para oferecer ao aluno as condições para que ele efetive sua aprendizagem (LUCKESI, 2011b). Nesse sentido, as falas acima corroboram com o papel do professor que exerceu sua função de esclarecer, facilitar a compreensão, melhorar o aprendizado e trabalhar em relação às correções necessárias.

A participação do professor no aprendizado atrelado ao *feedback* também é apontada por A3 quando afirma que “uma vez que os **professores** são **abertos aos** nossos **questionamentos e responderam as possíveis dúvidas** que tivemos na avaliação em si” (Q-1ºO-EC). “Pudemos **analisar as respostas, discutir o que foi insuficiente**” (A9-Q-4ºO-EC). Essas percepções são corroboradas pelo D32 quando afirma que “o *feedback* foi bom, ele **tira a dúvida** do que **não estava esclarecido** e isso **enriquece o contexto**” (D32-RC-1ºO-CC/P). Diante do exposto, notamos a percepção do aluno quanto à disposição do professor em ajudá-lo nas suas dificuldades. Por outro lado, o professor demonstra estar atento e preocupado com a aprendizagem do aluno. Essa interação entre docente e discente é salutar e faz toda a diferença para que ambos fortaleçam o processo de ensino e de aprendizagem, enquanto também se modificam como sujeitos aprendentes que são. O verdadeiro sentido da avaliação é justamente esse, esclarecer o que ainda está necessitando ser esclarecido para o aprendiz efetivo, cujas dúvidas devem ser dirimidas. Ensinar o aluno por meio do diálogo ainda continua sendo uma das melhores ferramentas. Além de dialogar, juntos podem analisar o caminho percorrido e discutir o que foi insuficiente. Sem isso, o processo avaliativo torna-se somente classificatório. Daí a importância de abertura do docente aos questionamentos dos alunos, o que para muitos ainda é considerado um fator desagradável e até entendido como o aluno ‘vem

choramingar' após a prova. Não é um favor para o aluno ir ao encontro do docente, mas um direito que lhe cabe e um dever do docente em fazê-lo, cumprindo o papel ético inerente do formador.

O A8 também faz menção ao docente quando afirma “aprendi muito com o *feedback*, **os professores foram polidos e muito didáticos permitindo a aprendizagem**” (Q-1ºO-SF). O aluno reconhece a importância da didática auxiliando na aprendizagem, associada com a postura do docente. No entendimento de Althaus, Bagio e Zanon (2018, p. 17) | “[...] entre alunos e professores, ter “didática” expressaria talvez um modo de ensinar com compromisso, com inovação, com certa dose de ousadia pedagógica”. Há o entrelaçamento da didática com os interesses do aluno, pois como diz Althaus (2016, p. 45), a didática “[...] refere-se a um campo de estudo, uma disciplina de natureza pedagógica orientada para as finalidades educativas e comprometida com as questões concretas da docência, com as expectativas e os interesses dos alunos”.

E o mesmo se percebe na colocação da A7 quando diz que “com a vasta experiência de cada um deles, eles podem **nos dar conselhos valiosos quanto à conduta e postura no dia a dia da medicina**” (Q-2ºO-CM). “Pois um **retorno de alguém que tem experiência** e nos conhece, **é válido para o crescimento pessoal** (A5-Q-4ºO-GO)”. Na visão do A15, “a opinião do professor e a sua explicação **orientam quanto ao direcionamento dos estudos**” (A15-Q-4ºO-SF) e a “**discussão com eles** permitiu uma maior **contemplanção dos procedimentos realizados**” (A6-Q- 1ºO- Ec). O professor deve ser aquele que caminha ao lado do aluno auxiliando e mostrando o rumo quando necessário. Sua experiência na profissão e na vida fazem com que seus ensinamentos ultrapassem a habilidade cognitiva e se tornem valiosos para a vida do futuro profissional. Necessário se faz que o professor discuta com os alunos apresentando-lhes o estado de aprendizagem que obtiveram, constituindo-se em uma avaliação participativa (LUCKESI, 2011b). Para isso, atitudes como a aproximação e o diálogo entre docente e discente são fundamentais para que por meio de uma postura respeitosa, aberta e inclusiva o professor possa suscitar atitudes construtivas, tanto de sua parte quanto da parte do aluno (VASCONCELLOS, 2001).

Sabendo-se que ambos, professor e aluno, se modificam, os resultados também apontam a contribuição do *feedback* efetivo no fazer docente por meio da reflexão baseada no desempenho do aluno.

A fala do D13 vai nesse sentido quando diz que:

o **feedback** serve para **você ver**, as **suas próprias falhas como professor**. [...] você colocou uma coisa lá que para você ficou muito clara, e aí começa a ver que todos os alunos estão errando aquilo então “não foi bem claro, **na verdade eu achei que eles iam pensar isso, mas não, preciso retomar**” (RC-1ºO-Ec).

Quem mais capacitado para dar essa devolutiva ao docente do que o próprio aluno? Se não houvesse o *feedback*, teria o professor clareza da necessidade de determinados ajustes? Talvez sim, mas, provavelmente com menos especificidade ou até de forma equivocada, pois como aponta D1 “acho que ele nos **dá uma boa percepção onde falhamos, onde acertamos**” (D1-RC-4ºO-CC/GO). Essa fala enaltece a contribuição do aluno junto ao fazer docente na intencionalidade de ambos trabalharem ao alcance do êxito pretendido à prática profissional. Dessa forma, ao reconhecer as falhas, o docente pode revisar seu plano de ensino tecendo mudanças para ajustes do trabalho docente (LIBÂNEO, 1991).

Já a percepção do D32 é da presença de lacunas no aprendizado quando comenta que “uma **dúvida que foi bem constante deles, talvez tenha ficado do que eu tentei passar e do que ficou. Todos tiveram a mesma trava na hora da realização**” (RC-2ºO-P-A). Trava essa que mostra ao professor a especificidade do que precisa ser reforçado em seu professorado. Nesse sentido, valem alguns questionamentos: Será que nas aulas, os conteúdos foram explanados de forma a não deixar dúvidas? E a metodologia de ensino utilizada foi adequada? O tempo e o espaço foram suficientes para que a aprendizagem acontecesse? Foi suscitado um momento oportuno para que as dúvidas fossem retiradas? O professor percebeu se os alunos estavam alterados emocionalmente a ponto de interferir em seu desempenho cognitivo? Ensinar pressupõe uma atitude de interação com o outro, portanto, o intelecto, a emoção e a disposição para aprender necessitam caminhar juntas. Quando há espaço para que o aluno aponte sua dúvida, o professor tem a oportunidade de conhecer e de ajudar o aluno a construir adequadamente seu conhecimento (VASCONCELLOS, 2006b).

O D14 comenta que “acho **fantástico** essa oportunidade de **ver na prática o que o aluno conseguiu absorver** durante o estágio, **onde está a dificuldade dele**. No *feedback*, você tem a **oportunidade de corrigir na prática algumas partes pontuais**” (RC-1ºO-Ec).

O pensamento similar é do D46 quando diz que:

Achei interessante por dois motivos: primeiro, porque você testa o conhecimento e, segundo, percebi o quanto é importante esse *feedback*. **Você faz uma aquisição do conhecimento que o aluno levou, do que faltou, do que acertou.** Eu pude observar que a acadêmica sabia a matéria, só que ela não estava sabendo colocar as coisas de forma linear (RC-4ºO-SI/II).

Nessa fala, aparece bem a questão da parcela que o aluno possui no ensino quando oportuniza ajustes na prática que beneficiará, tanto o aprendiz como o formador. O docente, nesse caso, tem o cuidado de pontuar o aprendizado do aluno e a necessidade de melhorias que certamente serão enfatizadas nos próximos momentos de aprendizado. Por outro lado, a dificuldade apontada pelo docente é mola propulsora para tomada de decisão nos ajustes em sua prática pedagógica, tornando-se grande aliada no processo do ensino. Outro aspecto a ser pontuado dessa fala é sobre o ‘ato de observar’ do docente. Esse ato permite que ele acompanhe o desempenho do aluno em relação aos objetivos, perceba seu progresso, detecte as dificuldades e retome as lacunas quando se fizerem necessárias (LIBÂNEO, 1991).

A contribuição do *feedback* efetivo para o professor, na visão do D20, acontece quando há a confirmação do aprendizado pelo aluno: “Quando a gente dá o *feedback*, **a gente quer que ele saiba o básico do atendimento do trauma. Todos souberam e foram bem.** Então, esse *feedback* que a gente deu para eles, **eles assimilaram e foi positivo**” (RC-1ºO-CM/EC). ‘Saber o básico do atendimento do trauma’ remete ao planejamento das atividades do ensino pelo docente que deve conter o mínimo necessário a ser aprendido efetivamente pelo aluno (LUCKESI, 2011b).

Sabendo da possibilidade de benefícios do *feedback* para o professor e o aluno, o D20 comenta ainda que “acho que é até **mais positivo**, às vezes, **para mim do que para o próprio aluno**” (D20-RC-4ºO-EC). Percebemos nessa afirmação, a importância e o impacto que essa devolutiva representou como forma de aprendizado para o docente na área da saúde.

A inserção do *feedback* efetivo ao término da estação foi um diferencial para a formação do acadêmico em seus aspectos de ensino e de aprendizagem das mais diferentes formas, quer seja pelo erro, pela oportunidade de reflexão de onde se obtém o aprendizado em meio a uma avaliação, pela autoavaliação do caminho percorrido, pela obtenção de uma aprendizagem significativa e por demais contribuições que o *feedback* efetivo suscitou aos aprendizes, aluno e professor, do curso de Medicina.

Prática essa que deve sofrer incentivos, a fim de ser dada continuidade de seu uso nas mais diferentes formas de avaliação realizadas para a formação deste acadêmico.

O docente, por sua vez, pode também se autoavaliar e perceber as lacunas na forma de ensinar. Ver o desempenho do aluno no OSCE resultou em um aprendizado importante. São estratégias de ensinagem que merecem atenção no cotidiano educacional. O docente modificando-se, modificou também sua forma de ensinar por meio do *feedback*, constituindo-se, assim, em um professor médico mais capacitado para exercer pedagogicamente sua função.

No universo da utilização e da contribuição do *feedback* à formação, surgiram outras contribuições que serão apresentadas na próxima subcategoria.

5.2.2.2.6 Outras contribuições:

Na sexta subcategoria o *feedback* efetivo é apontado ainda, por poucos alunos (3.50%) e docentes (2,05%) com diferentes contribuições como, por exemplo, o A9 que faz a colocação de que “o *feedback* é muito interessante, pois nos **fornece críticas a respeito de nossa conduta** e também contribuiu para nosso **crescimento e aprimoramento**” (Q-1ºO- CC). Além de receber críticas, o A2 considera que o *feedback* contribui com o aluno “por **nos tornar mais críticos e estimular nossa proatividade**” (A2-Q-3ºO-P). A contribuição também acontece “no sentido de **saber e ter maior confiança se as respostas e ações estariam certas**” (A1-Q-1ºO-EC). O aluno necessita de um retorno sobre seu progresso cognitivo para assim obter confiança e continuar sua escalada do saber, pautando-se nos seus acertos

Ele

poderá estar permanentemente descobrindo em que nível de aprendizagem se encontra, dentro de sua atividade escolar, adquirindo consciência do seu limite e das necessidades de avanço. Além disso, os resultados manifestados por meio dos instrumentos de avaliação poderão auxiliar o aluno num processo de automotivação, na medida em que lhes fornece consciência dos níveis obtidos na aprendizagem (LUCKESI, 2011b, p. 117).

O *feedback* permitiu, de igual forma, ao aluno aprender “de maneira **eficaz e sólida**” (A7-Q-1ºO-EC). Os adjetivos usados nessa última fala podem resumir o que representa para o aluno o *feedback* em relação à maneira de aprender: de forma

eficaz e sólida. Os benefícios da devolutiva também puderam ser percebidos na sequência da avaliação como comenta o A9 “o *feedback* **ajudou a melhorar o desempenho nas estações subsequentes**” (Q-1ºO-SF).

Lembrando que, numa avaliação padronizada com a presença do paciente padrão, há uma aproximação com o real a ser vivenciado pelo aluno em seu cotidiano como médico. Isso permite que o desempenho do aluno seja avaliado pelo docente de forma imediata na tentativa de melhorar o que ainda está necessitando de ajustes, quer seja no raciocínio clínico, quer seja na condução do caso, o que denota o dinamismo que envolve um atendimento médico. Ter o *feedback* efetivo da conduta tomada pelo aluno frente ao caso clínico apresentado, fortalece também a confiança do aprendiz em relação aos conhecimentos adquiridos. Assim como o *feedback*, a consulta médica é um ato de comunicação e uma relação entre pessoas, portanto, os verbos ‘ser’, ‘saber’ e ‘saber fazer’ devem caminhar juntos quando se objetiva um atendimento de qualidade na tentativa de resolutividade do caso, em respeito à pessoa que ali se faz presente.

Uma importante contribuição e que muitas vezes não é valorizada como devia pelo docente no processo avaliativo, concentra-se no elogio dos acertos. A fala do A7 retrata esse fato quando afirma que “[...] ter sido **elogiada** pelos acertos **foi maravilhoso**” (Q- 1ºO- P). De um modo geral, não é comum os aspectos psicológicos que envolvem sentimento dos alunos no processo de avaliação, serem salientados pelos docentes em seus aspectos positivos. Na grande maioria das ocasiões, quando é dada uma devolutiva ao aluno de seu desempenho, ainda há ênfase, mesmo que seja de forma inconsciente, para os aspectos que necessitam ser atingidos, ficando o elogio do conhecimento apreendido esquecido ou negligenciado. Certamente que esse momento para essa aluna, jamais será esquecido e com ele a motivação para novos avanços no conhecimento. “A demonstração de confiança e o incentivo ao desenvolvimento e ao crescimento pessoal, devem ser valorizados e destacados” (VASCONCELLOS, 2001, p. 180).

Já o aluno A1 enaltece a importância do *feedback* em relação aos pontos negativos dessa devolutiva para seu aprendizado quando diz que é “muito importante para o aluno ter suas **qualidades e defeitos** num atendimento **evidenciados** para que os **pontos negativos sejam trabalhados**” (Q-4ºO-SF).

O processo avaliativo é um processo de aprendizado e, para que a função da avaliação tenha seu objetivo atingido que é elucidar e oportunizar para que os erros

dos alunos sejam reconfigurados em busca de condutas acertadas, as aulas de resgate ganham relevância. Nesse sentido, nas rodas de conversa o coordenador do colegiado do curso de Medicina assim propôs:

[...] que a gente consiga colocar no internato a avaliação formativa com correção, com **aula de resgate...** que a **gente consiga resgatar aquilo que a gente detectou de cada aluno.** [...] eu acho que com certeza a gente vai com isso preparar indivíduos mais competentes no fazer. (RC -Coordenador).

Feito o diagnóstico do aprendizado e detectando a satisfatoriedade ou a insatisfatoriedade dos resultados, a aula resgate vem como estratégia para reorientar e permitir que o aluno atinja a habilidade que se pretende. Na aula resgate se materializa a concepção de que o processo avaliativo é dinâmico e os verbos planificar, agir, avaliar, realizar ajustes, encontrar estratégias para melhor aprender são ações desafiadoras e demonstram o compromisso do ensinar e do aprender (ROMANOWSKI, WACHOWICZ, 2004).

Contudo, houve manifestação de que o *feedback* não trouxe contribuição. O A12 afirma que “não houve contribuição no processo ensino-aprendizagem. **Isso nós adquirimos em casa, com livros e artigos**” (Q-1ºO-SF). “O *feedback* não contribui para a aprendizagem. **Talvez experiência para eventual prova de residência**” (A3-Q-3ºO-CM). Um terceiro aluno também considera que não houve contribuição para o aprendizado quando diz; “**Não!** Esperar muito tempo e a **tensão prejudicou o atendimento**” (A5-Q-3ºO-CM).

Outro fato que merece ser mencionado é o fato de o *checklist* ser considerado mais importante do que o *feedback*. Sobre isso, o D9 comenta que “acho que o *checklist* é muito mais importante do que o *feedback*. **O feedback sai do checklist.** Ele já viu se ele foi bem ou se ele foi mal” (RC-4ºO-GO).

Essa pesquisa aponta que o *feedback* pode contribuir para avaliar outra habilidade diferente da cognitiva, no caso, a postural. Nesse sentido, o D39 comenta que “Então **quando a parte do conhecimento não se concretizou**, o *feedback* tem que ser que você teve **uma boa postura, você teve segurança na tua atuação, no teu interrogatório**” (RC-4ºO-CMI). Essa percepção apresenta relevância, tendo em vista que na grande maioria dos OSCEs os professores avaliaram a habilidade cognitiva do aluno ficando as demais esquecidas. A postura, a segurança, o relacionamento interpessoal, a forma pela qual se deu a comunicação (palavras

usadas, tom de voz, as explicações fornecidas), não foram lembradas. Vale a pena lembrar que se avalia o que foi ensinado e que seja importante para o desempenho do aluno.

Finalizando essa categoria, é notório que a inserção do *feedback* efetivo ao final do processo avaliativo do aluno do OSCE, pôde contribuir em diferentes âmbitos da aprendizagem favorecendo o aluno e o docente, para que, ao somarem suas potencialidades, crescessem juntos no fortalecimento da formação médica. Os alunos analisaram seus erros e acertos e foram oportunizados à percepção dos avanços cognitivos por meio da autoavaliação que o *feedback* efetivo propiciou.

A seguir serão discutidos os dados relativos a mais uma etapa da pesquisa que foi a vídeogravação de uma estação do OSCE com posterior revisitação da mesma.

5.2.3 OSCE + Vídeo Feedback (VF)

Nessa terceira etapa do estudo, houve a inserção do vídeo, resultado da filmagem de uma estação do OSCE. Ele foi considerado como um instrumento tecnológico avaliativo e formativo que oportunizou ao aluno e ao docente um *feedback* do desempenho por meio da autoscopia. Os dados coletados se deram pela visualização individual dos docentes e discentes, que depois de analisados, foram responsáveis pelo emergir de quatro categorias que estão expostas no Quadro 18. Mais uma vez, a participação ativa dos alunos e professores, com suas importantes percepções, puderam dar sentido a esse estudo, até então singular, sobre a contribuição do vídeo-*feedback* no OSCE para o ensino e a aprendizagem.

5.2.3.1 Percepção pela autoscopia

Essa primeira categoria traz à tona que muitos alunos (43,50%) participantes dessa etapa da pesquisa, manifestaram-se desfavorável a sua visualização na filmagem. Mais da metade (52.17%) dos alunos aprovaram a visualização e poucos (4,40%) manifestaram-se indiferentes.

Em relação aos docentes, metade (50%) não se importou em serem visualizados. Sobre isso, o DE comentou que **“eu acho que é bacana, legal. [...]. Até para eu me avaliar, ver o meu desempenho porque no dia a dia a gente não**

consegue ver por nossos próprios olhos, ver a impressão que a gente passa para os outros” (VF-4ºO). “**Esse fato de se ver é interessante para a gente ver a nossa postura diante do aluno, como que a gente conversa com ele. [...] no dia a dia talvez para ensinar e se a gente retira as dúvidas deles realmente”** (DC-VF-3ºO). Por meia dessa fala, a docente demonstra que quer aprimorar sua forma de ensinagem. Além do conhecimento prático e teórico que detém como médica está preocupada com sua comunicação não verbal junto ao aluno ensinando, ao mesmo tempo em que aprende.

O DF comentou sobre sua percepção durante sua autoscopia dizendo, “Penso que **ver é importante porque fornece dados para a gente. O vídeo nos permite ver a nossa abordagem, a nossa postura,** porque aqui eu **não estou focando no aluno, mas sim em mim mesmo,** então permite ver **adequações, inadequações** (VF-3ºO).

A disposição interior de receber *feedback* por vídeo e assim realizar a autoscopia relativa ao desempenho, pode ser um fator que auxilie positivamente na percepção, bem como a própria curiosidade que é apontada pelo DC quando diz “é **interessante,** a gente sempre tem a **curiosidade** para saber **como que a gente se comporta,** como é **visto pelas outras pessoas [...]** em um atendimento com paciente **é a primeira vez que eu estou me vendo”** (VF-2ºO).

O vídeo permite que a pessoa possa ver-se como é vista, descobrindo assim como os outros a veem. Essa atitude de visualizar-se tem como intuito compreender-se. “O fato de ver-me e de escutar-me leva a uma tomada de consciência de mim, de minha imagem [...] em definitivo, no vídeo me vejo como sou visto, descubro como os outros me veem” (FERRÉS, 1996, p. 52).

Já os outros 33,33% dos docentes comentaram que tiveram um certo desconforto quanto a sua visualização, como por exemplo, a DD que comentou “**eu sou muito inibida** então **eu me ver;** para mim **é uma dificuldade grande** (VF-3ºO). Somente um (16,70%) docente não se manifestou. Essa dificuldade apontada pela docente tem sintonia com o vídeo porque o ato de visualizar-se evoca emoções (FERRÉS, 1996).

As expressões usadas pelos alunos ao se referirem ao vídeo foram diversas. No Quadro 28 estão identificados os alunos por letras e as expressões usadas quando lhes foi perguntado sobre o fato de se visualizarem no vídeo.

Quadro 28 - Expressões positivas e negativas dos alunos após autoscopia por VF

ALUNOS	EXPRESSÕES POSITIVAS	ALUNOS	EXPRESSÕES NEGATIVAS
D	Foi bom ver	A	Perdida, esquisito
E	Bom, bem legal, ótimo	P	Incomoda ver, vergonha
F	Tranquilo	M	Difícil
G	Engraçado	Q	Estranho
H	Legal, engraçado	S	Nervosa
I	Bem legal	T	Fiquei nervoso
J	Bom se ver	X	Desconfortável
K	Não incomodou	U	Estranho
V	Engraçado	L	Ansiedade
O	Interessante	B	Não gosto de me ver no vídeo
C	Curioso		
N	Parece que já está trabalhando, legal		

Fonte: Autoria própria

Por tratar-se de uma iniciativa pioneira, houve preocupação da minha parte, enquanto pesquisadora, quanto ao aspecto emocional do aluno no momento de sua revisitação. O ato de visualizar o desempenho tende a causar, na grande maioria das pessoas, certa apreensão pelo desconhecido a ser visualizado, por não saber o que será encontrado. Nesse estudo, os alunos mais ansiosos, preocupados e com alto grau de exigência/perfeccionismo, foram os que mais se manifestaram negativamente em relação à visualização do vídeo. Em se reconhecendo uma pessoa mais calma a AG comentou que “para mim não atrapalha **eu não sou uma pessoa muito nervosa**, mas eu sei que **tem os que são muito nervosos**” (VF-2ºO). O vídeo permite ao sujeito visualizar, encontrar-se com o próprio corpo e, por conseguinte, com a sua personalidade (FERRÉS, 1996). Encontro esse que pode despertar uma multiplicidade de sentimentos.

Dos alunos que não gostaram de se visualizar, 50% eram mulheres e 50% homens indicando que ambos são suscetíveis a percepções nem sempre tão agradáveis. Sobre isso, o AO comenta que “sempre é **estranho** para todo mundo que **se observa**. É um pouco **estranho de ver a gente atendendo**” (VF-3ºO). A fala da AP vem ao encontro desse pensar quando afirma que “a **sensação** de se **ver lá dentro incomoda**. Você fica pensando **o que poderia ter feito de melhor**” (VF-3ºO). AB comenta que “eu **não gosto** muito na verdade **de me ver no vídeo**, a **questão da autocrítica é complicada**” (VF-3ºO).

O AM faz uma interessante associação com o vídeo em relação a sua revisitação e os aspectos emocionais

quem vê que está perdendo não gosta de perder, não gosta de ver. É que nem jogo de futebol, acho que a pessoa só torce pra um time quando está ganhando... se está perdendo é outra coisa... você não quer sofrer de novo, porque você vai errar e você vai sofrer novamente.. Você **vê de novo e fica angustiado**. Você se corrige, claro, mas **é traumático, você errou uma vez e erra duas**. É traumático **do ponto de vista psicológico; você se martirizar**; você “podia ter feito isso aqui, podia ter estudado melhor isso aqui, isso aqui eu já tinha que saber [...] mas o **caso que mais traumatiza, memoriza você** [...] no *feedback* você tá num momento de estresse, acho que você grava até melhor, você não vai esquecer (VD 4ºO).

O vídeo é um instrumento que, ao permitir acesso ao eu, possibilita a contemplação e as atitudes de reflexão sobre o próprio comportamento, sobre a própria imagem que está sendo visualizada. Essa autoanálise favorecida pelo vídeo é complexa e pode gerar traumas por identificar-se, por tomar consciência de si, por favorecer o encontro consigo mesmo. Essa autoanálise leva a uma autocrítica que nem sempre é favorável (FERRÉS, 1996). Nem todos os alunos estão preparados para se depararem com seu desempenho e muito menos efetuarem autocrítica. Importante o professor ter sempre a lembrança de que o grupo de alunos não é hegemônico, podendo apresentar diferentes posturas que exijam diferentes abordagens do docente.

A AQ comenta que “é **estranho, é diferente do que eu atendo** o paciente, **não é a mesma coisa**” (VF-3ºO). Ela está tendo ciência de que o seu desempenho dentro do OSCE não é similar ao seu dia a dia no ambulatório, enquanto estagiária. Esse fato se dá pela simulação aproximando-se do real e sendo realizada em um tempo determinado, diferente do atendimento diário que geralmente é mais ampliado.

Em meio ao aspecto não tão favorável em visualizar-se, o fato de não ser novidade influencia positivamente uma segunda visualização como relata a aluna A, “é esquisito [...], mas **melhor que a outra vez, com certeza**” (VF-3ºO).

Contudo, há outro prisma relativo à visualização. Ela pode ajudar o aluno em seu processo de ensino, como diz o AO “acho que **ajuda muito** porque depois, se **você vê que fez algumas coisas erradas**, na hora de eu observar, **talvez seja melhor do que errar e não ter para ver depois**” (VF-3ºO). Na visão da AG, “eu podia ver isso todo dia, [...] **ter uma TV me mostrando**. [...] seria melhor **para eu saber o**

que eu errei e já corrigir no próximo dia. E não pensar que eu errei alguma coisa e na próxima vez que fizer, fazer o errado de novo” (VF-2ºO). Interessante que o aluno se utiliza da autoscopia como uma oportunidade de revisitação do seu erro para ajustes futuros, fazendo dele um instrumento importante para o aprendizado. Essa mesma opinião sobre o VF e a contribuição do erro ao aluno, o docente expressa que: “**no momento em que ele se vê fazendo as coisas, vê onde errou; ele tem a autocrítica, vai sempre lembrar do caso** e ver que ele não pode fazer certas coisas” (DD-VF-3ºO). De fato, deparar-se com sua imagem no vídeo é fator para estimular uma conscientização pessoal, assim como o sentido crítico diante da realidade percebida (FERRÉS, 1996).

O AC durante a autoscopia teve a percepção de “como se eu **pudesse me ver por outros olhos**” (VF-2ºO). O docente tem uma percepção similar, a de uma quase transferência de espaços entre os protagonistas da cena que visualiza no vídeo quando afirma “a gente quase **se coloca no lugar de quem está conversando com você para ver que informação que você está passando**, desde a postura até...” (DE-VF-4ºO). O vídeo assume aqui a conotação de uma imagem diferenciada, de um olhar que parece ser do outro.

O aluno I afirma ainda que “**parece que a gente, não é a gente**” (VF-3ºO). E o mesmo se dá quando o AV verbaliza:

Engraçado que você pensa que se **vê diferente na sua cabeça**, entendeu? Você está conversando, daí você não **se imagina que você está dessa forma, conversando desse jeito**, sabe? Difícil até explicar o jeito que você está se vendo [...] isso não incomoda, é **engraçado... é curioso ver assim de outra forma** (VF-4ºO).

A riqueza da autoscopia é justamente essa, permitir que suas ações sejam vistas como que ‘por outros olhos’, olhos esses que estão na ação de se reconhecer, acompanhar e repensar o caminho trilhado, as condutas tomadas, a postura adotada, mesmo que pareça não ser você que as realizou. Uma visão provisória em vista de avanços necessários. Nesse pensar:

A imagem provoca a verbalização, é um estímulo para a meta-expressão. Facilita a comunicação com a própria pessoa, com a outra parte da pessoa que aparece na linguagem, tão próxima e tão diferente, uma desconhecida que se descobre e se comenta, que pode ser olhada como se fosse outra, um ator, um 'objeto', que a pessoa pode permitir-se olhar fixamente (GEFFROY; ACCOLLA; SCHUTZENBERGER, 1980, p. 135 apud FERRÉS, 1996, p. 54).

O presente instrumento tecnológico e avaliativo associado com a autoscopia, trouxe para alguns alunos, a percepção de que as imagens eram de 'outra pessoa'; já para outros ela suscitou identificação como que uma imagem obtida por um espelho. A autoscopia foi considerada como "diferente, porque a **gente se vê enquanto assiste**" (VF-2ºO). Tratando-se da função avaliadora do vídeo, e de que sua essência é possibilitar a visualização de valores, atitudes ou habilidades dos sujeitos, o vídeo tem associação ao termo de videoespelho. A imagem é identificada como um espelho, porém diferente tendo em vista que o espelho impõe ao observador um único ponto de vista; já no vídeo, a pessoa pode ver a partir de muitos pontos de vista (FERRÉS, 1996).

Outro achado desse estudo foi de que o aluno que não se saiu bem no processo avaliativo foi o emissor das expressões negativas durante a autoscopia. Denota-se, assim, que a carga emocional do discente em avaliação não deve ser negligenciada no processo de ensino e de aprendizagem permeado pela avaliação. Diante desse fato, é importante que a autoscopia seja de caráter individual a fim de evitar a exposição do aluno a outros olhares. A participação do docente nesse contexto é importante ora retificando o ensino, ora incentivando o aprendiz na busca de sua superação quando os resultados não se mostrarem tão favoráveis como o esperado.

As cenas por meio do VF permitem que a autoavaliação aconteça podendo trazer boas ou más lembranças. A fala do AL exemplifica bem esse fato quando diz "Eu **não gostaria nem de me ver ali** por que eu sabia o que fazer só que **não deu tempo**. Eu fui bem, conseguiria responder, fazer o que era pedido. [...] Eu **vejo como uma falha minha** não poder tirar um oito, nove" (VF-3ºO). A angústia e a frustração desse aluno são perceptíveis em suas palavras e foram revividos enquanto fazia sua autoscopia. As más lembranças foram as responsáveis de não querer se visualizar e o sentimento de falha no desempenho assumiu grande conotação. Outro aluno comenta que "você **esquece de muita coisa ali que você não quer nem lembrar**" (AV-VF-4ºO). O não 'querer lembrar' remete ao mecanismo de defesa proporcionando

um determinado conforto psíquico em uma situação de estresse. Por ser o vídeo um instrumento avaliativo, a captação e comunicação de valores, de atitudes ou de habilidades dos sujeitos, são registradas pela câmera. O resultado dessa captação pode resultar nos sujeitos, atitude de defesa na tentativa de afastar de si para tomar consciência da própria identidade (FERRÉS, 1996).

Por outro lado, os que gostaram de se visualizar, utilizaram as mais diferentes expressões. Uma delas, a que foi 'bom se ver', apontado por dois alunos traz em seu bojo a importância que a autoscopia têm no contexto didático. Dos alunos que gostaram de se ver, alguns sentiram-se empolgados afirmando que podiam ter essa visualização com mais frequência como afirma a AE:

Acho que eu **devia me ver mais**, porque a gente consegue ver as coisas que a gente faz de legal e o que não é tão legal. **A gente vê os outros e não se olha [...]** **O que não foi legal aqui meu cabelo solto [...]** Eu estou **implicada** como ter feito exame fora assim, eu comecei só apalpei um pulso e daí já desci para a perna e não fiz exame completinho do jeito que eu queria (VF-2ºO).

A percepção dos fatos e da forma como aconteceram se torna viva diante do aluno e ele então recorda que o mais comum é ver os outros no seu desempenho e raramente ter oportunidade para se visualizar para poder se analisar. O resultado permite uma avaliação da postura, da execução da habilidade clínica solicitada, dos erros e dos acertos e até um certo assombro da forma que executou ou deixou de executar tal procedimento. É a riqueza da autoscopia suscitada pelo VF que permite ao aluno analisar-se junto ao instrumento tecnológico avaliativo que lhe foi disponibilizado. Defrontar-se com a própria imagem pode gerar duas reações contrárias: uma de fascinação lembrando ao Mito de Narciso enamorando-se de sua própria imagem, ou uma reação de rejeição, de autocrítica, uma atitude defensiva com expressões de repulsa (FERRÉS, 1996).

Outrossim, a autoscopia suscitada pelo VF oportuniza também ao aluno e ao docente em analisar sua imagem e seu comportamento. Algumas falas atestam esse achado: “estou **ansioso** porque eu estou **falando bem rápido, coçando a boca**” (AL-VF-3ºO). “É engraçado, tipo... **o cabelo**” (AN-VF-3ºO). “Meu deus, **como eu sou estranha**, (risos)” (AE-VF-2ºO). “Eu **não consigo ficar com minha mão parada**, eu mexo todo o momento em alguma coisa (risos)” (AF-VF-2ºO) “Estou **péssima, o jeito**

que eu estou sentada, e mexendo a mão, mordendo a boca, ai horrível, meu Deus!” (AE-VF-3ºO). Eu detesto quando esqueço, não lembrava da dobutamina e daí eu, **paro para pensar e olho para cima** (AH-VF-2ºO). “Eu acho que **sou torta ... sou muito torta**” (AG-VF-2ºO). “**Ah**, isso é legal, já vi que eu **estou gorda** (risos), **estou bochechuda** (risos) eu **poderia falar mais baixo**” (AH-VF-3ºO). “Todo mundo fala que eu **estou careca e estou mesmo, agora que vi** (risos)” (AI-VF-3ºO). “É engraçado, porque a gente não tem essa percepção de olhar para si mesmo, né?” Eu **não sabia que olhava por cima dos óculos** quando estou olhando assim, **eu não percebo sabe?** (AH-VF-2ºO). Dessa forma, a percepção da autoimagem vai sendo delineada e até mesmo reforçada. Seu confronto arranca risos muitas vezes de seu protagonista. Algumas descobertas se deram por conta do instrumento que foi usado, o VF, e que permitiu tal percepção pela autoscopia realizada. Outro aprendizado para o aluno, conhecer e conversar com sua autoimagem.

Em se tratando de pesquisa com enfoque no aprendizado proveniente da avaliação, trazemos a fala do AC “eu fico repetindo para ajudar no raciocínio... eu repito bastante ‘Há 41 semanas, não teve perda’ pergunto duas, três vezes a mesma coisa [...] pelo menos para mim ajuda”. A repetição tem sua interface com a autorregulação da aprendizagem, tendo em vista que os alunos lançam mão de diferentes procedimentos para conhecer, controlar e regular sua aprendizagem (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

O mesmo se dá com o docente quanto à percepção de sua autoimagem. “**Acho muito esquisito...esse jaleco está desajeitado, eu estou despenteada** [...] Tenho que fazer RPG, Pilates para ontem, estou **ficando corcunda** (risos) [...] **estou incomodada comigo**” (DD-VF-3ºO). A apresentação pessoal e a postura corporal acabam impactando aos olhos de quem se visualiza no vídeo. Talvez uma das formas mais marcantes de suscitar mudanças nesses quesitos é a autovisualização. Para outro professor, a questão postural também foi o que mais salientou na autoscopia “Acho que a **minha postura está um pouco** diferente das outras vezes ... **não estou apoiado na mesa e estou usando jaleco**” (DE-VF-4ºO). Importante frisar que não é a primeira vez que esse professor faz sua autoscopia e já conseguiu efetuar alguns ajustes importantes durante o processo avaliativo, entre elas, a sua postura.

Todas essas percepções relacionadas acima, referindo-se à imagem corporal, são frutos da função do vídeo como espelho. Ele oportuniza a tomada da própria corporeidade envolvendo a questão do timbre de voz, da postura, dos gestos, da

apresentação pessoal, a maneira de desenvolver-se. São constructos que se referem à linguagem do corpo, sendo uma forma de ter acesso a própria personalidade (FERRÉS, 1996).

Outro docente assim comenta sobre a percepção durante a autoscopia: **“Toda a vez que a gente se enxerga, você vê atitudes tuas, como você se comporta. Por exemplo, eu falo com a mão mais do que com a língua. Mas a gente só sabe isso quando enxerga, né?”** (DF-VF-3ºO).

Além da postura, a voz também pôde ser avaliada. Nesse sentido, outro docente se surpreende ao se ver no vídeo e diz “o que me surpreendeu foi que **no vídeo eu falo mais devagar do que imagino**. Porque todo mundo reclama que falo rápido [risos] E **no vídeo eu estava falando devagar**” (DB-VF-3ºO). É **diferente a voz** da gente quando grava, ela é muito ruim [...] “**Eu faria uma técnica vocal**” (AN-VF-3ºO). Aqui a velocidade da voz pôde ser aferida e conferida causando surpresa positiva pelo resultado encontrado. Ao ser gravada a voz, ela se apresenta como realmente é e não da forma como nós a escutamos por intermédio das ondas aéreas e com a vibração dos ossos do crânio. Diante disso, a voz pode ser ouvida da mesma forma como os outros escutam, como de fato ela é, o que pode causar estranheza. Ter consciência de como os outros nos percebem é fundamental para um adequado crescimento da personalidade (FERRÉS, 1996).

O VF foi um instrumento para “a gente **buscar nossos erros**, e algumas **coisas que a gente não consegue ver**. Eu nunca imaginei que eu **ficasse tanto tempo olhando para o papel**, por exemplo. É **uma coisa que a gente não percebe na hora**” (DE-VF-4ºO). A DD comenta que, por meio da autoscopia se deu conta de que “**eu acho que falo demais (risos)...falei muito**” (DD-VF-3ºO). Ela teve a oportunidade para refletir sobre seu comportamento e chegou à conclusão de que falar demasiadamente pode não ser a melhor forma de exercer sua docência.

Além de perceber desvios posturais, a autoscopia promoveu importante reflexão sobre o processo avaliativo. “Para mim **avaliar está sendo um desafio**...realmente é difícil, eu achei que fosse mais fácil, mais tranquilo, **é mais difícil do que eu pensava**” (DE-VF-4ºO). O docente aqui faz um desabafo sobre a complexidade e a dificuldade que encerra o ato de avaliar. O que avaliar? Como avaliar? Em que momentos? Com quais critérios? São perguntas que levam à necessidade de capacitação constante e de ajustes (BERBEL, 2001). As formações continuadas no âmbito da universidade podem ajudar a fim de sanar as deficiências

observadas. É importante refletir sobre a avaliação e suas nuances. Perceber-se como um aprendiz dentro de um universo que se tem pouco domínio é outro fator relevante.

Ainda dos alunos que gostaram de se visualizar trazemos a fala da AG que diz **“está tranquilo, eu gosto disso. Eu sou uma pessoa que gosta de retorno. Para os professores sempre pergunto o que que eu poderia melhorar, o que eu fiz de errado”** (VF-2ºO). **“Estou gostando do que eu estou fazendo aí. Achei legal me ver assim, nunca tinha visto. Parece que está trabalhando realmente, né? [...] Acho que se eu me visse sempre, ficaria cada vez melhor”** (AN-VF-3ºO). **“[...] é bom para ver como é sua postura perante o paciente [...] vai conseguindo ver como que você constrói o seu raciocínio até chegar a um diagnóstico ou aonde você acabou se perdendo no meio do caminho [...] eu quero perceber aonde foi que eu me perdi”** (AF-VF-3ºO). Além da avaliação de suas habilidades cognitivas e posturais, o aluno percebe que a autoscopia suscitada pelo VF ajuda na condução das ações demonstrando com clareza o espaço em que aconteceu o erro ou a dificuldade. A reelaboração da construção do raciocínio, em uma aproximação da metacognição, fortalecerá o aprendizado, ampliará a autonomia do aluno e auxiliará na articulação dos conhecimentos pela oportunidade do aluno em regular sua aprendizagem (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004).

Há pessoas que têm a percepção de que o vídeo *feedback* torna-se um instrumento favorável para autoajustes e melhorias por meio de visualizações de forma contínua. Ele também permite ao aluno projetar-se da qualidade de aluno para profissional, por meio de seu desempenho. A tentativa de fazer o certo quer seja por meio de ações ou de comportamentos, são fatores que podem ajudar o aluno a gostar de saber como é visto por olhares de terceiros, bem como do aprendizado ao visualizar-se. Durante a formação, realizar a filmagem do aluno e permitir a autoscopia por meio de um *feedback* por vídeo, é a inserção da tecnologia no ensino trazendo importantes aceções sobre o fazer discente e docente.

O DE se posiciona favorável quanto à inserção da tecnologia do vídeo na formação do aluno de medicina trazendo seu próprio exemplo do uso de uma tecnologia que o ajudou enquanto acadêmico. Ele assim comenta:

Eu achei a **tecnologia do vídeo sensacional. Na minha época a gente fazia com gravador de som.** [...] A gente ouvia... você se via gaguejando... isso é uma coisa que você nota 'não vou fazer isso, fica chato, fica feio'. Então eu acho que é **uma forma de você conseguir perceber uma coisa que você não perceberia com outra pessoa te falando.** Acho muito bom, acho muito legal isso aí. **Acho que em todo o treinamento de semiologia médica, o vídeo tinha que estar junto** [...]. Montar cenários...o aluno vai lá, faz o dele e vai embora. Depois a gente corrige por aqui faz reuniões mais pontuais com cada aluno, enfim, duplas, trios (DE-VF-4ºO).

O momento da autoscopia permitiu ao professor revisitar sua formação enquanto aluno, fazendo alusão ao uso do gravador como recurso tecnológico de grande ajuda para melhorar sua dicção. O VF vai além da audição permitindo que a visão do que foi e como foi elaborado, possa ser substrato para autoavaliação. Além do aluno, o professor percebe que o vídeo é um instrumento que ajuda a tomar consciência do desempenho em vias de ressignificação, por meio da autoscopia.

Ainda relacionado à percepção dos alunos e docentes, foram coletados dados relativos à presença das câmeras (uma frontal e outra lateral) em uma das estações do OSCE para que a filmagem pudesse ser efetuada.

Quanto aos docentes, durante o momento em que se visualizaram pelo VF realizando a avaliação do aluno no OSCE, foram questionados sobre a presença das câmeras e o fato de serem filmados. Mais da metade deles (66,70%) comentou que a filmagem não ocasionou problema. A DB comenta que **“eu não me importo de ser filmada [...]ah, tranquilo... não, não incomodou”** (VF-3ºO).

A questão da presença da câmera e de estar sendo filmada foi amenizada com o decorrer do tempo como afirma o DF, **“os primeiros minutos e segundos são tensos. Depois você acaba nem lembrando**

[...] Ah, foi estranho! **Sabendo que está sendo filmada você tem que ficar mais atenta para não fazer nada errado.** No início, pode ver que **eu fico nervosa** quando eu começo a falar, porque eu tenho um problema se tem alguém me olhando. Mas, eu vi que depois eu me concentrei para falar; eu realmente esqueci da câmera. Logo **no início eu confesso que cria aquela coisa**, 'será que eu vou falar certo ou errado'? (VF-3ºO).

O docente no momento da autoscopia, aponta seu nervosismo ao se sentir observado pela presença dos equipamentos. Os equipamentos usados na videogravação vão ocasionar alguma interferência e distração aos sujeitos até que se

acostumem aos procedimentos de filmagem. O tempo para acostumar-se e agir com naturalidade pode levar um bom tempo (BAUER, GASKELL, 2003).

A autocobrança de não executar algo dentro dos parâmetros corretos e deixar registrado, assume impacto. Um docente (16,70) não se manifestou sobre a presença da câmera e de ser filmado.

No momento da autoscopia foi perguntado também ao aluno se as câmeras atrapalharam ao desempenho avaliativo. Houve confirmação de poucos alunos (26,10%) que as câmeras atrapalharam, sendo que a grande maioria (65,21%) afirmou que não trouxe nenhuma repercussão. Um número muito pequeno de alunos (8,70%) não se manifestou. Estão expostas no Quadro 29 algumas expressões usadas pelos alunos em relação à presença das câmeras no OSCE.

Quadro 29 - Expressões dos alunos quanto à presença das câmeras no ambiente avaliativo

ALUNOS	CÂMERA NÃO ATRAPALHOU	ALUNOS	CÂMERA ATRAPALHOU
B	Foi tranquilo	P	No começo foi maior o impacto da presença da câmera
D	Foi tranquilo, diferente	Q	Um dos fatores que colaborou com o nervosismo
H	No final fiz pose	R	Fiquei mais reclusa e nervosa
I	Não vi	S	Fiquei mais nervosa
J	Nem vi. Não interferiu	X	Gerou ansiedade, expectativa
S	Não causou nada	E	Atrapalhou
K	Não atrapalhou		
T	Não teve problema		
M	Nem vi		
N	Não lembrei		
U	Não atrapalhou		
O	Não atrapalhou		
L	Não atrapalhou em nada		
C	Não atrapalhou		
V	Não percebi a câmera		

Fonte: Autoria própria

Dos alunos que afirmaram que houve repercussão negativa diante da câmera, a colocação do AQ exemplifica esse momento que “é um fator que **deixa a gente mais nervosa na prova**, com certeza [...] **“foi um dos fatores** que ajudou, mas **não diretamente** [...] eu **esqueci depois. Foi só no começo**” (VF-3ºO). O mesmo aconteceu com a AP quando diz que “o tempo todo não, mas eu sabia que estavam

me filmando. No **começo, foi maior a impressão da câmera, depois foi desaparecendo** (AP-VF-3ºO). A mesma percepção teve a aluna R, “Eu **fiquei nervosa** também, **mas menos nervosa que da primeira vez**. Consegui agir normalmente [...] “se continuasse fazendo outras vezes com a câmera, ia chegar um momento em que seria indiferente” (AR-VF-4ºO). Quanto a esse aspecto emocional o professor é de opinião que “o **aluno perde um pouco da sua capacidade de atuação pelo nervosismo** que a situação gera, **por ser uma prova e por estar sendo filmado**. Acho que as duas coisas deixam o aluno um pouco inquieto, desconfortável” (D1-VF-3ºO). Há de se salientar que a presença da câmera e de outros equipamentos relativos à gravação do vídeo costumam alterar a situação do sujeito que está sendo gravado (FERRÉS, 1996).

Mesmo com a presença do desconforto emocional, que tende a diminuir por conta da frequente exposição deixando de ser novidade, o aluno conseguiu perceber o aspecto positivo quando fala “**é bom eu ver** no momento **para me corrigir** como profissional” (AQ-VF-4ºO). O docente endossa essa percepção quando diz “para os alunos **é interessante eles se verem, corrigirem certas coisas da sua atuação**, porque logo estarão sem professor, estarão trabalhando por si (DB-VF-3ºO).

A presença das câmeras teve impacto na postura da AR. Ela comenta que “quando eu cheguei e vi as câmeras, eu fiquei um **pouco mais reclusa**. A questão de **postura corporal** na hora de fala, **muda** um pouco por estar **rodeado de câmeras**. [...] **até o final eu sabia que tinham câmeras**” (VF-3ºO). Mesmo o aluno tendo ciência de que iria ser gravado, o impacto pela presença dos equipamentos se fez sentir, acompanhando todo o desenrolar dos acontecimentos internos da estação.

Outro fator associado às câmeras desestabilizou a AS que relata que “**fiquei nervosa com a câmera** porque era um **colega da minha turma como paciente**” (VF-3ºO). A associação da presença do colega de turma mais a gravação da realização de um procedimento em uma situação de avaliação, desencadeou o nervosismo relatado. Nervosismo esse, provavelmente pelo fato de não querer demonstrar desconhecimento para o colega com a possibilidade de sair-se mal na avaliação. Fica aí a recomendação de que não é oportuno ter pessoas conhecidas dos alunos para atuarem como atores. Quanto menor o vínculo, menos risco em desenvolver repercussões emocionais negativas. Para atuar como pacientes padronizados na simulação realística, a literatura reafirma que podem ser estudantes, profissionais da instituição em geral ou mesmo os atores profissionais que assumem as funções de

paciente, familiar, acompanhante ou mesmo profissional previamente treinado (MARTINS, et al., 2017).

Já no 4º OSCE, a mesma aluna percebeu diferença no contexto emocional: “**Dessa vez**, eu acho que **a câmera não refletiu em nada** porque eu **esqueci completamente que tinha câmera**” (AS-VF-4ºO). Esse depoimento e de outros, reafirmam o pensamento de que a câmera, em princípio, traz um desconforto em um primeiro momento, considerada como objeto estranho. Em seguida, ela passa a ser incorporada fazendo parte do processo e causando menos desconforto.

O AX comenta que o conhecimento da gravação gerou expectativa e desconforto quando afirma “foi **desconfortável**, sabíamos que a estação ia ser filmada, então, gerou uma **ansiedade**, já criou aquela **expectativa** de ser filmado [...] que diluiu ao longo da estação” (VF-3ºO).

Já a fala da AH relata que “a **câmera não atrapalhou** e até **no final eu fiz pose** [...] foi **bem tranquilo**, achei bem legal” (VF-3ºO). O AU afirmou que “eu não tenho tanto problema com **câmera**. Ela **não me atrapalhou** [...] na verdade eu **percebi na hora que eu entrei** e **depois eu nem lembrei** mais; desapareceu” (VF-3ºO). “O **fato de filmar não tem diferença nenhuma**” (AI-VF-3ºO). Já outro aluno assim falou “Eu **nem vi a câmera** [...] **nem me lembrei** dela. Pra mim **ela não interferiu**” (AJ-VF-3ºO). O AN se lembrou da câmera quando salientado pela professora: “Teve um momento que a doutora falou ‘tenho que ficar aqui por causa da filmagem’. [...] Eu olhei para a câmera, ah é! tá filmando! No **início você vê**, mas **depois** começa a atender e **acaba nem percebendo**” (VF-3ºO). E para o aluno V o processo foi similar “**não me incomodou....** A gente entra na sala e vê que tem câmera, mas para mim foi **indiferente** isso aí, como se fosse qualquer outra estação” (VF-4ºO).

Diante de algumas falas aqui expostas, percebemos que não se pode tecer generalizações de que um instrumento avaliativo tecnológico, o VF, vá ocasionar para todos os envolvidos um dissabor. Também, não se pode afirmar que não vá provocar algum desconforto. Mais uma vez aparece a singularidade de cada aluno. Isso deve ser lembrado e respeitado pelo docente levando em conta os aspectos éticos que tal procedimento requer.

Um resultado interessante que surgiu nessa categoria é a relação com o desempenho do aluno na estação e a presença da filmagem.

O AO comenta sobre isso afirmando:

[...] eu **pensei que iria atrapalhar mais não, talvez pelo fato desse assunto eu tenha me sentido mais confortável**. Eu vi que era um assunto que achei que dominava mais. Talvez **se fosse um assunto que eu não dominasse**, e eu olhasse, 'puxa vida eu não sei o que fazer', você olhar a câmera te filmando, você não sabe o que você tem que fazer, **ficaria meio embaraçado, talvez constrangido**. Acho que nesse sentido iria atrapalhar sim. Mais como eu vi já no raio X, eu já imaginei do que se tratava, eu fui um pouco mais confiante (VF-3ºO).

[...] eu **pensei que iria atrapalhar mais não, talvez pelo fato desse assunto eu tenha me sentido mais confortável**. Eu vi que era um assunto que achei que dominava mais. Talvez **se fosse um assunto que eu não dominasse**, e eu olhasse, 'puxa vida eu não sei o que fazer', você olhar a câmera te filmando, você não sabe o que você tem que fazer, **ficaria meio embaraçado, talvez constrangido**. Acho que nesse sentido iria atrapalhar sim. Mais como eu vi já no raio X, eu já imaginei do que se tratava, eu fui um pouco mais confiante (VF-3ºO).

O fator segurança assume importância para o aluno, pois ao sentir-se seguro na execução, entender os objetivos, a repercussão tende a ser positiva em relação ao fato de estar sendo filmado. O inverso também é verdadeiro: quanto mais inseguro o aluno é, mais desconfortável se torna a percepção da presença das câmeras. Diante disso, é salutar que o professor elabore bem sua estação a fim de que não tenha viés negativo para o emocional do aluno, ainda mais se pretender usar a filmagem como instrumento didático para que o aluno revise seu desempenho.

Dando continuidade à percepção do aluno ao fazer sua revisão avaliativa com auxílio do VF, essa pesquisa traz à luz suas percepções durante o momento da autoscopia. Percepções essas que estão no Quadro 30 e que revelam a importância do VF à formação do aluno de medicina suscitando a autoscopia.

Quadro 30 - Percepção do aluno em sua autoscopia por meio do VF

"Meu raciocínio está um pouco quebrado . Não seria assim que eu faria" (AB-VF-3ºO)
" Consigo comparar e ver o que estou fazendo. Vendo que eu fiz e esqueci de fazer (AB-VF-2ºO)
Eu acho que, a gente vê mesmo os defeitos que a gente faz . O que no dia a dia a gente deixa de fazer numa abordagem com o paciente " (AD-VF-2ºO).
"Então eu acho que na anamnese eu fui bem . Notei que eu fiquei meio confuso, mas.."(AD-VF-2ºO).
"Acho que mais ou menos eu abordei o que tinha que abordar no exame físico" (AD-VF-2ºO).
"Eu não comparei os dois lados , também tenho esse problema. É que na aflição acaba esquecendo de fazer. Têm coisas que eu lembrei no final ali" (AD-VF-2ºO).
"[...] acho que atendi bem, cumprimentei. Não deu para ficar conversando muito " (AD-VF-2ºO).

<p>“Eu achei que tinha feito o Giordano” (AE-VF-2ºO)</p>
<p>“Eu fiz tudo fora de ordem, nossa! apalpei um pulso de um lado, não apalpei de outro, auscultei só uma carótida, nossa senhora! Não apalpei o abdômen... estava preocupada com o tempo, não foi legal” (AE-VD-2ºO)</p>
<p>“[...]porque eu facilmente interfeiri. Pior, eu já o conduzi para a resposta que eu queria” (AF-VF-2ºO).</p>
<p>“Uma coisa que me chamou muita a atenção é que eu mexo muito as mãos [...] estava mostrando que estava nervosa” (AF-VF-2ºO).</p>
<p>“Eu estou tentando ver se eu, que é uma preocupação que eu tenho, induzo os pacientes a responder sabe? [...] Eu não fiz uma coisa muito temporal, na ordem de uma anamnese. Tem que deixar o paciente falar mais, ele que é o contador da história né? Tenho que fazer menos perguntas ou perguntas mais específicas” (AG-VF-2ºO).</p>
<p>“Mas acho que em questão de postura com o paciente estava tudo certo. Ah, por ser meio corrido estou passando para a artéria poplítea ali.... tá um horror!!!!” (AG-VF-2ºO).</p>
<p>“Eu não perguntei a temperatura porque a queixa dele não era essa. Mas as outras, assim, exame físico geral, eu concluí. [...] É que eu estava vendo frequência, ritmo né, aqueles passos básicos do eletro. Aí eu estava procurando o bloqueio de ramo esquerdo porque isso ia alterar a conduta. [...] Nossa eu perdi bastante tempo no eletro” (AH- VF-2ºO).</p>
<p>“Essa linguagem ‘coração grande’ não é adequada, mais é a que eu uso para explicar para os pacientes a fim de que entendam e para ter aproximação da linguagem” (AH- VF-ºO).</p>
<p>“[...] eu não dou intervalo, eu não sei se é ruim, [...] quando eu começo falar eu não paro porque eu não gosto de deixar a pessoa sem me ouvir. Ah! Esquisito, né? É ruim, porque daí não dá espaço pra eles perguntarem, né?” (AH- VF-2ºO).</p>
<p>“Eu fiquei muito tempo lendo porque eu estava insegura, meio perdida porque eram três papéis ao mesmo tempo” (AP-VF-3ºO).</p>
<p>“Às vezes você está atendendo e nem imagina o que está falando, né? Que nem eu falei ali, ‘ah tem sangue’. A queixa dele era sangramento entendeu? Têm coisas que você não percebe que fala para o paciente” (AP-VF-3ºO).</p>
<p>“É muito bom porque a gente consegue identificar algumas coisas ruins, por exemplo, eu estava pegando a caneta aqui e fazendo a mesma coisa que eu estava fazendo lá. [...] No momento da anamnese, muitas vezes eu percebi que estou fazendo essa coisa assim e é bem ruim para o paciente. Então isso consegui ver bem” (AI-VF-3ºO).</p>
<p>“Está sendo bom. Aqui a gente vê que, quando o paciente chegou, eu já peguei o exame e comecei a olhar. Meio que deixei o paciente de lado um pouco, eu foquei naquilo que era para focar, os exames [...] na hora que eu tinha visto uma sobrecarga, poderia ter colocado o que tinha alterado no eletro [...]. Eu percebi isso, agora depois que eu olhei [...]. Estou me referindo a minha conduta já pra me organizar melhor[...]. Acho que usei muito termo técnico para o paciente também” (AJ-VF-3ºO).</p>
<p>“[...] Eu repito o que o paciente fala muitas vezes, isso até para me ajudar a lembrar, só que às vezes eu acabo esquecendo. Então eu falo isso de novo [...]. Eu não sei por que eu faço isso, é inconsciente” (AS- VF-4ºO).</p>
<p>“Eu repito muito as coisas para o paciente por que nem todos entendem” (AK- VF-3ºO).</p>
<p>“[...] auxilia também de a gente ver como é nossa postura em frente ao paciente” (AA-VF-2ºO).</p>
<p>“Se notar, eu fico muito com o papel e ao invés de conversar com o paciente eu tentei ler o que era para fazer. Acho que o erro meu é... tinha que pegar e ler primeiro. Mas como tinha paciente, eu comecei a conversar e daí não queria interromper para ler o papel” (AT- VF-3ºO).</p>
<p>“Eu acho que ver o vídeo ajuda na questão da própria linguagem corporal. Você vê que não consegue se expressar muito bem por conta da linguagem. Talvez devesse falar mais compassadamente com o paciente. Para mim é interessante, eu tenho outra visão de você se olhando para saber como você responde, na verdade, a parte prática e intelectual. Você</p>

<p>consegue ver o raciocínio, consegue ver onde você quebrou o raciocínio pelo nervosismo” (AM-VF-3ºO).</p>
<p>“[...] é uma coisa que eu vi agora aqui, que se eu tivesse anotado eu não teria perdido algumas coisas que eu perdi” (AM-VF-3ºO).</p>
<p>“Na verdade, eu não gostei nada da minha explicação para o paciente. Quando eu comecei a explicar eu não estava prestando atenção, eu estava pensando em outra coisa. Ela não foi adequada” (AM-VF-3ºO)</p>
<p>“Uma coisa que a gente também não pode fazer é deixar esse tempo sem falar com o paciente. Eu estou muito vendo o que tem que fazer, lendo exame tudo e acho que eu olhei pouco para o paciente” (AN-VF-3ºO).</p>
<p>“Eu induzi muito o paciente, né? [...]. Uma coisa que eu percebi, e que não faço no dia a dia, é ficar falando alto e rápido o que o paciente falou. Aqui fazia isso para memorizar o que estava na prova, para me localizar bem[...] gostei da minha postura. Achei que eu era mais... sei lá” (AU-VF-3ºO).</p>
<p>“Eu queria ver na conduta como que eu me saí, talvez ver detalhes, talvez curiosidade mesmo de ver como fui. [...] Eu achei que fui bem” (AO-VF-3ºO).</p>

Fonte: Autoria própria

O universo das percepções do aluno por meio da autoscopia é demasiado enriquecedor. Envolve desde os aspectos posturais, de raciocínio clínico, de autoimagem, bem como de um atendimento humanizado. O aluno percebe que seu raciocínio ainda não está de acordo com o desejado e que a anamnese do paciente precisava ser melhorada, fazendo uma comparação com desempenhos teóricos e práticos preconizados no ensino médico.

O aluno, por meio das falhas que encontra no momento da consulta e da condução do caso, consegue ter consciência de que o atendimento do paciente no dia a dia no internato precisa sofrer ajustes. Essas lacunas com as quais o aluno se depara, faz com que ele avalie seu desempenho usando as expressões ‘um horror’, ‘não foi legal’. O vídeo permite uma rica, poderosa e complexa autoanálise que favorece a transformação pessoal a partir da tomada de consciência para correções (FERRÉS, 1996).

Durante a autoscopia, o aluno se defrontou com a falta de procedimentos que pensava que havia realizado na consulta. Nesse caso, o VF contribuiu para mostrar o que efetivamente foi feito, ajudando o aluno quanto ao exercício da atenção dos procedimentos no atendimento. A função de videoespelho pôde colaborar no processo de autorregulação da aprendizagem do aluno, com melhorias não somente comportamentais, mas também procedimentais.

Há um aspecto interessante quanto à associação do *feedback* efetivo dado pelo docente ao final da estação do OSCE e o momento do VF. A fala do AN sobre isso comenta que “porque agora **eu já passei, já sei de novo**, porque teve o **feedback**

da professora. E ela falou do exame, **que eu devia ter perguntado** (VF-3ºO). A autoscopia por meio do VF vai potencializar ou até confirmar o que faltou para o aprendizado no aluno, porém sob os olhos do aluno e não somente pela informação do docente, solidificando ainda mais o aprendizado.

O VF também oportunizou a confirmação de condutas e de procedimentos adequados realizados pelo aluno junto ao caso, fato esse que o motiva a avançar, por reforçar um comportamento positivo. Percebemos na análise dos dados que os aspectos do raciocínio clínico, diagnóstico e conduta na resolução do caso foram os itens, aos olhos dos alunos, que menos sobressaíram. Já os aspectos comportamentais e posturais foram os que mais impactaram os alunos aparecendo de forma constante em suas falas.

Nos dois primeiros OSCEs, o professor que havia realizado a avaliação do aluno estava presente acompanhando a autoscopia. Inerente a sua função de formador, teceu comentários a fim de ajudar no esclarecimento e na complementação de conhecimentos. Contudo, percebemos que os alunos, dependendo do professor que se fazia presente, tinham menos liberdade e até certo receio de explanar o que gostariam. Também percebemos professores muito preocupados com seus alunos com medo de que eles não se sentissem bem ao se visualizarem por meio do VF. Com isso, nos dois últimos OSCEs, os alunos realizaram a autoscopia somente com a presença da pesquisadora. O resultado traduziu-se em aumento das contribuições dos alunos, maior diálogo e liberdade de explanação das percepções. Sobre esse achado, Costa (2001, p. 153) afirma que “a atitude do professor na avaliação tem mais influência sobre os sentimentos experimentados pelos alunos do que os instrumentos de avaliação.

A autocrítica do aluno sobre seu desempenho no processo avaliativo do OSCE mostra uma postura de amadurecimento e a certeza da busca de melhorias no cenário de sua formação. As mudanças que o aluno faria em sua atuação futura será tratado na próxima categoria.

5.2.3.2 Vídeo feedback e suas relações

A segunda categoria subdivide-se em três subcategorias que vão tratar da relação do vídeo *feedback* com: a) O aprendizado do aluno; b) A formação do docente; e, c) Função: comprovação X formação.

5.2.3.2.1 Vídeo Feedback e o aprendizado para o aluno

A primeira subcategoria traz à baila a relação do VF com o aprendizado do aluno, considerado esse o fim último do ensino sistematizado à formação médica. Ao serem questionados se o VF ajudaria no aprendizado, todos (100%) os alunos responderam afirmativamente. No Quadro 31, estão algumas contribuições do VF para o aprendizado, sob o olhar do aluno, tanto em nível de benefícios ao aprendizado referente à habilidade atitudinal como à habilidade clínica.

Quadro 31 - Vídeo feedback e o aprendizado sob o olhar do discente: algumas falas representativas

HABILIDADES ATITUDINAIS	HABILIDADES CLÍNICAS
“Auxilia a ver como é nossa postura em frente ao paciente ” (AA-VF-2ºO).	“Aqui você tem a oportunidade de ver erros e acertos. Eu enxergo claramente o que eu errei e o que eu acertei ” (AM- VF-3ºO).
“[...] o jeito de me portar, ter um pouquinho mais de calma com o paciente ” (AF-VF-2ºO).	“[...] ter a chance de você ver o que erro, é sempre um ponto positivo ” (AC-VF-2ºO).
“A gente atende os outros sem parar para pensar se é legal o jeito, a forma como a gente se comporta . Nossa aparência faz parte também da empatia do paciente, ter uma boa relação médico-paciente e a relação com os outros profissionais” (AE- VF-2ºO).	“Acho importante porque você acaba não percebendo o que você faz no automatismo. [...] isso não é a maneira correta, não é a semiologia da maneira que deveria ser ” (AF-VF-2ºO).
“Ah, é bom para você ver a forma, a entonação da sua fala com o paciente, se mantém contato visual , isso é muito importante quando você está tratando de alguém. E aí, dá para ver bem, né, e é uma coisa que você não se dá conta, só vendo mesmo ” (AP-VF-3ºO).	“[...] a palpação de pulso não foi legal , daí essa parte que eu só vou ver erro. A parte que é do índice de tornozelo braquial, [...] no membro inferior eu não achei o fluxo da artéria. Então eu tinha que me localizar melhor no fluxo venoso e lembrar o trajeto anatômico, daí eu acharia”. (AG-VF-2ºO).
Eu acho mais pela questão de autopercepção, uma autoavaliação porque a gente não percebe as coisas” (AH-VF-3ºO).	“Quero ver o feedback da professora, para saber o que faltou , que ela falou pra mim” (AG-VF-2ºO).
“Acho que a questão da postura fica difícil você avaliar sem ver na filmagem [...]. Eu gosto de me policiar e de que as pessoas critiquem também. Mas, às vezes, eu também posso não enxergar, né? Daí o vídeo ajudaria nisso ” (AS-VF-4ºO).	“Particularmente, não era a favor de ver o vídeo, e depois que vi mudei de ideia . Na verdade, está sendo ótima experiência. Você consegue visualizar teus pontos fortes e pontos que precisam melhorar ” (AM-VF-3ºO).
“Quando você está nervoso, você esquece muita coisa que às vezes nem lembra e vendo o vídeo ajuda ” (AJ-VF-3ºO).	“Ajuda, porque isso aí eu não vou esquecer mais que podia ser o eco normal sabe? ” (AH-VF-3ºO).
“Ajuda porque a gente acaba desenvolvendo alguns trejeitos que a gente não percebe no nosso dia a dia. Então olhar para si é importante ” (AH-VF-2ºO).	“Ajuda, por exemplo, a lembrar quando aparecer um paciente com uma queixa semelhante , que foi filmado e que tive uma prova com tema assim ou semelhante . Errei tal coisa” (AP-VF-3ºO).
“[...] você percebe o que falta na tua comunicação com o paciente. [...] Como se	[...] fazer anamnese da maneira correta . A gente começa a se policiar de uma maneira

fosse uma TV, aqui vendo, você tem o caráter de julgar como foi seu atendimento, como num caso de verdade ” (AM-VF-3ºO).	mais certinha. Em outro momento, eu ia fazer isso de outra forma porque a gente não percebe se não fosse o vídeo (AI-VF-3ºO).
Para o aluno que está assistindo é sempre uma ferramenta de aprendizagem. Sempre vai aprender, vai tentar melhorar , ainda mais em processo avaliativo. (AN-VF-3ºO).	“[...] gente está enxergando nosso erro mesmo, não pensando só o que eu fiz, mas vendo . [...] Os erros que cometi aqui, não vou repetir atendendo no ambulatório e no consultório ” (AJ-VF-3ºO).
“[...] porque você está nervoso e não consegue lembrar direito tudo que o professor falou, então quando você vê, parece que fixa melhor na tua cabeça ” (AU-VF-3ºO).	“A gente vê o que está fazendo errado [...]. É uma ferramenta importante, interessante para o aprendizado ” (AR-VF-3ºO).
“Sim, eu acho que o vídeo pode ajudar o jeito de atender mesmo até lá para os outros OSCEs e para a vida” (AQ-VF-3ºO).	“Eu cometi um erro agora nesse OSCE e, no próximo atendimento, já vou tentar mudar isso ” (AA-VF-4ºO).
	“O mais edificante é poder ver no vídeo o aprendizado que eu tive lá no passado e até hoje, o quanto que eu evolui ” (AT-VF-3ºO).
	“[...] já sei algumas coisas que tenho que tomar cuidado na próxima, por exemplo, olhar melhor para o paciente, ouvir a história dele, tentar organizar melhor ” (AN-VF-3ºO).
	“Eu achei que foi bom rever as coisas que o professor comentou, porque na hora você esquece muita coisa e não percebe quando você tá fazendo as coisas erradas ” (AU-VF-3ºO).
	“ Se a gente pudesse ter essa oportunidade, em todas as outras atividades, em visualizar uma habilidade prática que você errou, com certeza isso iria contribuir . E daí a partir do momento que você tem a noção de como deveria ser o correto, você visualizar o erro, você grava mais, não esquece ” (AC-VF-2ºO).
	“Você confirmar que você errou, que isso realmente aconteceu, ter esse feedback de novo , é bom para você reafirmar “não cara, você tem que mudar isso entendeu?” (AV-VF-4ºO).
	“[...] a filmagem pode ajudar, porque você pode ver e depois melhorar” (AL-VF-3ºO).

Fonte: Autoria própria

As afirmações acima elucidam que o aprendizado das habilidades atitudinais e clínicas sofreu reconfiguração no aluno por meio da visualização do seu desempenho. Sobressai o erro como coadjuvante ao aprendizado e, além da conscientização do fato acontecido, também promove um movimento interior para mudanças a curto e médio prazo almejando melhorias nas habilidades.

A autoscopia mostrou ser atemporal permitindo uma reflexão de ações recém-efetuadas pelo aluno, ou seja, aquelas que aconteceram ao longo da formação e outras que virão a acontecer quando, no futuro, o aluno se deparar com um caso

similar ao que atendeu na avaliação. Oportunizou ao aluno fazer um *feedback* do caminho percorrido na aquisição do aprendizado e perceber sua evolução.

A revisitação, segundo o AB, “permite a gente **comparar porque vendo duas vezes você se recorda melhor**” (VF- 3ºO). Além de comparar o desempenho obtido com o *feedback* efetivo dado pelo professor, é oportunizado a ele lembrar com detalhes como foi sua desenvoltura na situação simulada, em que estava sendo avaliado.

Na percepção do aluno, a autoscopia propiciada pelo VF, favoreceu a fixação nas melhorias das habilidades apontadas pelo docente no momento avaliativo. Aprimoramentos esses, muitas vezes, que são esquecidos pelo aluno devido ao aspecto emocional que circunda o momento avaliativo.

Quanto ao favorecimento do VF, a autoavaliação por conta da autopercepção, apontada pelo aluno, se dá quando o docente reforça a importância desse fato ao comentar “**do ponto de vista do aluno vejo que sentando aqui depois do estresse da prova e vendo esse filme, você acaba identificando ajustes necessários** da atuação dele [...] **o importante não é nós percebermos isso, mas é o aluno mesmo se perceber**” (DF-VF-3ºO). A visão do docente, em relação às melhorias necessárias ao futuro profissional inicia-se quando há uma decisão pessoal que desencadeie o processo de aprimoramento. O vídeo colabora nesse quesito ao favorecer a revisitação da cena. A autoavaliação que o aluno faz por meio da autoscopia pode ser um instrumento que reforce em assumir a responsabilidade pelo próprio desenvolvimento de sua aprendizagem, em ver o erro e buscar formas de superação. Cabe ao aluno assumir a necessidade de mudanças por meio de estratégias tais como maneira de estudar, de se relacionar, de ser partícipe de sua formação (VASCONCELLOS, 2006a).

A visualização do vídeo tem importante repercussão ao aprendizado do aluno quando comparado ao *feedback* efetivo realizado pelo docente dos acertos e erros que o aluno cometeu. Sobre isso, a AE explana que “às vezes **a pessoa falando eu posso achar que não fiz nada errado**. Muitas vezes **a gente acha que fez certo. Vendo, não tem como eu achar que fiz certo, né?** (VF-2ºO). **Você vê e não tem como negar**” (AU-VF-3ºO). A fala de AR vai nesse sentido também quando afirma “**a gente se percebe melhor. Ver o erro é diferente do que outra pessoa falar que você está fazendo esse erro**” (VF-3ºO-R).

O DE endossa as percepções acima, dirigindo-se aos alunos dizendo “[...] o **vídeo acrescenta bastante para vocês, o aprendizado é sensacional**. Você vai ver o que está fazendo, vai ver seus vícios, perceber que impressão você está passando para o paciente, se passa uma confiança ou não” (DE-VF-3ºO).

Na mesma linha de pensamento há outra contribuição do DA, “eu acho importante porque você vê a habilidade do aluno, a capacidade de raciocínio dele. [...] **o fato de você mostrar para o aluno como que ele fez, ele já vai começar a mudar o perfil dele no consultório onde ele vai atender**” (VF-2ºO). A comunicação que acontece entre professor e aluno é enriquecedora para ambos, mas principalmente, para o futuro profissional que em breve estará sendo entregue à sociedade como um cidadão que vem somar no atendimento e na resolução dos problemas de saúde da população. Nesse sentido, a prática da avaliação da aprendizagem deve servir de base para que se possa construir *com* e *nos* alunos conhecimentos, habilidades e hábitos que os ajudem a executarem com primazia sua função (LUCKESI, 2011b).

Outras contribuições do vídeo *feedback* para o aluno, sob o olhar do docente, é ele poder se autoavaliar, ver se ele estava fazendo certo. “[...] **o aluno precisa se reconhecer: ‘Eu acho que faço bem uma anamnese, mas no vídeo percebi que não faço... ou ‘que não demonstro segurança...’**” (DA-VF-3ºO). Importante o aluno poder acompanhar seu desempenho por meio do vídeo, principalmente tendo em vista que o exercício da profissão é extremamente prático. O relacionamento, a conduta, a empatia, o olhar, a postura, as respostas aos pacientes podem ser melhoradas a partir do momento que haja reconhecimento e análise do visualizado. A empatia tem sido um componente com destaque, traduzindo-se como um fio condutor na construção da relação terapêutica que se estabelece entre o médico e o paciente (GROSSEMAN; KARNOPP, 2011).

O AC faz uma interessante abordagem do erro na aprendizagem sob o prisma da visualização do vídeo *feedback* e da fala do professor. Sua percepção é a de que:

[...] se o erro foi um **erro conceitual**, um erro teórico, acredito que **só ouvir é mais do que suficiente**. Por exemplo, você errou o valor do índice do tornozelo braquial, aí o professor corrige o valor [...], mas, você **identificar um erro visualmente na habilidade prática**, uma execução de um exame, uma cirurgia, por exemplo, **daí sim o vídeo contribui**. Porque permite a **visualização direta, não só pelo que o professor fala** (VF-2ºO).

O professor pode e deve comentar com o aluno sobre os erros, contudo, o discente necessita dessa confirmação através de seu próprio olhar. O conhecimento teórico, abstrato, não palpável, por vezes, não necessita do vídeo para sua confirmação. Já para as habilidades práticas, mais fáceis de serem visualizadas, o VF pode contribuir de maneira mais eficaz. A autoscopia por meio do vídeo pode favorecer a constatação das necessidades de aprendizado do aluno e incentivá-lo rumo a mudanças efetivas. O AJ tem a opinião dizendo que “a professora fala **e, se eu visualizar, intensifica mais o problema. Para mim seria melhor porque despertou um detalhe que eu não tinha visto**” (VF-3ºO). O impacto que a visualização causa no aluno é benéfico dando reforço à percepção de detalhes que ele não havia notado. E o fato de o aluno ver o erro sem que o docente o aponte, é demonstrativo de seu processo de amadurecimento. Sobre isso, o AX comenta que “quando **você vê sem o professor falar**, mostra que você está em **processo de amadurecimento e o teu grau de exigência começa a aumentar**” (VF-3ºO). Dessa fala, denota-se que o VF se traduz em um instrumento que pode auxiliar ao amadurecimento por conta do grau de exigência que circunda o olhar do observador.

A autoscopia, enquanto instrumento de formação, oportunizou ao aluno “**ouvir o feedback da professora**, porque eu **quero saber o que faltou** que ela falou para mim” (AD-VD-3ºO). A construção do aprendizado se dá com a importante parcela do docente em apontar as lacunas que faltam ao conhecimento do aluno, somada à intencionalidade deste em aprender.

A revisitação foi um instrumento que ajudou a confirmação para o estudante de que mudanças são necessárias sobre determinadas posturas associadas a algum esforço para alcançar o pretendido.

5.2.3.2.2 *Vídeo feedback e a prática docente*

Essa segunda subcategoria aponta a relação do vídeo *feedback* à prática docente. Os docentes ao serem questionados sobre o auxílio do vídeo como ferramenta didática para sua prática pedagógica, todos (100%) afirmaram que ele trouxe importante aprendizado e, como nos coloca a DB:

[...] **todo docente devia se ver, perceber algumas coisas.** Primeiro, pelo **autoconhecimento** porque é muito diferente você achar que fez de um jeito e você assistir aquilo ali do jeito que fez. Segundo, que nós na nossa área **não temos essa formação didática** e fazemos as coisas de uma maneira **que achamos correto e vamos repetindo** e os alunos dependem muito da maneira como você consegue ensinar, envolver com umas coisas interessantes... É uma **queixa comum dos alunos de que o professor não se faça entender** muitas vezes. Então eu acho que isso é fundamental, todo mundo vai **perceber alguns cacoetes, alguma postura, alguma coisa que deveria fazer diferente...** **Você vai cobrar do aluno**, por exemplo: 'Ah você não cumprimentou, não estendeu a mão para o paciente'. **Será que você faz isso quando você está no ambulatório** com o aluno junto? A gente **acaba fazendo certas coisas no piloto automático e não para, para pensar**: 'Fiz mesmo ou não fiz? **Respondi a pergunta corretamente para o aluno?** **Respondi como se tivesse falando com alguém que não é conhecedor** daquele assunto?' Então eu acho que **para avaliação do professor, isso aí é muito interessante** (VF-3ºO).

A percepção do universo e da complexidade que envolve o 'ensinar' são muito oportunas e traduzem a grande problemática que assola o fazer docente, onde ele é considerado 'estrangeiro' e não 'nativo' na seara do ensino (BATISTA, BATISTA, 2014). A oportunidade do autoconhecimento, da reflexão sobre a forma de agir enquanto docente, são essenciais e assumem grande importância na formação, tanto do docente como do discente. O dinamismo que envolve a formação requer que haja congruência nas atitudes entre o falar e o cobrar. Por outro lado, o automatismo do professor e o uso de conteúdo sem atualização com mera repetição, são inadequados em um mundo com tamanha rapidez nas transformações incluindo a área do ensino na saúde. O aluno é parte ativa, tanto na busca de seu conhecimento como quanto em colaborar com o professor, tendo em vista que seu *feedback* é geralmente acertado, iluminando o caminho de ambos na formação.

A ausência de formação pedagógica é confirmada por Carrabetta (2010, p. 583) quando afirma:

O professor de Medicina, assim como nas outras áreas da docência superior, não foi preparado para ensinar, baseando sua experiência, principalmente, no conhecimento do campo em que atua.[...] a maioria dos docentes que atua nas escolas médicas não teve formação pedagógica na graduação e, portanto, desconhece teorias e práticas pedagógicas que podem subsidiar o processo ensino-aprendizagem para viabilizar um trabalho educacional que possibilite aos alunos a construção e/ou ampliação de conhecimentos e atribuição de significado ao que estão aprendendo.

A falta de conhecimento teórico e prático dos docentes na área do ensino pode ser suplantada pela sua participação nas formações continuadas, capacitando-se nas áreas em que detêm menos conhecimento.

Ainda quanto às lacunas na formação didática, o docente também expressa que “acho o **ensino na nossa área muito defasado [...] ser um bom clínico não quer dizer que saiba ensinar**. A gente **precisa se portar melhor na hora de ensinar e na hora de avaliar**” (VB- VF-3ºO). Está-se diante de duas figuras distintas: o do professor médico e a do médico professor. Nomenclatura essa tecida por nós diante de nossas reflexões. O professor médico é aquele profissional médico que adentrou a academia e que, percebendo suas lacunas, procura capacitar-se na formação pedagógica para melhorar seu processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação dos conhecimentos tecidos em sala de aula. O médico professor é aquele que está atuando no ensino superior e seu ensino tem como base os conhecimentos que possui em sua área de expertise por conta de sua experiência como médico. Não possui conhecimentos pedagógicos e didáticos e não se apercebe da necessidade de aprimorar-se, não lembrando que sua formação médica possui diferentes expertises em relação à pedagógica. A ausência de conhecimentos didáticos e pedagógicos é fator de queixa.

Há que se dizer que o aprendizado e as mudanças suscitadas dentro da atuação docente vão depender da postura que este assume. Se houver o entendimento de que o conhecimento é provisório e que a união dos conhecimentos, das incertezas e das certezas vivenciadas são os principais constructos para o crescimento, então certamente o fazer de ambos os protagonistas do ensino, aluno e professor, serão beneficiados.

Contudo, ainda o *feedback* efetivo dado ao aluno pode apresentar falhas e, nesse espaço, aparece o vídeo *feedback* na tentativa de contribuir para o OSCE. Sobre esse pensamento, a DB questiona e se posiciona: “como é **elaborado**, como é o **comportamento, a atuação do professor numa prova prática**, num esquema como o **OSCE**? Eu acho que nós todos devemos fazer essa autoavaliação” (VF-3ºO). Ela ainda completa em “o **vídeo é mais fiel** do que o relatório feito pelo aluno, do que a sua memória [...] é um **argumento irrefutável**. **Você realmente falou tudo que precisava naquela situação? Você se fez entender? Importante tanto para o aluno rever a sua impressão como o professor a sua atuação**” (DB-VF-3ºO).

Nesse entendimento,

Podemos aprender sobre a avaliação da aprendizagem observando se estamos satisfeitos (ou não) com os resultados de aprendizagem de nossos educandos decorrentes de nossa ação pedagógica. Se o que se apresenta são resultados que não estão sendo satisfatórios, o que está por trás dessa defasagem? (LUCKESI, 2011b, p. 31)

Essa reflexão ajuda a situar o professor diante da responsabilidade que a presença ou a ausência de suas ações pedagógicas representam para os resultados de aprendizagem dos alunos que estão sob sua tutoria.

O vídeo *feedback* foi considerado para o DA “**útil** porque **ajuda a melhorar** sem dúvida, **a refinar a sua conduta** enquanto solicitação de conhecimento, no **papel formador do professor**. [...] Nossa **finalidade aqui é formar gente que ouça o paciente, examine, dê um diagnóstico e uma conduta**” (DA-VF-2ºO). Essa fala sinaliza o que compete ao formador na área da Medicina lembrando a importância da resolutividade, da prontidão, da assertividade e da humanização do atendimento ao indivíduo ‘paciente’.

O mesmo docente afirma igualmente que

o fato de **olhar no vídeo pode ajudar para o crescimento do professor** porque, à medida **que você adquire experiência, você vai melhorando a tua capacidade de observação e a abordagem**, naquilo que o aluno está entendendo ou não [...] O professor vai perceber que do primeiro ao último aluno, no OSCE, vai ser bem **diferente sua conduta** (DA-VF-2ºO).

O processo de ensinar é dinâmico e modifica os sujeitos que dele fazem parte. A associação do VF ao fazer docente permite, por meio da autoscopia, ampliar a experiência, a capacidade de observação e a forma de abordagem ao aluno diante das necessidades que esse venha a exigir em atendimento a sua formação.

Ainda no quesito da parcela importante do docente para o aprendizado do aluno, o DD contribui afirmando:

o vídeo me leva a uma certeza de que **tenho que policiar o jeito de falar. Você é uma célula de conhecimento e esse conhecimento vai ter uma expansão**. No momento em que passa de mim para um aluno, este aluno vai ser outra célula de conhecimento. **Se passar alguma coisa errada daqui para cá, então o erro é meu e eu tenho que concertar naquela hora!** Não pode passar uma definição errada (VF-3ºO).

Percebemos nessa fala que é nítida a preocupação e o exercício da ética em cumprir adequadamente e executar bem sua função como educador. Os alunos são expansores do conhecimento que recebem na academia e associado aos conhecimentos provisórios que possuem dão continuidade à história da ciência.

Outra situação interessante que apareceu na pesquisa está nessa fala: “Aqui faltou eu dar uma resposta para ela. Porque **pelo vídeo percebi agora que ela me afirmou que era uma enterorragia**, e eu teria que dar uma resposta ‘não, isso aqui não é uma enterorragia’” (DF-VF-3ºO). A autoscopia por meio do VF favoreceu a percepção de detalhes que podem fazer a diferença durante uma avaliação, principalmente em se pensando no aprendizado do aluno.

Outro professor comenta o uso do vídeo em seus momentos de ensino quando diz ““Eu **queria visualizar isso no dia a dia** [...] imagine um **atendimento de um paciente da cardiologia**, a gente passar isso **na semiologia**. Porque são momentos diferentes, são etapas diferentes [...]. **Me ajudaria e muito na formação sem dúvida**” (DD-VF-3ºO).

Ainda sobre a questão da formação do docente, “[...] **o professor deve se corrigir** [...]. Porque o aluno não vai mais voltar aqui, mas **o professor vai continuar aqui aplicando provas para tantas turmas...**” (DB-VF-3ºO). Corrigir-se, estar aberto a correções e sugestões para melhorias é sempre a atitude desejada e que contribui para importantes avanços na carreira docente. Aprender a avaliar adequadamente é tarefa que teve sua data de início, mas não possui data de finalização. É um processo contínuo inerente à profissão do educador.

Tratando-se da contribuição do vídeo *feedback* aos diferentes atores na educação, a DB afirma que ele serve “[...] **para ambos se enxergarem** [...], mas ele é **mais importante para o professor do que para o aluno**. A gente precisa se enxergar, você acha que faz certo, que a sua maneira está sendo clara. O **vídeo é muito melhor do que alguém te criticar ou te elogiar**” (DB-VF-3ºO). Por essa percepção, notamos que o VF assume singular função em reafirmar com mais propriedade uma situação vivenciada do que se ela fosse somente comentada por terceiros. A autoscopia aparece aqui trazendo maior impacto ao observador como instrumento rumo a correções e para auxiliar na tomada de consciência para ajustes.

Outro docente comenta sobre a contribuição do vídeo com essa fala:

O vídeo é um processo que toma tempo, mas, é algo que nos dá informação no sentido de, se a gente vai fazer OSCE, a gente tem **que formatar ele de forma adequada. [...] no primeiro OSCE não fiz um treinamento objetivo com os alunos. No segundo, no terceiro e agora para o quarto eu tenho feito um treinamento objetivo para essa situação** (DF-VF- 4ºO).

O OSCE por ser um método de avaliação em que a objetividade é potencializada e a padronização exigida, requer atenção do professor em formatar adequadamente para atingir seu objetivo que é avaliar adequadamente seu aluno. Nesse sentido, o vídeo foi um coadjuvante reforçando a necessidade de ajustes. Atuou como um instrumento para que a autoscopia fosse realizada e o caminho percorrido reconhecido, com a finalidade de identificar o que falta ainda ser atingido.

O VF apresentou-se com múltiplas funções dentro da academia. A próxima subcategoria tratará sobre o vídeo e sua relação com as funções de comprovação e de formação.

5.2.3.2.3 *Função de comprovação X formação*

A terceira subcategoria traz à luz a função do vídeo *feedback* enquanto instrumento didático à formação ou como comprovante de desempenho. Essa categoria teve sua origem por conta das respostas que os docentes e discentes deram quando lhes foi perguntado durante a autoscopia: “Em sua percepção, o vídeo assume maior conotação como um instrumento auxiliando na formação ou como comprovante das ações?” A metade dos docentes (50%) enfatiza o VF como um instrumento de formação e a outra metade (50%) tem a opinião de que ele assume uma função de comprovação de desempenho. Já em relação aos alunos, uma boa parcela (49,00%) considerou que o VF é um instrumento com maior ênfase ao valor formativo ao invés de ser um comprovador de ação. Para alguns alunos (34,00%), o VF é mais expressivo como um instrumento de comprovação. Outros alunos (17,00%) entendem que há uma equiparidade na valoração dependendo da situação, ora como instrumento de proteção, ora de formação.

Salientamos que na fase inicial dessa pesquisa, a da problematização, em que tínhamos intenção de conhecer como se dava o processo de ensino, de aprendizagem e de avaliação no curso de Medicina, o VF foi lembrado por 15% dos alunos e 10% dos professores para ser utilizado como instrumento comprovador das

ações, principalmente nas avaliações práticas. Os demais alunos e professores não se manifestaram sobre esse fator, bem como não houve também menção do uso do VF como provável instrumento formador por todos os participantes da pesquisa.

Quatro meses anteriores ao início dessa pesquisa, houve um importante problema entre aluno e professor, do curso de medicina, relativo à avaliação acadêmica. Esse fator pode ter sido responsável em potencializar, tanto da parte do aluno como a do docente, a percepção de que o VF deveria ser instituído como instrumento para validar ações e certificar comportamentos.

Nesse contexto, um dos alunos, assim se pronunciou:

o vídeo mostraria, por exemplo, até para **discutir depois** a prova, porque **prova prática** não tem como revisar, né? O avaliador pode dizer 'Ah! você não perguntou para o paciente o nome dele', mas eu perguntei entendeu? Eu acho que nisso **a gente ficou muito vulnerável em algumas situações** (A7-RC-Diag).

Além da vulnerabilidade do aluno, nessa fase do diagnóstico, o VF aparece com a conotação de um instrumento validador de ações do efetuado, como um meio de comprovação das ações realizadas pelo discente em detrimento à dúvida que pode pairar em relação a sua execução nas provas práticas. O professor, naquela ocasião, também se manifestou quanto ao vídeo tecendo sobre ele igual percepção e sobre isso comentou:

Essa questão do **OSCE** tem que ser realmente muito bem elaborada [...] e **acho que tem que filmar. Já vi muita coisa subjetiva, palavra do professor contra do aluno** e realmente deu problema depois. Acho que deveria filmar se fosse uma prova prática. Sempre tem alguns alunos encrenqueiros [...] então gravado tem como: 'Ok, você acha que foi bem, que foi melhor do que estou falando? **Vamos rever**'. E chama outra pessoa para avaliar, para discutir (D1-RC-Diag).

Essa fala também deixa claro que a indicação do uso do vídeo se enquadrava mais como um instrumento comprovador das ações do que como um instrumento que poderia auxiliar na formação. Ele assumia uma característica de comprovação de comportamento diante de situações dúbias.

Na fase da análise dos dados, após o 3º OSCE, o vídeo voltou a ser lembrado pelos alunos (34%) como instrumento tecnológico para comprovação de como se deu

o processo avaliativo, assumindo conotação de um instrumento validador de ações e na certificação de comportamentos. Um deles manifestou que o VF “pode **servir como prova do que foi feito**. Pode ser uma coisa até **para defesa se a pessoa for prejudicada** numa avaliação (AJ-VD- 4ºO). A AH também tem o mesmo pensamento e, assim se expressa, “se, por exemplo, falasse, ‘não, você não perguntou tal coisa’, e **se eu tiver certeza, eu vou conseguir ver aqui o que eu perguntei**”. Então, acho que isso **serve como prova real para a gente se defender**” (VD-4ºO).

A necessidade de defesa por parte do aluno mostra a fragilidade e a precariedade das relações entre docente e discente. De um lado, o aluno querendo provar algo para alguém, como a própria palavra ‘prova’ significa, e de outro, o professor que procura fazer uso de um instrumento para poder quantificar o conhecimento obtido. Qual a intencionalidade da avaliação? O professor está imbuído em realizar uma avaliação formal porque necessita de uma nota? Ou de uma avaliação essencial que denote um compromisso com o aprendizado do aluno? Essas reflexões vão conduzir para mudanças de ambos (VASCONCELLOS, 2006a).

A metade dos docentes (50%) entende que o VF é também um instrumento de controle. Sobre o fato, afirmaram dizendo que “[...] ele te dá primeiro o registro do evento e é uma **prova incontestável do que é para ser**, porque qualquer **situação de contestação** do aluno, do professor, **você tem na prova ali registrada**. [...] É uma **defesa para os dois lados**” (DA-VF-3ºO).

Foi também citado o uso do vídeo *feedback* no caso das provas orais, dos concursos, como assim expressa a DC:

o instrumento pode ajudar tanto na formação como quanto no controle do que foi feito, porque tem pessoas que questionam. Ainda mais em uma **prova oral não tem como provar que o aluno falou** ou não falou. Então acho que é um peso grande principalmente em um **concurso**, em uma prova o aluno pode dizer: ‘Não, mas eu falei isso, a senhora que não entendeu’ (VF-3ºO).

Percebemos que o uso do vídeo pode ser benéfico em diferentes momentos avaliativos. Nas provas orais, o VF foi lembrado como instrumento que possa servir para assegurar o que foi ou não dito pelo aluno. Portanto, um instrumento para comprovar falas em situações duvidosas.

Para o DD, o vídeo assume função com maior expressão, também a de instrumento protetor de ações caso o aluno não concorde com o resultado da avaliação. O docente assim se expressa “**o ideal seria que todos os alunos fossem filmados**, porque tem a parte educacional, mas a parte de **evitarmos perseguição ‘olha eu não estou concordando com a minha nota’**” (VF-3ºO). O diálogo associado com o recurso visual e a autoscopia, podem ajudar na resolução de casos tais como o professor menciona.

Entendemos que o controle e a comprovação das ações são uma possibilidade, mas a maior importância está em promover a aprendizagem significativa e o repensar do ensino. Essa reflexão pode oportunizar uma mudança de postura da ação docente.

A seguinte fala “[...] no final ela me explicou a nota e **falou de coisas que eu não fiz [...]** Quero ver se realmente eu não orientei o que ela me zerou na nota, porque eu acho que eu fiz/falei aquilo” (AR-VF-4ºO) revela também a utilização do VF como um instrumento tecnológico avaliativo com configuração de comprovação em situações em que o aluno se sente injustiçado pela avaliação feita.

Nas falas anteriores percebemos que a preocupação estava em ter um instrumento para comprovação, contudo após a realização do VF e a posterior autoscopia, as percepções se ampliaram. Além do instrumento para comprovação das ações, entrou em cena o uso do VF com função formativa auxiliando no processo de aprendizagem, tanto de docentes como de discentes.

Tratando-se da percepção de que o VF tem uma conotação formativa, uma boa parcela dos alunos (49%) considerou que ele é um instrumento com tal valor ao invés de ser unicamente um comprovador das ações. A fala da AP vai nesse sentido quando nos diz que o “**vídeo pode ajudar no aprendizado, pois ajuda a lembrar quando aparecer um paciente com a queixa semelhante**, lembrar que foi filmado”. Ele “**ajuda sim, a melhorar o nosso aprendizado, que é a principal coisa**, porque é muito expositiva. **Você vê e não tem como negar**” (AU-VD-3ºO). O VF potencializa o aprendizado pela oportunidade que tem em **reforçar e, ao mesmo tempo, em revisar por meio da imagem, um conhecimento adquirido, pois aprender trata-se de:**

Uma apropriação intencional e deliberada, que atinge e altera o funcionamento cerebral, gerando em cada aprendiz uma nova elaboração de conceitos, que podem então ser aplicados, transferidos, revisados, reconstruídos e utilizados na solução das questões profissionais (ANASTASIOU, 2011, p. 61).

Por outro lado, metade dos docentes (50%) entende que “[...] para mim **fica mais forte a questão da formação, formação da gente inclusive, não do aluno**. Se o vídeo chegar a precisar ser de controle do aluno ou da situação, aí acho que a gente está indo para um negócio ruim” (DF-VF-3ºO). Assim como, para o DA “o vídeo também funciona como um registro sem dúvida nenhuma. Mas, para mim, o que **tem mais relevância é a questão de formação** porque **o professor na prática ele acompanha a evolução do aluno**” (VF-2ºO).

Essa fala traduz o impacto que a revisitação pelo VF proporcionou à formação do docente. No processo de ensinar e aprender ambos se modificam enquanto sujeitos aprendentes que são. O professor teve a percepção, por meio da autoscopia, de que precisa formar-se e transformar-se para melhor poder colaborar na formação do aluno dentro do ambiente acadêmico. No decorrer da presente pesquisa, percebemos que o professor instrumentalizou seu fazer docente por meio da autoscopia e das reflexões nas rodas de conversa. Pôde desabafar e comemorar o ganho de seus alunos, aprender, duvidar, partilhar seus saberes e ensinar. Sua formação foi modificada, assim como modificou os dos demais colegas na docência e o VF tornou-se um instrumento para contribuir com essas modificações.

Ainda em relação à função formativa do VF, uma parcela (33,33%) dos docentes tem a percepção de que esse instrumento “serve para as duas coisas, mas, eu não queria usar essa ferramenta exclusivamente como método de documentar e sim **usar como uma ferramenta educacional**. É uma **boa ferramenta para todos que estão na formação**” (DE-VF- 4ºO). Partindo do pensamento de que o vídeo deva ser utilizado como ferramenta educacional, o docente sugere ainda que “se possa **montar um laboratório que os alunos e os professores usem como método de aula** mesmo. Acho que é uma coisa interessante” (DE-VF-4ºO).

O VF evidencia-se como instrumento formador quando assume o olhar do outro. O DE lembra que o olhar também pode ser do paciente no quesito de desempenho do profissional quando comenta que “todo **esse método de você ficar pensando, raciocinando...** acho que **o vídeo ajuda bastante para você se ver, ter**

esse feedback do que o paciente está vendo” (VD- 4ºO). Essa percepção é singular lembrando que o paciente, por ser o maior interessado, na grande maioria das vezes, acompanha com atenção as consultas em busca da resolução do seu problema de saúde. Além disso, ele é o multiplicador da forma que foi atendido e da resolução de seu caso. Esse olhar do paciente dá a conotação formativa do VF ajudando o docente em aprimorar-se em sua ação docente e ensinar o aluno a realizar suas consultas com respeito, ética e humanização.

Ainda o DA faz uma afirmação dando relevância à função formativa do VF em detrimento à de controle. **“Porém, se o vídeo servir como uma documentação na questão de queixa, reclamação e tal, não é o mais importante. O mais importante é como instrumento de correção de formação, de apoio** (DA-VF-3ºO). O instrumento é lembrado pelo docente como sendo corretivo, formativo e de apoio. Suas múltiplas funções lembram um caleidoscópio que permite uma múltipla visualização de imagens dependendo da forma em que são observadas. O VF pode também sofrer essas variações à medida que seu observador colocar as lentes para que objetivo deseja atingir. A formação é dinâmica, contundente, atrai os que dela se deixam modificar deixando suas certezas e inteirando-se da complexidade que envolve a formação no processo de avaliar.

Um docente (16,66%) se posicionou e afirmou que o VF assume as duas funções, a de controlador, como a de formador, dependendo da turma. Na visão do DD:

A função do vídeo vai depender da turma, vai depender do grau de relacionamento professor-aluno! **Neste grupo é o aprendizado, é a formação! Mas pode ser controle, dependendo da turma.** Então, tem que ser às claras, para não ter nenhuma sombra de dúvida. [...] **tira a impessoalidade**, porque, às vezes, o professor pode até falar para o aluno, ‘você errou tal coisa, você fez’, mas ele afirmar ‘eu não fiz isso’. Fica o dito pelo não dito. **Aqui você tem como comprovar** (VF-3ª O).

Na colocação acima, a utilização do vídeo aparece como instrumento para confirmação dos fatos quando há dúvidas a respeito das ações. Há menção das variáveis ‘turma’ e ‘relacionamento’. Nesse sentido, inerente às ações do docente, está a função de condução dos alunos na aquisição do saber que pode ser aprimorada quando o relacionamento docente-discente é afinado, é próximo. Quando o aluno se sente acolhido, ele tende a modificar seu relacionamento com o docente, traduzindo-

se em melhorias no aporte cognitivo por apresentar melhor disposição interior ao aprendizado. Os aspectos psicológicos que envolvem sentimentos dos alunos no processo de avaliação são muito pouco priorizados. Daí as pesquisas na tentativa de aproximar as figuras do quem ensina e de quem aprende, pois há uma relação direta com o comportamento do professor e as conquistas dos alunos (COSTA, 2001).

Em relação às turmas, certamente elas são compostas por alunos diferentes. Lembramos que são justamente as turmas difíceis com suas diferenças que necessitam de um docente que tenha perspicácia no trato. Os alunos que têm dificuldade na assimilação do conhecimento são os que mais necessitam de um professor. O vídeo pode ser usado como comprovante das ações, mas merece maior cuidado em sua execução, a fim de não causar dissabores, vindo a interferir negativamente na relação professor/aluno.

Salientamos, também, que quando os alunos estão sendo avaliados em provas práticas, ao executar de forma não compatível com o desejado e serem questionados do erro, muitas vezes não percebem que o cometeram. Nesse sentido, o VF torna-se instrumento comprovador, esclarecedor e auxiliador do processo reflexivo para evitar que haja repetição do erro constituindo-se numa avaliação formativa. O uso das tecnologias promove alterações nas formas de pensar e de se exprimir, tanto nos processos e nas atitudes mentais, como na percepção, na proporção dos sentidos. O vídeo provoca a tomada de consciência rumo a uma tomada de decisão (FERRÉS, 1996).

Uma parcela dos alunos (13,04) também teve a percepção de que o VF pode ser útil para as duas situações, tanto de controle como de formação. Sobre isso, o AV diz que “o **vídeo pode ser usado para confirmação** de um procedimento de uma avaliação, **como também, ajudar na formação**” (VD-4ºO).

Para finalizarmos a análise dessa categoria, podemos afirmar que o VF promoveu reflexões nos docentes e discentes com respeito ao compromisso que a aprendizagem tem e suas repercussões pessoais e grupais. Em uma primeira fase da pesquisa, o VF foi referenciado como um instrumento benéfico que poderia ser útil para dar segurança aos alunos e docentes em comprovar ações, em defender uma determinada situação. Nessa fase, não houve alusão ao aspecto formativo.

Após a operacionalização do vídeo e sua conseqüente autoscopia, as percepções foram outras. O VF continuou sendo lembrado como instrumento comprovador das ações, sob o olhar dos docentes como dos discentes, contudo,

aparece a sua função como auxiliador do processo formativo, da aprendizagem permeada pela obtenção da sua essência que leva as modificações em nível de estruturas cognitivas, traduzindo-se na aprendizagem significativa. As imagens gravadas puderam auxiliar na revisão das ações e refazer rumos para que o aprendiz se consolidasse.

Ambos os sujeitos aprendentes tiveram benefícios com o uso do vídeo gravação. No professor, por seu amadurecimento e sua experiência de vida, parece que ficou mais perceptível seu crescimento no quesito de como ensinar e de avaliar o aluno. Além disso, ele realizou sua autoscopia em um momento fora da avaliação de habilidades, o que permitiu mais tempo para visualizar-se em um clima mais favorável onde pôde refletir demoradamente sobre o VF.

Na academia não basta ser um excelente Médico, mas sim há necessidade de associação com demais fazeres além do técnico. Os ensinamentos que o docente obteve com o VF ajudaram-no em sua ação pedagógica por conta das modificações que a tecnologia suscitou.

Os alunos também se modificaram. Perceberam que o vídeo, além de ser um instrumento que lhes permite defender-se, assume funções que ultrapassam o ato da comprovação. O auxílio no processo de formação que o VF permitiu, foi uma descoberta mais importante do que a questão de comprovação, a qual modificou sua forma de pensar e o projetou para futuras situações em que ao exercer sua profissão, o VF pôde auxiliar.

Todo processo que está dando seus primeiros passos necessita de múltiplos olhares a fim de que as mudanças sugeridas possam contribuir para ajustes necessários. Nesse sentido, docentes e alunos, construtores da avaliação e do vídeo instalado nessa pesquisa, teceram algumas sugestões que serão apresentadas na sequência.

5.2.3.3 Vídeo feedback e as mudanças

A terceira categoria subdivide-se em mudanças relativas: a) atuação discente; b) atuação docente; e, c) quanto ao próprio VF.

5.2.3.3.1 Mudanças relativas à atuação discente

Essa subcategoria faz alusão às mudanças que os alunos fariam em uma futura atuação após ter acesso ao VF e executar sua autoscopia. A grande maioria dos alunos (73,91%) apontou mudanças após realizarem a autoscopia com o objetivo de aperfeiçoar o seu desempenho. Poucos alunos (17,40%) não realizariam nenhuma mudança por considerarem desnecessária, enquanto uma minoria dos alunos (8,70%), não se manifestou.

O Quadro 32 contém as mudanças apontadas pelos alunos para melhorar o desempenho.

Quadro 32 - Mudanças do fazer discente após o vídeo *feedback*

“Eu poderia ter feito um exame talvez mais especificado, mais fluido, mais objetivo (AA-VF-2ºO).
“Eu conversaria certinho com o paciente , perguntaria quando que começou o sintoma e se ele está evoluindo ou não, como que ele sente a dor, como é que é pra dormir, se tinha dor nas costas; acabei não perguntando. [...] essas infecções urinárias que ele teve eu também não perguntei na anamnese ” (AB-VF-2ºO).
“Eu faria o exame físico ... já começava a fazer com o femoral e sem a roupa, os outros pulsos também eu dava prioridade. [...] poderia, para ser mais sucinto, já ir direto com o ITB ” (AD-VF-2ºO).
“O exame físico eu faria mais completo. Não vou esquecer-me de apalpar os dois , bilateral, porque eu me preocupei mais com a perna esquerda do paciente, porque ele já tinha uma queixa na perna esquerda” (AD-VF-2ºO).
“ Prenderia meu cabelo e faria as coisas mais organizadas, na ordem ” (AD-VF-2ºO)
“Para a estação eu teria que ser mais rápida . No dia a dia eu acho que eu interferiria menos no que o paciente está me falando porque, sem querer, você quer conduzir o paciente a responder o que você quer ouvir na verdade e não o que ele tem para te dizer ” (AF-VF-2ºO).
“ Tentaria fazer a mesma ordem da anamnese e deixar o paciente falar mais , parar, que algumas perguntas eu induzi ele à resposta ” (AG- VF-2ºO).
“Eu faria certo, não fiz a técnica bem certinho ” (AG- VF-2ºO).
“[...] no próximo eu vou saber que a anamnese precisa ser mais batida e se eu precisar do exame físico eu faço mais rápido” (AG- VF- 2ºO)
““A questão de perguntar da dieta e do exercício físico em si, que são coisas importantes, eu fui perguntar depois. Então talvez agora eu perguntasse numa sequência mais lógica ” (AH- VF-3ºO).
“Eu tenho que falar mais devagar , eu falo muito rápido e devo abrir espaço para perguntas ” (AH-VF-3ºO).
“Eu organizaria melhor a abordagem com o paciente porque vi agora pelo vídeo que estava fazendo errado. Eu teria perguntado mais coisas, aproveitado melhor o tempo [...] não poderia ter falado na hemorroida, porque na verdade já é um diagnóstico, ele não era obrigado a saber, pois o paciente teoricamente é leigo, né?” (AP- VF-3ºO).
“Na anamnese eu deveria ter feito mais coisas . [...] eu não vou solicitar um ecocardio diante de um exame normal . Acho que modificaria a postura e a fala . Estou o tempo todo com os braços cruzados. Desde o primeiro ano da faculdade não é para fazer a anamnese como se fosse um

questionário. Também repetir a fala do paciente, isso muitas vezes para ele é irritante. Tem que se policiar nesse sentido, porque tá bem ruim mesmo” (AI-VF-3ºO).
“Eu seria mais direta , faria uma pergunta mais direta” (AQ-VF-3ºO).
“[...] deveria perguntar da escolaridade do paciente e jamais entrar com termo técnico, né? [...] Falei ‘síndrome metabólica’. Agora tem gente que não sabe nem o que é síndrome” (AJ- VF-3ºO).
“[...] eu tenho que melhorar essa parte de repetir muito ” (AS-VF-4ºO)
“A forma como eu falo eu iria mudar um pouquinho. Falar mais compassadamente, me expressar melhor [...] ter uma expressão corporal, uma linguagem um pouco mais próxima do paciente [...] estruturar um pouquinho melhor o conteúdo na anamnese ” (AM-VF-3ºO)
“ Parar de mexer com a caneta [...] um pouco mais descontraído, não ter uma anamnese e um exame físico tão engessado ” (AX-VF-3ºO).
“[...] eu peguei a caneta para riscar o exame, eu marcaria esse exame , porque é assim que a gente faz as leituras” (NA- VF-3ºO).
Eu faria uma pergunta aberta para o paciente , não daria opções prévias. Se ele começasse a divagar aí eu dirigiria [...] não ficaria repetindo o que o paciente falou ” (AU- VF-3ºO).

Fonte: Autoria própria

Percebe-se que as propostas de mudança são muitas. Elas são bem-vindas mostrando que o aluno está em processo de formação e quer aperfeiçoar-se para ser um ótimo profissional. Um dos aspectos relevantes do *feedback* com uso do videogravação é a revisitação dos procedimentos simulados realizados pelo aluno. Esse processo oportunizado pela autoscopia suscitou reflexões sobre o conhecimento apreendido, a postura e a necessidade de aprimoramento. O ato da revisitação permite ao aluno vivenciar o que lhe sucedeu podendo fazer apontamentos quanto a esquecimentos e acertos. Em meio à conscientização de seus atos, o aprendiz aponta mudanças futuras tais como deixar o paciente falar mais, fazer menos perguntas ou perguntas mais específicas, melhorar a ordem de uma anamnese, dar intervalo para perguntas, ter mais atenção às palavras dirigidas ao paciente, melhorar postura relacionada aos ‘tiques’, potencializar a figura do paciente em detrimento aos exames, evitar termos técnicos, evitar repetir as palavras ditas pelo paciente, explicar adequadamente, falar compassadamente, organizar o tempo na consulta, anotar as informações relevantes quando necessário, ter atenção para não distrair-se no atendimento, não induzir o paciente às respostas, melhorar raciocínio clínico, etc.

O primeiro passo para mudanças requer o processo de conscientização e a quase totalidade dos alunos mostra que caminham para atingir o almejado. Contudo, o processo de mudança é lento como se sabe. Nesse sentido, cerca de 43,47% dos alunos disseram ter conseguido de forma prática, realizar mudanças nos atendimentos ocorridos dentro da avaliação de habilidades.

A AH conta sua mudança:

Quanto ao raciocínio não muda tanto, mas quanto ao **comportamento, muda**. No OSCE passado, eu estava conversando com o paciente e em **alguns momentos colocava a caneta na boca**, e daí quando eu vi aquilo no vídeo 'meu Deus, que feio! Não vou fazer isso mais!' **Eu lembrei e nunca mais fiz (VF-4ºO)**.

As questões posturais, que foram relatadas por 26,08% dos alunos, pelo fato de impactarem mais o autor das ações em relação a sua autoimagem, acabam sendo molas propulsoras às mudanças no comportamento pretendidas pelo aluno. A AR confirma esse achado quando fala "porque quanto ao raciocínio não muda tanto, mas quanto ao comportamento, muda" (VF- 3ºO) "O vídeo faz com que sejam possíveis a contemplação e a conseqüente reflexão sobre o próprio comportamento" (FERRÉS, 1996, p. 52).

Já os aspectos cognitivos com alteração do raciocínio clínico foram manifestados por somente 17,39%, contudo aconteceram "[...] acho que **a anamnese é parecida com o que a gente faz na prática, dessa vez ficou mais objetiva do que a outra**" (AB-VF-3ºO).

Ainda sobre as mudanças de atitude, a AS comenta "eu repetia muito o que o paciente falava, e aqui, no 4º OSCE, eu **estou repetindo menos [...] melhorei muito até**" (VF-4ºO). E ela complementou: "**mudei muita coisa, principalmente a linguagem e o tom de voz**. Digamos assim, **eu aprendi**" (AH-VF-4ºO). Essa percepção ajuda na configuração de que o vídeo possui ação efetiva na questão do aprendizado em relação aos aspectos posturais, tendo em vista que o saber ser é um dos saberes que compõem as facetas do ensino. O AJ também comenta sobre suas mudanças no atendimento ao paciente quando diz "eu **achei melhor a minha postura em relação ao primeiro que eu fiz, no 1º OSCE**" (VF-4ºO). Para o AI "o paciente falava uma coisa, **eu repetia tentando reafirmar**. Lembro que eu vi o vídeo e achei que fui bem ruim. Daí, na outra estação, eu repeti uma vez e parei para pensar 'não pode ficar repetindo'. Eu me lembrei disso e realmente **eu parei de repetir**" (AI-VF-4ºO). Denota-se que os graus de percepção associados ao grau de exigência e de determinação do aluno contribuem de forma veemente para o alcance do objetivo traçado: mudar para melhor.

A autoscopia mediante o VF incita no aluno melhorias que podem acontecer já no cenário do internato. "Depois daquele OSCE que eu comecei muito a **arrumar minha postura, tentei me corrigir em olhar para o paciente, tentar movimentar**

menos a mão. Eu tentei **me policiar** nos ambulatórios fazendo isso. Acho que agora **deu certo**" (AM-VF-4ºO). O mesmo aluno adverte que, em sua visão "acho que **ver o vídeo ajuda você a se policiar** mesmo em **alguns detalhes, pois olhando procura não fazer mais**". A percepção da necessidade de ajustes, associado à atitude de querer mudar nos espaços de formação como os ambulatórios, e a autocobrança são estratégias interessantes e que surtem efeito.

A AR também percebe mudança quando se visualiza pelo vídeo e comenta que:

Eu vi que tinha uma folha ali, mas agora eu **cuidei para olhar muito mais para o paciente do que na folha.** Porque **no processo anterior,** tinha algumas coisas em cima da mesa e enquanto o paciente falava eu tentava entender o que estava escrito na mesa. **Acabei esquecendo o paciente e agora não,** agora eu olhei muito mais para ele. Eu **percebi que eu não olhava, e agora olho** (VF-4ºO).

À medida que o aluno vai tendo um maior trânsito dentro do processo avaliativo, também se familiariza e, com o auxílio do VF, suas ações são norteadas em busca da excelência no atendimento, lembrando que a relação que deve envolver médico e paciente é um dos primeiros aspectos que abrem a porta para a confiabilidade. Sem ela, todo o restante do tratamento corre o risco de ficar prejudicado.

As percepções que emergiram nessa pesquisa vêm ao encontro do processo de autorregulação suscitado pela metacognição em que o aluno se autoavalia, identifica a necessidade de mudança em alguns quesitos para então assim melhorar sua performance. Zimmerman (2000) faz alusão a esse processo e lembra que a autorregulação comportamental acontece por meio da auto-observação, que nesse caso, foi permitida pelo VF.

Mais da metade dos alunos (56,53%) têm a consciência de que necessitam mudar a postura no atendimento ao paciente, contudo, nem todos conseguiram operacionalizar de maneira efetiva, no decorrer de nossa pesquisa. Isso talvez se deva ao nervosismo do momento avaliativo ou ainda porque entre o saber e o fazer deve haver espaço para a reflexão evitando que as ações sejam de cunho automático e não com o propósito de melhorias.

5.2.3.3.2 Mudanças relativas à atuação docente

Os docentes também afirmaram que fariam ajustes na avaliação do aluno após a autoscopia pelo vídeo-*feedback*. Na percepção de 100% deles, fariam mudanças nos aspectos metodológicos, organizacionais da estação e alterações na sua postura. As melhorias basearam-se na visualização do vídeo quando puderam observar a repercussão da condução do aluno ao caso simulado durante o processo avaliativo e na própria postura, conforme se constata na fala do DB:

Talvez eu fizesse as **respostas mais completas para o aluno** [...]. Acho que eu **tenho que ir ensaiando as respostas mais elaboradas** para preencher melhor ali. **Muito enxuta a anamnese**, então treinar umas respostas mais completas **que levem o aluno a perguntar outras coisas**. Porque a primeira aluna deixou de perguntar uma coisa que é importante [...] então **fazer uma descrição um pouco mais detalhada e com resposta mais detalhada** (VF-3ºO).

Esses ajustes apontados na estação podem ser evitados se houver uma simulação prévia, um ‘treino’ anterior ao processo avaliativo. Nesse caso, a professora mesmo comenta que **“a intenção é que o aluno saiba conduzir uma anamnese**, ele tem que desencadear as perguntas, **só que alguns alunos fazem muito o básico”** (DB-VF-3ºO). Há também essa variável do que o professor espera e o que ele encontra sobre o desempenho do aluno.

À medida que a DC visualizava como transcorreu a avaliação do seu aluno dentro do OSCE, ela teceu importantes comentários pensando em ajustes tais como: “eu acho que **tenho que questionar mais o aluno** para ele perceber o que pode fazer. Dar menos respostas e **fazer com que ele me dê mais respostas**. Eu tenho essa tendência mesmo de ir explicando e falando” (VF-3ºO). O aluno precisa participar ativamente de seu aprendizado e isso se dá por meio da busca em seu aporte cognitivo, das respostas às soluções dos problemas detectados.

Melhorar o uso dos instrumentos avaliativos, como por exemplo, o *checklist*, também aparece como sugestão de melhoria na fala do DC, **“Teria que ter mostrado para ela o checklist, cada item dele** para que a aluna **visualizasse o que errou o que acertou”** (VF-3ºO). Por conta da percepção desse docente, com certeza ele também não se esquecerá de introduzir essa mudança no próximo processo

avaliativo. Partindo do princípio que o *checklist* é um instrumento que, ao acompanhar o resultado da avaliação, traduz-se em aprendizado ao aluno, é preciso estar atento para que se corrija e se faça a devolução do instrumento (LUCKESI, 2011b). No dizer de Amaral; Domingues e Zeferino (2012, p. 16), “o *checklist*, além de servir como instrumento de avaliação, configura-se como ferramenta de aprendizagem oferecendo elementos objetivos para dar *feedback* ao aluno”. Contudo, a questão da objetividade do *checklist* requer algum cuidado a fim de que não incorra em uma variedade de julgamentos o que poderia refletir-se negativamente no processo avaliativo (LUCKESI, 2011b).

O professor percebe também que precisa melhorar a orientação do aluno para atender aos objetivos propostos quando comenta que “**não tem a característica de ser uma anamnese. Talvez tenhamos que melhorar a orientação** porque aqui a aluna está conduzindo a história, está inquerindo. Na verdade, ela **deveria receber mais informação do que perguntar**” (DF-VF-3ºO). Ajuste esse sobre a anamnese que o professor se dispõe a fazer a fim de que atenda os objetivos propostos. O ator, nesse caso, também necessita ser orientado a fim de que possa colaborar efetivamente, tendo em vista que a anamnese é um fator preponderante no auxílio do diagnóstico e conta com acertadas informações. Esse mesmo docente percebe a necessidade de outro ajuste relativo à estação quando afirma: “[...] no caso do exame **físico tenho que fortalecer a ideia de que o aluno avaliado tem que buscar o dado clínico no paciente. Nessa estação, eu não tinha feito a informação completa.** Tinha feito para justamente passar as informações” (DF-VF-3ºO). A detecção de todos os ajustes e da postura proativa partiu do olhar do professor com vistas às mudanças, sem isso de nada adiantaria o VF. A avaliação de habilidades requer atenção minuciosa para detalhes que são essenciais à obtenção do objetivo que se pretende com tal metodologia.

Já outro docente percebe que há necessidade de “talvez a **gente se reunir, montar o caso junto** ou ter um tempo hábil para isso, **poderia me organizar melhor**” (VF-DE- 4ºO). Esse aspecto levantado é bem importante tendo em vista que nos internatos, bem como na avaliação de habilidades, há necessidade de pelo menos quatro docentes os quais precisam ‘calibrar’ suas ações. Montar o caso junto e fazer o delineamento da estação é primordial. Quanto mais organizada for a preparação da estação e dos docentes, mais fácil fica para o aluno demonstrar seu conhecimento apreendido, bem como para o ato de avaliar do docente. Planejar o OSCE com

antecedência e definir a equipe que trabalhará na execução das tarefas, é de vital importância (PEREIRA, 2012). Daí a preocupação de alguns docentes de que o despreparo dos professores avaliadores e da organização das estações poderia interferir no desempenho do aluno, afirmação essa que ganha envergadura diante dos resultados dessa pesquisa.

O DE comenta que faria mudanças do ponto de vista estrutural da estação como também de sua postura durante o ato avaliativo quando comenta que:

olhando esse vídeo eu penso que talvez em um próximo, **eu deva me posicionar mais para o aluno**, mas **como eu estava escrevendo e corrigindo eu não conseguia. Se eu já estivesse com tudo pronto** eu acho que **eu ia ficar** o tempo todo **olhando para o aluno e não para o papel** (DE-VF-4ºO).

Durante a avaliação de habilidades há necessidade de preencher o *checklist* de acordo com o desempenho do aluno. Esse *checklist* precisa ser objetivo e bem elaborado, a fim de que o professor não perca a atuação do estudante, evitando assim dificultar, de igual forma, o momento avaliativo para um posterior *feedback*. Qualquer desvio do olhar em outra tarefa traz repercussões na avaliação, principalmente, quando se trata de procedimentos envolvendo técnicas sequenciais. A falta de familiarização com esse método avaliativo, a ausência de operacionalização prévia, são fatores que permitem o surgimento de lacunas, como expostas na fala acima.

Tratando-se de adequações que o docente faria, a DC dá uma sugestão para os estágios baseada na praticidade do *checklist* dizendo “[...] aqui no OSCE, eu tenho um *checklist*, mas no dia a dia eu não vou ter. Então **seria interessante para a gente, não só no OSCE, para ver se você está orientando direito, se está pontuando o que ele tem que aprender, se ele fez certo, se ele não fez**” Essa colocação do professor demonstra que, além de perceber que o *checklist* poderia ser um instrumento útil para ajudar no controle das ações do aluno em campo de estágio, também mostra a preocupação do docente em melhorar sua performance nesse cenário de formação. A reflexão por conta das mudanças inseridas na avaliação do Internato dos alunos repercute positivamente no exercício da docência em outros segmentos da formação. Daí, a justificativa em afirmar que a avaliação é diagnóstica, pois o âmago da avaliação da aprendizagem compreende a preocupação com o

crescimento do discente modificando o fazer docente. Caso contrário, não seria diagnóstica (LUCKESI, 2011b).

Ainda sobre a questão de mudança postural, a DD comentou que “o vídeo mostra que **eu devo falar menos**, tenho que limitar a quantidade de palavras. Penso que **preciso dar mais espaço para eles falarem**, né? Eu acho que talvez seja importante” (VF-3ºO). O professor no afã de ajudar o aluno em seus ajustes no momento da avaliação, muitas vezes, sem perceber, ocupa praticamente todo o espaço com sua fala. O aluno, por sua vez, necessita manifestar-se até para que o professor o ajude a rever o que falta ao conhecimento não assimilado.

E as melhorias na estação, principalmente na clareza do que se pretende, mais uma vez aparece na pesquisa. Após olhar o vídeo, a percepção do DE é de que “eu **orientaria um pouco melhor eles**, pois estavam meio perdidos. Talvez na **porta colocar mais pontual o que eles têm que fazer**. E o DF afirma que “[...] **ela precisou ler aqui dentro**, na sala de exame de anamnese, o **que deveria fazer**”. Então, eu **preciso corrigir de forma que ela entre na sala já sabendo o que vai fazer**” (VF-3ºO). Porque uns faziam só anamnese, outros perguntavam sobre o exame físico, outros não sabiam se tinham ou não que examinar” (DE-VF-4ºO). Essas falas expressam que quando a estação não está bem montada, o aluno fica literalmente perdido não sabendo o que fazer. O aluno precisa ter, clara e objetivamente, conhecimento do que está lhe sendo solicitado para desenvolver o que lhe pedem (LUCKESI, 2011, b). Torna-se fundamental que o professor ajuste suas estações e a autoscopia por meio do VF, além de suscitar a necessidade de o docente realizar alguns aprimoramentos metodológicos e organizacionais do método. Diante desses achados, questiona-se: Sabendo-se que o professor organiza a avaliação do aluno sem clareza do objetivo a ser atingido, poderá esse docente ter o retorno da sua aprendizagem? Será que está atingindo seus objetivos de ensino? Uma vez que a avaliação só tem sentido se for para auxiliar no processo ensino-aprendizagem, é muito importante ter claro os objetivos de ensino. Para melhor compreender a relação dos objetivos de ensino com a aprendizagem do aluno e poder exercer a docência em sua essência na avaliação, trazemos a seguinte afirmação:

A avaliação é uma tarefa didática necessária e permanente do trabalho docente, que deve acompanhar passo a passo o processo de ensino e aprendizagem. Através dela os resultados que vão sendo obtidos no decorrer do trabalho conjunto do professor e dos alunos são comparados com os objetivos propostos a fim de constatar progressos, dificuldades, e reorientar o trabalho para as correções necessárias (LIBANEO, 1994, p. 195).

Algum ajuste relativo a fazer a devolutiva do desempenho para o aluno também apareceu na fala do DE. O professor comenta que “[...] **apreciaria item por item de uma forma mais objetiva. [...] viraria a folha para o aluno**, seria mais adequado, e para **o aluno entender também a minha avaliação** ‘eu tirei essa nota por causa disso’ (VD-4ºO). De igual forma, deixaria a estação mais ‘enxuta’, pois “quando a cronometrista falou ‘**término do *feedback***’, **eu estava lá no começo ainda [...] tinha muita coisa nessa estação, estava muito cheia**” (DE-VD-4ºO). Para tanto, é importante que o professor se atente que sendo as estações temporizadas, requerem objetivo único, pontual e caso clínico oportuno, a fim de que o *feedback* possa ser realizado com tranquilidade.

A falta de organização ao extrapolar o tempo sugerindo que a estação estava ‘muito cheia’, não contribui de forma eficaz para o aluno em avaliação, ao contrário, poderá trazer sérias repercussões no resultado de seu desempenho avaliativo. E a dificuldade em dar acertadamente o diagnóstico dentro da estação, pode ser resultado do efeito dominó, como aponta o DE “**uma coisa vai levando à outra e aí atrapalha todo o raciocínio, o diagnóstico** por causa de uma coisinha boba” (DE-VF-4ºO). Isso exprime o cuidado na elaboração do processo avaliativo, pois “o emprego bem-sucedido deste modelo de avaliação depende do cumprimento de várias etapas, dentre as quais, o delineamento, o planejamento e a descrição por escrito do que se pretende realizar” (TRONCON, 2012, p. 63).

Tendo em vista que o *feedback* efetivo procede do *checklist*, é importante que o aluno, além de escutar, visualize qual o item que apresentou desempenho parcial, total ou até mesmo, o que não atingiu. Isso pode favorecer o seu processo cognitivo em reformular as mudanças necessárias em busca da excelência na aprendizagem.

À medida que o professor faz sua autoscopia ele pensa, reorganiza suas ações para melhorias em um futuro OSCE como, por exemplo, na fala do DD, “É que eu **estava pensando já para os outros OSCEs** em já dizer assim: ‘**olha tem um papel e uma caneta só se você quiser usar**’. Talvez **explicar para eles que tem papel e caneta**” (DD-VF-3ºO). Essa mudança sugerida pela docente, após ver o

vídeo, provém de uma situação pessoal que ela relata que “fiz isso porque **eu me sinto mais segura quando anoto as coisas**” (DD-VF-3ºO). Ela percebeu que a falta do instrumento de anotação interferiu fortemente no emocional do aluno, tendo em vista estar habituado a realizar as consultas no ambulatório com caneta e papel para anotação mesmo que tenha instrumento informatizado.

O fato de ficar à disposição papel e caneta para os alunos efetuarem suas anotações nos remetem ao que foi comentado anteriormente pelas autoras Romanowski e Wachowicz (2004) quando afirmam que os alunos se utilizam de procedimentos a fim de conhecer, controlar e regular sua aprendizagem, sendo uma delas a anotação de pontos importantes.

Ao mesmo tempo em que os docentes vão tendo maior participação nas rodas de conversa, refletindo de forma individual e coletivamente sobre o ensinar, o aprender e como avaliar, eles obtêm maior clareza das ações que desenvolvem e traçam mudanças. “Quem quer superar o problema da avaliação precisa abrir mão do autoritarismo da avaliação, rever a metodologia em sala de aula, redimensionar o uso da avaliação, alterar postura diante dos resultados obtidos e criar uma nova mentalidade” (VASCONCELLOS, 2006b, p. 66).

O DA também notou que precisa realizar algumas mudanças na sua estação, a fim de deixá-la mais parametrizada e mais esquematizada.

Acho que **pode melhorar, você pode parametrizar**. O exame clínico pode ser rápido. Palpação de pulso é importante. A pele se tem alteração de cor, temperatura, pilificação para ver se é crônico, agudo, se tem cianose, palidez ou hiperemia e daí vai fazer o doppler. ‘**Localize um pulso com o doppler**’, para ver se ela sabe usar o aparelho. ‘**Apalpe todos os pulsos**’ para mostrar onde que ela vai buscar? Para fazer o índice o que você faz? [...] Eu acho que seria **uma modificação para ficar mais esquematizado**. Você já colocou nos objetivos, e pode entregar para o aluno o **que ele tem que fazer** (VF-2ºO).

Muitas vezes o professor ao avaliar o que o aluno apreendeu sobre os conhecimentos teóricos e práticos, insere muitos objetivos em uma mesma estação esquecendo que é a qualidade e não a quantidade que interessa. A percepção de que deveria haver mudanças no *checklist* deixando-o mais esquematizado e parametrizado se constituem em importantes ajustes e que facilitarão o processo avaliativo do docente, além de contribuir com um adequado desempenho do aluno. Nesse sentido, Luckesi (2011b, p. 87) colabora afirmando que “o ato de avaliar não

serve como pausa para pensar a prática e retornar a ela, mas sim como um meio de julgar a prática e torná-la estratificada”.

À medida que se caminha na organização com a aplicação do OSCE, alguns itens vão despertando maior domínio e, outros aspectos que requerem ainda melhorias, vão aparecendo. Não basta somente detectar necessidade de aprimoramento, mas, principalmente, a disposição interior do docente em efetivar a mudança.

Nesse sentido, após se visualizar no vídeo, a DC assim comenta:

[...] no **começo a gente estava meio perdido** e queria fazer uma coisa bem simples para não complicar muito. **Mas à medida que a gente vai evoluindo, vai introduzindo mais coisas.** Eu acho que a ideia é **futuramente ter atores.** Então talvez **se tiver um ator no nosso lugar, você consegue avaliar melhor o aluno. Não tem que se preocupar em responder e não dar ‘bola fora’, o aluno iria agir como o ator como se fosse um paciente mesmo. Com a gente, às vezes, ele age como se fosse o professor e não o paciente (VF-3ºO).**

A percepção da professora de incluir atores no caso simulado traduz-se em uma atitude muito acertada para a execução da avaliação de habilidades. O ator treinado vem corroborar para que a função do professor seja única e exclusivamente, avaliar o aluno, evitando assumir demais funções como em responder, preencher o *checklist* e avaliar ao mesmo tempo. Também facilitaria a relação paciente-aluno retirando o viés de ser o professor que está respondendo as perguntas, o que pode confundir o aluno. Na fala acima, ficou nítida a preocupação da professora no papel de atriz quanto ao controle das respostas para não responder inadvertidamente. A resposta precisa ser a mesma para todos os alunos que fizerem o mesmo questionamento. Assim, sendo o professor o ator que também avalia, o padrão pode ser perdido por respostas diferentes. Daí a figura do ator para minimizar esse risco. À medida que se caminha pela avaliação da aprendizagem, o docente pode verificar o quanto o seu trabalho está sendo eficiente ou desvios que apresenta a fim de traçar estratégias para mudanças (LUCKESI, 2011b).

Um aspecto muito positivo em relação à autoscopia é a mudança no fazer docente a qual pode ser percebida por meio da seguinte colocação: **“A partir do 1º OSCE que eu coloquei a informação objetiva, que peguei um paciente no ambulatório e discuti aquela situação do sangramento, houve uma progressão**

do aluno, uma melhora na avaliação e na postura deles” (DF-VF-3ºO). Sobressai a criticidade do professor do que está fazendo redimensionando seu fazer pedagógico, objetivando melhorias. A avaliação contribui para o acréscimo de soluções alternativas em um determinado percurso (LUCKESI, 2011b).

O mesmo docente relata outro avanço, dessa vez, em relação ao instrumento de avaliação:

[...] **o meu *checklist* vem amadurecendo** também. Não houve muita mudança, mas **a forma de eu enxergar o *checklist***. Por exemplo, a primeira vez eu queria ter uma somatória para eu dar uma nota para o aluno, eu vejo que isso não é possível, pelo menos eu não consegui montar isso. Eu **tenho que ter uma impressão**. [...] foi o que eu amadureci depois do último OSCE (DF-VF-3ºO).

Há um constante aprimoramento do saber e a disposição interior do docente associada à sua criatividade, propiciam mudanças que o incentivam a sempre mais buscar por novas aquisições. O ganho é de todos os atores no cenário do ensino.

As mudanças na atuação docente advêm de diferentes níveis, sendo um deles o nível técnico em que o ‘saber fazer’ ganha expressão. Para isso, há necessidade de abertura do docente, busca de soluções para dúvidas, de observação e de experiências da prática, bem como do *feedback* para que o novo seja integrado no cotidiano (ANASTASIOU, 2004).

As mudanças na atuação docente advêm de diferentes níveis, sendo um deles o nível técnico em que o ‘saber fazer’ ganha expressão. Para isso, há necessidade de abertura do docente, busca de soluções para dúvidas, de observação e de experiências da prática, bem como do *feedback* para que o novo seja integrado no cotidiano (ANASTASIOU, 2004).

Ele nos relata que:

Quando ele **termina a prova prática eu faço o *feedback* e esse ano eu fiz diferente**. Peguei a primeira pergunta... **‘por que você fez isso?’**. **‘Qual é o raciocínio que você teve?’**. E todos justificaram, fundamentaram todas as questões. [...] acho que **isso que é o importante**. Quando ele **errou uma questão** eu perguntei, **‘mas por que você achou que era essa a resposta e não aquela?’** (DA-VF-2ºO).

Nota-se que o aprendizado por meio de um processo avaliativo, fazendo uso do *feedback* efetivo e da autoscopia, tende a ser mais efetivo e significativo. Fundamentar o raciocínio obtido por meio da teoria só tende a trazer contribuição para uma aprendizagem não mecânica, mas sim significativa. Ao serem realizadas as fundamentações por meio da teoria em resposta aos questionamentos, os processos de associação podem constituir âncora para novas estruturas (ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2004). Estruturas essas que permitem modificação do conhecimento imputando significados à estrutura cognitiva constituindo-se em uma aprendizagem significativa.

E para encerrar essa categoria, trazemos um último relato em que o docente percebe modificação de sua atuação quando diz:

eu acho esse **último OSCE que eu fiz já melhorei em relação ao primeiro**. Melhorou a condução do aluno em ver a anamnese, a maneira de fazer o exame clínico. Nesse contexto, eu **aprimorei a maneira de olhar como um todo**. [...] **o vídeo já deu uma evolução grande porque você vê o que você fez, vê o que o aluno fez e discutiu isso. E na discussão você vê a solução. Além de toda reflexão**. Eu acho que isso que é importante (DA-VF-2ºO).

O ato reflexivo aparece nessa pesquisa como o grande instrumento mediador e transformador das ações docentes e discentes. Nesse sentido, a avaliação cumpre seu papel por ser reflexiva, relacional e compreensiva (VASCONCELLOS, 2006b).

Essas últimas percepções trazem em seu âmago a ação efetiva do vídeo em relação à contribuição ao docente de forma ativa, eficaz, ora ensinando, ora refletindo, ora aprendendo, ora interagindo com os demais docentes, ora modificando-se a si próprio mostrando a dinamicidade que envolve a arte de ensinar, de aprender e de avaliar o que a autoscopia propicia em analisar as imagens pela videogravação.

5.2.3.3.3 Sugestões de mudanças do VF: olhar do discente e do docente

Após tecermos mudanças sobre a atuação docente e discente no âmbito da VF, faremos alusão às mudanças relativas ao próprio instrumento, o vídeo *feedback*. Dos 23 alunos, a maioria (78,26%) teceu sugestões para mudanças em relação ao VF. Alguns alunos (13,04%) disseram que não fariam mudanças e outros (8,70%) não se manifestaram.

As mudanças sugeridas pautaram sobre os seguintes fatores: o momento de visualizar o VF, o momento de realizar a videogravação, o quê e como realizar, o objetivo, a questão técnica e a condição de ser opcional - os quais estão expostos no Quadro 33. Salientamos que um mesmo aluno elaborou sugestões em mais de um item.

Quadro 33 - Sugestões de mudanças em relação ao VF, sob o olhar do aluno

FATORES	MUDANÇAS SUGERIDAS	FALA REPRESENTATIVA
MOMENTO DE VISUALIZAR 13 (56,52%)	Ver o VF ao final do OSCE e não no meio (5 alunos)	Quanto ao vídeo, está bem legal, só acho que tem quem não goste de se ver antes de ir para outra estação. Então talvez tenha que ser na última para se ver (AE-VF-2ºO).
	Visualizar o VF em outro dia, fora da avaliação do OSCE (2 alunos)	[...] acho que tinha que ser num outro momento. É provável que eu conseguiria visualizar melhor saindo dessa esfera (AF-VF-2ºO).
	Visualizar o VF fora do ambiente da academia (2 alunos)	[...] eu acredito que se você conseguisse se visualizar em casa, 'nossa eu estou fazendo desta forma e não é o jeito correto' ou 'eu tenho um jeito que talvez facilitasse minha vida' (VF- 2ºO).
	Mostrar o VF para os alunos no começo do curso (3 alunos)	[...] mostrar para outros alunos, os que estão iniciando (AN-VF-3ºO).
	Realizar o VF em ambiente real (1 aluno)	[...] na correria do dia a dia você nem pensa, é muito automático e você vai repetindo erros sucessivos. Então se você conseguisse se visualizar, seria ideal (AF-VF-3ºO).
MOMENTO DE REALIZAR 17 (73,91%)	Realizar a videogravação em outros momentos da formação (6 alunos)	Acho que quando eu estivesse no terceiro ano, segundo ou quarto ano, alguns vídeos desses iriam me ajudar para o aprendizado. Pode ser uma ferramenta interessante (AN-VF-3ºO).
	VF de um OSCE sem nota (4 alunos)	Usar essa ferramenta no aprendizado é muito bom [...] terminou de estudar semiologia cardiovascular, coloca um ator e faz treinando, não avaliando, não com nota (AQ-VF-3ºO).
	Fazer o VF em todos os OSCES (2 alunos)	[...] fazer a gravação sempre (AG-VF-2ºO).
	Não fazer o VF em todos os OSCES (1 aluno)	Penso que não precisa fazer em todos os OSCES (AS, VF,3ºO)
	Não fazer a videogravação (1 aluno)	Eu acho que mais atrapalha [...] fazer só para os alunos reverem, acho que não (VD AO-4ºO).
	Fazer o VF em todas as estações do OSCE	[...] acho que manter em todas as estações seria o ideal (AJ-VF-3ºO)

	(1 aluno)	
	Elaborar a vídeogravação no início e no fim das disciplinas Internato/ Semiologia (2 alunos)	No primeiro dia faz um ou dois casos filmando, para ver como você vai atuar [...] E depois, no final com o OSCE, filmando novamente para você comparar (AI- VF-3ºO).
O QUE REALIZAR 2 (8,70%)	VF somente de imagens pontuais (anamnese, procedimento) (2 alunos)	Eu acho que seria com imagens pontuais, por ex., a forma como eu cumprimento o paciente, como dar um diagnóstico (AP-VF-3ºO)
COMO REALIZAR 2 (8,69%)	Fazer o VF com a presença do professor (1 aluno)	[...] se pudesse a professora sentar junto com o aluno, em todos os VF, para mostrar os defeitos que ele tem, os detalhes, alguma coisa para modular a conduta do aluno (AJ-VF-3ºO)
	Filmar o mesmo aluno em estações diferentes de vários OSCEs (1 aluno)	[...] você poderia filmar uns cinco, dez OSCEs do mesmo aluno em estações diferentes (AN-VF-3ºO).
OBJETIVO 5 (21,73%)	Usar VF como instrumento de revisão de prova (controle) (2 alunos)	[...] é uma ferramenta que pode ser útil. Se uma pessoa pedisse uma revisão de prova teria o vídeo (AR-VF-3ºO)
	Fazer VF para ensinar o aluno a colocar-se no lugar de paciente/ator (1 aluno)	Você pode filmar o aluno a ser paciente [...] eu não sei ser paciente [...] isso também ajuda na forma quando eu estiver interrogando, fazendo uma anamnese (AS-VF-4ºO).
	Elaborar a vídeogravação no início e no fim das disciplinas Internato/ Semiologia para que o aluno compare seu desempenho. (2 alunos)	No primeiro dia faz um ou dois casos filmando, para ver como você vai atuar [...] E depois, no final com o OSCE, filmando novamente para você comparar (AI- VF-3ºO).
QUESTÃO TÉCNICA 2 (8,69%)	Mudança do tamanho e do local da câmera (2 alunos)	[...] algumas faculdades têm aquele vidro. Talvez a câmera não ficasse tão exposta [...] é incômodo (AX-VF-4ºO). Eu achava que essa câmera tinha que ser menor (AJ-VF-4ºO).
CONDIÇÃO 4 (17,39%)	VF opcional e não obrigatório (4 alunos)	[...] essa obrigação de ver o vídeo, ver nossa avaliação eu acho que deveria ser opcional (AD-VF-2ºO).

Fonte: Autoria própria

Desses sete diferentes fatores, três apresentam destaque sendo eles: o 'momento de visualizar o VF'; 'quando realizar o VF'; e, a 'condição'.

1) Momento de visualizar o VF

Em relação ao **momento de visualizar** o vídeo, sugeriu-se que a mesma aconteça, preferencialmente, aconteça ao término do OSCE e não durante. Os alunos têm a percepção de que dependendo do seu desempenho, pode ser um fator que

contribua para um provável nervosismo nas demais estações, principalmente se o seu desempenho não foi o esperado.

Diante disso, e respeitando os ditames da pesquisa-ação, resumidamente, as autoscopias assim se sucederam:

- a) 2º OSCE: autoscopia aconteceu entre a quarta e a primeira estação;
- b) 3º OSCE: o aluno fez sua autoscopia ao final do OSCE; e,
- c) 4º OSCE: autoscopia deu-se também ao término do OSCE.

Houve sugestão de alunos (8,70%) de ver o vídeo fora do contexto da academia, em casa, pois consideraram que dessa forma a contribuição seria maior, conforme a fala da AF:

na correria do dia a dia você nem pensa, é muito automático algumas coisas, e vai repetindo erros sucessivos. Então eu acredito **que se você conseguisse se visualizar, 'nossa eu estou fazendo desta forma e não é o jeito correto' ou 'eu tenho um jeito que talvez facilitasse minha vida'** [...] percebo que na cirurgia o fluxo é muito grande de pacientes e **você vai fazendo as coisas e não vai pensando** [...] no final do dia você fala 'nossa, mas porque eu fiz desta forma, porque a conduta é essa e não essa'. Então, acho que isso ia ajudar bastante na sala cirúrgica, principalmente (VF- 2ºO).

O automatismo que toma conta do cotidiano é preocupante. A quantidade de ações, a complexidade inerente ao ser humano, o tempo escasso para cumprir as determinações com zelo acabam impedindo que reflexões importantes sejam feitas quanto à eficiência dessas ações. Daí a fala: “Necessitamos de eficiência, não eficiência para qualquer finalidade, mas eficiência que nos auxilie a dar perspectivas de vida sadia para todos os seres humanos”. (LUKESI, 2011b, p. 133).

Outra sugestão de alunos (8,70%) foi de que o VF deveria ser visto em dia distinto ao da avaliação, tendo em vista o aluno encontrar-se mais tranquilo e já ter refletido sobre a avaliação transcorrida.

O fato de uma filmagem acontecer num ambiente real dentro dos estágios junto ao atendimento do paciente pode ser mais válido para o aluno no que se refere à facilidade para correção de suas falhas. Sobre isso, o AC comenta que “em uma **situação de atendimento, você acaba esquecendo alguma coisa [...] quando você vê o vídeo** ‘poxa, poderia ter feito diferente ali, ter melhorado ali’ e isso **é uma**

coisa que contribui porque você está se avaliando e não outra pessoa” (VF- 3º0). Fora do OSCE haveria maior tempo disponível ao aprendizado, bem como aproximação do tempo real dispensado para o atendimento ao paciente. Para não se perder o padrão necessário o tempo é cronometrado, o que exige do aluno rapidez em suas ações no OSCE.

2) Momento de realizar

No quesito da formação, os alunos (43,47%) sugerem que a videogravação não fosse realizada durante o OSCE, mas sim em outros momentos da formação, fora do ambiente avaliativo, por conta da carga emocional que circunda a avaliação. Estar fora dessa esfera pode ser um coadjuvante benéfico pela tranquilidade que o momento oferece.

Os alunos (56,52%) dão a sugestão que seria relevante filmar o desempenho nos diferentes espaços de formação, incluindo aqui as primeiras séries e o ambiente real proveniente dos estágios. A filmagem poderia acontecer desde as séries iniciais até anteriores ao internato, principalmente nas disciplinas de semiologia, a fim de que o aluno pudesse perceber falhas para aprimoramentos, uma vez que está aprendendo a se relacionar com o paciente e a formar o raciocínio clínico. Nas aulas práticas, esse instrumento poderia ajudar para treinamento das habilidades em realizar uma anamnese e um exame físico, por exemplo. Por tratar-se de treinamento, o VF aconteceria sem vínculo de aprovação do aluno na disciplina, ou seja, sem nota. Essa sugestão surgiu devido à experiência vivenciada pelos alunos em que a videogravação se deu na disciplina de Internato com caráter avaliativo de conhecimentos e habilidades. Considerando que o estágio é um espaço formativo que se dá em uma fase final do curso de Medicina, houve grande impacto e preocupação do aluno em não ser reprovado na disciplina incorrendo em repercussões à sua colação de grau. Nesse sentido, a AS afirma que **“se eu não passar, eu vou repetir, vou ter que fazer tudo de novo, é diferente, não sigo minha vida”** (VD- 4º0).

Ainda em relação à formação, foi sugerido que o VF pudesse colaborar como um instrumento comparativo. Um exemplo se dá pela AP que afirma que **“filmar a prova de semiologia do segundo ano e uma prova de semiologia do sexto ano, para ver a evolução do aluno”**. O mesmo fato se daria em relação ao internato, sendo o aprendizado comparado por meio do VF, quanto ao desempenho do aluno

no início e no seu fim. O internato é um espaço próprio para autoavaliação do aluno sobre sua aprendizagem teórica e prática no ensino médico.

As sugestões quanto ao VF relacionadas ao OSCE foram dadas por poucos alunos (26,08%). Essas foram bem diversas contemplando desde realizar a videogravação do aluno em vários OSCEs e em várias estações, realizar o VF em todas as estações do OSCE, realizar o VF em todos os OSCEs, porém, não informando em quantas estações. Não realizar o VF em todos os OSCEs, bem como não realizar a videogravação em nenhuma conformação. Damos ênfase aqui às diferentes sugestões baseadas nas distintas vivências que o aluno teve no processo avaliativo.

Os poucos alunos (8,69%) que se manifestaram de que o vídeo não deva ser gravado em todos os OSCEs, entendem que a filmagem potencializa o nervosismo e que, ao final do OSCE, querem ir unicamente ir para casa.

Há ainda a sugestão de um aluno (4,34%) que o vídeo não deva ser implementado na formação por achar desnecessário e não trazer nenhuma contribuição.

3) O que realizar:

A sugestão dada por dois alunos (8,70%) nesse fator foi de que na autoscopia haja direcionamento à habilidade a ser avaliada em seu desempenho, evitando-se delongar em visualizar as demais partes do vídeo. A visualização de habilidades específicas, “com **imagens pontuais**, como por exemplo, a forma como eu **cumprimento o paciente**, como **dar um diagnóstico**” (AP-VF-3ºO). O professor estabelecerá um padrão como base e assim verificaria se esse padrão foi atingido.

4) Como realizar:

Os alunos (8,70%) sugeriram que o VF poderia ser realizado com a presença do professor durante a autoscopia por entenderem que esse é um momento importante de aprendizado. Os demais alunos não se manifestaram sobre o assunto. O AJ considera oportuna a presença do professor e sugere “a professora sentar junto com o aluno para **mostrar os defeitos**, os detalhes, alguma coisa para **modular a conduta**” (VF-4ºO-CM). Além desses aspectos, a presença pode suscitar outros aprendizados, entre eles a relação médico-paciente. Nesse sentido, trazemos fala do D4 que acompanhou a revisão do desempenho do aluno quando diz: “imagine que

“você está tratando alguém de oitenta anos que nunca teve nada e que nunca foi no médico... e você com **aquele jeito durão [...] você não teve um olhar para o paciente [...] como é que vai criar uma relação mais próxima?**” (VF-3ºO). Já o D5 faz um *feedback* positivo da relação entre o futuro profissional e o paciente simulado no OSCE, quando diz “**Você teve uma postura legal, ereta, olhando para o paciente. Transmitiu conexão** e eu gostei disso “[...] vocês vão chegar aqui bem velhinhos, com sua bengalinha, fazendo exame físico, história clínica, diagnóstico. Vocês têm que conversar com o doente, vocês têm que sentir o doente” (VF-3º O).

Os aspectos positivos elencados pelo docente, sobre a postura assumida pelo aluno, certamente não serão esquecidos com possibilidade de repetição do comportamento. Essas falas expressam a preocupação que o professor tem em enaltecer e, ao mesmo tempo, solidificar os valores humanísticos envolvendo a relação médico-paciente. Tal formação humanística procura desenvolver as competências ético-relacionais que acontecem em vários cenários de ensino-aprendizagem do currículo formal e informal do curso de medicina, bem como nas diversas interações das pessoas no ambiente acadêmico (RIOS, SCHRAIBER, 2012).

Outro fator importante relativo à presença do professor na autoscopia é que “ele **pode ver o quanto o nervosismo alterou na conduta do aluno** com o paciente” (AJ-VF-3ºO). Outro professor que também acompanhou seu aluno no VF contribuiu dizendo “o **que você pode melhorar é a tua organização de pensamento para as perguntas terem sentido**, uma ‘ligadinha’ na outra, que daí você **agiliza o raciocínio do paciente e facilita a resposta**” (D23-VF-3ºO).

Os professores acompanharam a autoscopia do aluno no 2º e 3º OSCE, contudo, percebemos que a presença de alguns professores impedia que os alunos se posicionassem com liberdade. Diante disso, decidimos deixar o aluno sozinho em suas revisitações no 4º OSCE, cujos resultados apontam para a necessidade de elaborar um guia ao professor para auxiliar o aluno durante a revisitação de seu desempenho.

5) Objetivo

O VF é sugerido pelos (21,73%) para algumas finalidades. Uma delas é usá-lo como uma ferramenta na capacitação do aluno a desempenhar o papel do ator simulado. E, ao mesmo tempo, que desempenharia o papel, teria a oportunidade de aprender a elaborar as perguntas para uma anamnese.

Outra finalidade está relacionada à questão de ser um instrumento de revisão de prova. A fala da AR exemplifica: “Eu queria que voltasse um pouquinho para ver se eu falei realmente da dieta porque ela me zerou nisso e eu acho que eu orientei. [...] Estou vendo que fiz isso no vídeo, e é um ponto que ela me zerou” (AR-VD-4ºO). Nesse caso, em que o VF possibilitou rever os fatos, há uma questão de injustiça da avaliação do docente frente ao desempenho da aluna. A avaliação da aprendizagem está relacionada de forma profunda com a questão de justiça. São formuladas algumas avaliações em que os alunos se sentem injustiçados, sendo um dos fatores a não compreensão do significado da atribuição das notas (VASCONCELLOS, 2001).

6) A questão técnica

Foi lembrado por (4,34%) que as câmeras, para captação das imagens, fossem menores ou que fossem retiradas do local. Já foi referenciado nessa tese (FERRÉS, 1996) de que os instrumentos usados para a filmagem podem gerar certo constrangimento, portanto, para minimizar essa situação desagradável, deve-se dar preferência a aparelhos menos indiscretos (FLICK, 2009).

7) Condição de ser opcional

Foi elencada pelos participantes da pesquisa (17,39%), a sugestão de que a visualização do vídeo aconteça em caso de solicitação sem que haja obrigatoriedade para tal. A fala do DF vai nesse sentido e diz que, “[...] de repente **essa fase aqui não seja obrigatória!** Fica à disposição para o aluno e para o tutor, **quando acharem importante**” (VF-3ºO). Aqui vale o planejamento didático do professor em consonância com as sugestões dos alunos no processo de ensino e de aprendizagem. Similar à fala anterior, a AD sugere que “**ver o vídeo** depois do OSCE **deveria ser opcional** [...] a gente está **muito estressado**. Por mais que seja o terceiro [...] não foi tão bem na prova, quer ir embora para casa. **Depois você tem a possibilidade de ver e discutir**” (VD-3ºO). A aluna se manifesta e suas sugestões relacionadas ao VF são similares às de outros participantes de que o cansaço advindo do processo avaliativo não contribui para a disposição em visualizar o ocorrido no OSCE.

Ao finalizarmos os aspectos relativos às mudanças que os discentes apontam sobre o VF, inferimos que ele é um instrumento tecnológico com intencionalidade de colaborar com o aprendizado do aluno, contudo, o momento e a obrigatoriedade da visualização são questionados. Essa ferramenta didática foi apontada pelos alunos

como instrumento que pode colaborar de forma prática na formação, sendo utilizada em diferentes cenários e de diferentes formas. Necessita, ainda, de aprimoramentos na elaboração e no processo de avaliação da estação do OSCE.

Ao encerrarmos a análise das sugestões propostas pelos alunos, lançaremos então o olhar para as sugestões de mudanças relativas ao VF, tecidas pelos docentes. Nesse sentido, todos eles (100%) apresentaram sugestões que foram agrupadas em cinco fatores distintos: em relação ao momento de visualizar o VF, ao momento de fazer a videogravação, a presença do professor, ao objetivo relativo às questões de operacionalização. O Quadro 34 contém tais sugestões associado com a fala representativa. Salientamos que os docentes se manifestaram e teceram sugestões em mais de um item, o que explica porque houve extrapolação da porcentagem.

Quadro 34 - Sugestões de mudanças em relação ao VF, sob o olhar do docente

FATORES	MUDANÇAS SUGERIDAS	FALA REPRESENTATIVA
MOMENTO DE VISUALIZAR 2 (33,33%)	Ver o vídeo em outro dia fora do OSCE (1 docente)	Faz a filmagem, mas ver o vídeo, o <i>feedback</i> do vídeo, marcaríamos depois para outro momento (DD-VF-3ºO).
	Visualizar pontualmente (1 docente)	Talvez pontualmente seja útil, que no dia a dia (DF-VF-3ºO).
MOMENTO DE REALIZAR 8(>100%) OBS: o mesmo docente apresentou mais de uma sugestão, ultrapassando os 100%	VF em outro momento da formação (4 docentes)	Acho que o vídeo seria muito bom para o aprendizado, no treinamento, não na avaliação (DE-VF-4ºO).
	Fazer o VF em ambiente real - estúdios (2 docentes)	[...] um momento...na vida real, com paciente de verdade (DB-VF-3ºO).
	VF que fosse realizado num OSCE sem valor avaliativo (2 docentes)	“Talvez se a gente pudesse fazer uma estação sem valer nota com vídeo, ou o quinto ano fazer com vídeo sem valer nota...” (DB-VF-3ºO).
QUESTÃO TÉCNICA 6 (100%)	Fazer layout da sala por conta das câmeras (1 docente)	Acho que talvez, antes de começar a filmagem, a gente traçar o caminho que a gente tem que fazer para não passar em frente à câmera (DA-VF-2ºO).
	Mudança na câmera (1 docente)	“Câmera centralizada. Para onde você for a câmera te acompanhará [...] gravar de alguma forma que não seja com tripé” (DA-VF-2ºO).
	Sala específica para o OSCE (1 docente)	“Tinha que ser sala de OSCE específica, não sala de consultório, de ambulatório como nós utilizamos” (DA-VF-2ºO)
	Melhorias na qualidade de som do vídeo.	“Talvez fosse até melhor... não sei. A gente conseguiria melhorar a qualidade

	(2 docentes)	do vídeo, do som, enfim, para o professor nem ficar na sala” (DE-VF-4ºO) “E eu vejo que a minha voz, às vezes, não fica tão nítida. Então talvez melhorar essa questão de captura do som, colocar um microfone na parede, na mesa” (DF-VF-3ºO)
	Cuidados na captação da imagem X avaliador (1 docente)	“Quando a gente começou o vídeo ficou meu braço e minha mão aparecendo no canto, acho que nessa imagem aqui... penso que isso atrapalha” (DE-VF-4ºO)
OBJETIVO 3 (50,00%)	Vídeo para capacitação de novos professores (1 docente)	“Poderia ser usado como um treinamento de novos professores e depois, filmar esses professores [...] vão ter que avaliar como se posicionaram, como avaliaram seu aluno. E depois de cada cinco, seis OSCEs você filma novamente” (DA-VF-2ºO)
	Vídeo para auxiliar nas melhorias do fazer docente (1 docente)	“[...] Às vezes você olha no vídeo e não vê as tuas falhas como professor. Então eu acho que é válido, mas tem que outras pessoas te avaliarem, não só você se avaliar” (DC-VF-3ºO)
	Elaborar a vídeogravação no início e no fim da disciplina a título de comparação de desempenho. (1 docente)	No caso da técnica operatória, olhar no começo e no final (DF-VF-4ºO)
COMO REALIZAR 2 (33,33%)	Fazer o vídeo sem a presença do professor (2 docentes)	[...] conseguiria melhorar a qualidade do vídeo para o professor nem ficar na sala (DE-VF-4ºO).

Fonte: Autoria própria

Diferentemente das sugestões dos alunos, dos cinco diferentes fatores, três apresentam destaque, sendo eles: ‘quando realizar; quanto às ‘questões técnicas’; e, o ‘objetivo’. Percebemos que as questões técnicas são mais relevantes na percepção do docente do que na dos alunos. Há um importante enfoque também para as questões de quando realizar.

1) Momento de visualizar

Em relação ao momento de visualizar o VF, os docentes (33,33%), apontam para que a visualização aconteça em outro dia, fora do ambiente avaliativo do OSCE e de forma pontual, não diariamente. Similar à percepção dos alunos, há o entendimento dos docentes de que a visualização do VF durante o momento avaliativo pode não ser tão adequada pelo cansaço e/ou pela tensão associados ao procedimento.

2) Quando realizar

Esse foi o fator mais expressivo por conter o maior número de sugestões, perfazendo um total de 8.

Efetuar o VF em outro momento da formação foi também sugerido pelos docentes (66,66%), principalmente nas disciplinas de cardiologia e de semiologia em que poderia haver importante ganho para o aluno.

A DD sobre isso afirma que:

[...] imagine um **atendimento de um paciente da cardiologia**, um aluno do terceiro ano. **Imagine a gente passar isso na semiologia**. Porque são momentos diferentes, são etapas diferentes [...] se eu fizesse **na semiologia eu ia focar numa coisa só**, o exame físico, na anamnese. Já **na cardiologia um foco a mais na escadinha do conhecimento** (VF-4ºO).

Há entendimento de que o vídeo seria um instrumento preparatório do aluno para a avaliação de habilidades clínicas. Poderia também servir como um treinamento das habilidades que deverão se fazer presentes na prática médica.

Os docentes também consideram que realizar o VF dentro do OSCE pode não ser tão benéfico por potencializar os aspectos emocionais. “Eu acho que o **vídeo é mais um fator complicador** para eles. **Ficam mais nervosos**. Já tem o professor olhando o aluno, então com uma câmera lá em cima...” (VF- DE-4ºO).

Ainda na formação, os professores (33,33%), comentaram que o VF deveria ser realizado em ambiente que configura a realidade, como por exemplo, nos estágios, cenário em que a teoria faz interface com a prática. Um vídeo do atendimento ao paciente seria uma oportunidade para melhor verificar a interação entre o paciente e o aluno e os necessários ajustes relativos à consulta médica. Os alunos tiveram similar sugestão.

A sugestão do docente corrobora com a dos alunos de que o VF poderia ser mais benéfico em outro contexto de formação quando afirma que “**o vídeo seria muito bom para o aprendizado no treinamento, não na avaliação**” (DB-VF-3ºO). O docente, ao sugerir mudança de cenário para melhorar a aprendizagem do aluno quando ainda em curso, mostra estar exercendo a avaliação formativa, com ajustes no ensinar e no aprender, constituindo-se em um processo de regulação permanente (ROMANOWSKI, WACHOWICZ, 2004).

A sugestão dada pelos docentes (33,33%) é de que a vídeo gravação deve acontecer em um *OSCE*, mas desvinculada de nota. Nesse pensamento a DB expressa “se a gente pudesse **fazer uma simulação fora de avaliação** para eles verem, mas **sem** eles terem a **obrigatoriedade de ter nota, seria bom, [...] acho mais tranquilo**” (VF-3^o).

A sugestão caminha no sentido de se realizar um processo avaliativo com o fim único de avaliar o aluno para fins de aprendizagem, mas desvinculado da nota. Os docentes têm o entendimento que, por ser um ambiente de aprendizado, agregar nota poderia interferir negativamente em relação ao desempenho do aluno deixando-o mais ansioso e preocupado.

3) A questão técnica

Foi um dos itens que também recebeu o maior número de sugestões. As sugestões dos docentes (100%) envolveram desde os equipamentos e câmeras para gravar áudio e som como o ambiente para efetuar a avaliação. A questão do espaço físico adequado para montar as avaliações tem sido reportada na literatura como um importante fator que dificulta a avaliação. Os ambulatórios de hospitais universitários ainda continuam sendo eleitos para a realização do *OSCE*, nos finais de semana quando não estão sendo ocupados para atendimento aos pacientes (TRONCON, 2012).

Em atendimento à necessidade de local adequado à execução do *OSCE*, foi construído na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), um espaço exclusivo para tal. Nele, as câmeras dos consultórios para simulação da consulta, estão localizadas no teto, contudo sua utilização, quando acontece, é para sanar as dúvidas quanto à questão avaliativa.

Em relação à sugestão da instalação da câmera centralizada com obtenção da imagem de cima e que acompanhe o aluno em seu desempenho, pensamos que seja uma proposta não desprezível, contudo, exigirá que seja construído um local específico para a execução do *OSCE*, evitando assim, exposição dos pacientes. Igualmente, a filmagem por câmera centralizada nem sempre filma o que se pretende. Daí a sugestão de que seja adicionada uma câmera em alguma parede, a fim de que possa ser captada a imagem de frente e não somente de cima.

Quanto à melhor captação do som, talvez a inserção de microfone de lapela possa ter resposta mais positiva.

Os aspectos técnicos de operacionalização e de melhoria na gravação do vídeo demonstram a preocupação do docente em ter um instrumento que possa reproduzir, por meio do som e da imagem, um bom material. Houve um olhar do docente para os aspectos de ‘como fazer’ e de ‘como bem fazer’, unindo o momento de realizar o vídeo com as questões práticas de captação do som e da imagem para constituir um material didaticamente eficaz. Esse achado vai ao encontro de que “ao incorporar a tecnologia no ensino, essa deve ser realizada de forma racional, obedecendo aos critérios de coerência, de rentabilidade e de eficácia didática” (FERRÉS, 1996, p. 6).

4) Objetivo

Houve manifestação dos docentes (33,33%) quanto à finalidade do VF. Uma das sugestões foi em relação ao uso do VF para treinamento do aluno e capacitação de novos docentes. Diante dessa sugestão, o instrumento de avaliação e de formação que se traduz em um recurso tecnológico, poderá colaborar com o docente no aprendizado de como avaliar adequadamente o aluno dentro de uma estação no OSCE, em como elaborar uma avaliação clínica objetiva estruturada e em aprender didaticamente a ensinar em diferentes cenários da formação (sala de aula, ambulatórios, laboratórios de ensino, hospitais, unidades de saúde, atendimento pré-hospitalar, etc.).

Apesar da intencionalidade do VF ser individual, a sugestão dada de que os pares visualizem o desempenho para dar sugestões de melhorias que não foram percebidas pelo autor do vídeo, é relevante. A fala da DC vai nesse sentido quando sugere que **“seria interessante se a gente tivesse esses vídeos, e depois as pessoas conversassem: ‘oh, eu notei isso, eu notei aquilo”**. **Às vezes você olha no vídeo e você não vê as tuas falhas como professor** (VF-3º O). Mostra a disposição interior do docente em demonstrar suas ações e suas lacunas na ação pedagógica a terceiros, a fim de receber contribuição e assim melhorar sua atuação docente. Tal atitude deve ser enaltecida porque muitos não estão disponíveis a trocas que enriquecem e constroem. Preferem suas verdades e fecham-se em si mesmos. Contudo, nem todos possuem essa disposição, o que deve ser respeitado. Para aqueles que assim o desejarem, o vídeo pode ser ofertado para os demais docentes atentando-se da necessidade de autorização, em respeito à sua privacidade.

Também compôs esse fator a sugestão de que o VF possa ter sua finalidade remetida à comparação do desempenho do aluno nas disciplinas, sendo aqui

lembrada a de técnica operatória que exige conhecimento e habilidade motora na elaboração de suas tarefas. O professor percebe que o aluno sai modificado ao término dessa disciplina e seria oportuno que o aluno visualizasse sua evolução, trazendo-lhe benefícios em constatar seu crescimento e sua aprendizagem no contexto da técnica operatória.

5) Como realizar

Esse último fator foi composto por sugestões tecidas por docentes (33,33%) de que a presença do professor durante o processo avaliativo do OSCE pode ser fator de estresse ao aluno. Como já analisado em outro momento, a não visualização do professor pelo aluno, permanecendo o docente em ambiente reservado, pode contribuir para melhorias do ponto de vista emocional do discente.

Notadamente, o caminho se faz caminhando e as mudanças da mesma forma, acompanham o caminhar do aluno e do docente para melhorias na formação do ensino médico. O empenho de ambos tem como meta atingir o aprendizado e com isso encaminhar à sociedade, profissionais competentes, éticos, responsáveis e humanos para atendimento da demanda do mundo atual. Para isso, a parcela do docente traduz-se no aprimoramento do seu cotidiano nas habilidades de como ensinar. Já ao aluno lhe compete ser construtor ativo de seu próprio conhecimento assumindo o papel como colaborador nesse processo (BATISTA, MANFROI, 2012).

A construção coletiva do conhecimento com a efetiva colaboração do docente e do discente que permeou a intencionalidade dessa pesquisa modificou os sujeitos por conta da reflexão que foi oportunizada e, ao mesmo tempo, apontou sugestões dentro do universo da avaliação.

Em face do exposto nessa pesquisa e do resultado advindo da análise de dados, podemos conhecer as necessidades relacionadas ao ensino e à avaliação efetuados no curso de Medicina e, assim, contribuir com a formação médica de forma mais efetiva com a instituição da avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) no internato do curso acrescido de um *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback*.

As reflexões geradas pelos alunos e professores fortaleceram o pensamento de que o processo formativo é dinâmico, motivador, cativante e exigente. O trabalho em equipe continua precisando de professores e de alunos que venham ajudar, ampliar e melhorar a difícil tarefa que envolve a formação e a avaliação da aprendizagem.

6 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO

A presente tese é fruto de um programa de Pós-Graduação que tem como pressuposto ampliar o conhecimento científico que ultrapasse a prática de publicação de artigos traduzindo-se na elaboração de um produto que possa contribuir de forma prática na solução efetiva de problemas no ensino.

Nessa perspectiva, e para colaborar de forma prática com aqueles que pretendem continuar no empenho das melhorias na avaliação dos alunos, criamos um site com um modelo teórico e prático para elaboração do OSCE com associação do *feedback* efetivo e o vídeo *feedback*. Contém orientações teóricas e práticas de como operacionalizá-los no cenário da educação. A introdução do instrumento tecnológico avaliativo e formativo, o vídeo *feedback*, tem sua utilização direcionada a professores que poderão recorrer ao modelo para se instrumentalizar e ampliar a avaliação do desempenho de habilidades utilizando-se da autoscopia para tal.

O produto didático-pedagógico tem o intuito de facilitar a elaboração e a condução da avaliação de habilidades utilizando-se da padronização e da organização que o método avaliativo requer. Pretende propiciar reflexões quanto à complexidade que envolve o processo de avaliação e a importância do *feedback* efetivo, do vídeo *feedback* e da autoscopia nesse contexto.

O site (www.videosoce.com.br) é constituído da página inicial e dos menus: OSCE, *Feedback* efetivo e o Vídeo *feedback* com seus respectivos links.





**MODELO TEÓRICO-PRÁTICO PARA REALIZAR
AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS (OSCE)
COM *FEEDBACK* EFETIVO E COM O VÍDEO *FEEDBACK***

PÁGINA INICIAL OSCE FEEDBACK EFETIVO VIDEO FEEDBACK

Apresentamos um modelo teórico-prático para a realização de OSCE com *feedback* efetivo (FE) e vídeo *feedback* (VF), como resultado de pesquisa de doutoramento com o título: "Avaliação Clínica Objetiva e Estruturada (OSCE) com *feedback* efetivo e vídeo *feedback*: sua interface no ensino e na aprendizagem".

A pesquisa foi permeada pela pesquisa-ação que aconteceu entre 2015 e 2018. Envolveu alunos e docentes do internato do curso de

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa foi delineada pela indagação a respeito das possibilidades **de como sistematizar e implantar a metodologia de avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com *feedback* efetivo e o vídeo *feedback*, ao processo ensino-aprendizagem.**

Partimos do pressuposto que a sistematização e implementação da metodologia *Objective Structured Clinical Examination* -OSCE (Avaliação Clínica Objetiva Estruturada) associada ao *feedback* efetivo e ao vídeo *feedback* pode contribuir para o processo de ensino e de aprendizagem de alunos e de docentes do curso de medicina. O objetivo geral dessa pesquisa foi **sistematizar e implantar a avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com associação do *feedback* efetivo e, também com o vídeo *feedback*, nos internatos do curso de Medicina para auxiliar no processo de ensino e aprendizagem.**

Para atingir esse objetivo, uma caminhada foi trilhada envolvendo alguns objetivos específicos sendo o primeiro deles o de **diagnosticar como ocorria o processo de ensino-aprendizagem e de avaliação, sob o olhar dos docentes e discentes, no curso de medicina da UEPG.**

Os dados evidenciaram que a grande maioria dos docentes que atuam no referido curso são profissionais médicos sem formação didático pedagógica. Tal fator pode ter relação com o fato de apesar de serem professores dedicados que buscavam utilizar diferentes cenários de ensino com multiplicidade de técnicas de aprendizagem, eles (médico professor) se percebiam como aprendizes e que sentiam dificuldade para ensinar e, especialmente para avaliar. A referida lacuna pedagógica foi também percebida pelos alunos, os quais afirmaram que os docentes eram ótimos profissionais médico, mas que deixavam a desejar enquanto docentes e também relataram que a avaliação era desvinculada, sem *feedback*, o que não colaborava para a aprendizagem.

Esse diagnóstico apontou à necessidade de uma formação didático-pedagógica que lhes possibilite avaliar com mais efetividade, de maneira que contribua para a aprendizagem do aluno. É notório que os médicos professores que assumem função de formadores na academia, necessitam aliar os saberes da profissão com os da docência para atingir uma formação de excelência no ensino, pois existem habilidades nos conhecimentos didáticos e pedagógicos inerentes a

carreira docente, cujos espaços de formação continuada são importantes para capacitar e reforçar as aprendizagens nessa área do conhecimento.

Assim, a partir deste diagnóstico inicial foi promovida uma FC com enfoque na avaliação de habilidades como estratégias para aprimoramentos no *feedback*, na autoavaliação do aluno e na sistematização e padronização do processo avaliativo realizado pelos docentes.

A formação didática-pedagógica teve a finalidade de capacitar, sistematizar e implantar a metodologia de avaliação de habilidades clínicas (*OSCE*) para os docentes do curso de medicina. As estratégias usadas à devolutiva do desempenho do aluno, constituíram-se da introdução do *feedback* efetivo e do vídeo *feedback*.

Tal formação suscitou nos docentes importantes reflexões sobre o *OSCE*, bem como os desafios que a acompanham. Oportunizou aos professores colocarem-se no lugar do aluno em avaliação e no recebimento do *feedback*. Ao vivenciarem as dificuldades inerentes ao momento avaliativo, os professores tomaram consciência da influência dos aspectos emocionais que permeiam a avaliação de habilidades e a importância do papel do professor nesse contexto. O *feedback* consolidou nos professores a importância dessa devolutiva em relação a aprimoramentos necessários ao processo ensino-aprendizagem que, muitas vezes, é negligenciado ou desvalorizado.

Com o diagnóstico traçado, a formação continuada efetuada passou-se a implementar o *OSCE* associada ao *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback*. Dessa forma, adentramos ao segundo objetivo específico que foi **identificar as percepções dos alunos e docentes sobre a avaliação clínica objetiva estruturada (*OSCE*) com associação do *feedback* efetivo e com o vídeo *feedback***. Nesse prisma, as percepções tecidas pelos alunos e docentes foram diversas mostrando a pluralidade dos olhares e a diversificação que emana da experiência nova e do conhecimento a ser apreendido.

As percepções dos alunos remetem a uma rica experiência em que, de uma forma prática, eles conseguiram testar os conhecimentos, revisar os conteúdos mais importantes e ajudar na consolidação do raciocínio clínico. A oportunidade de colocar-se na posição do médico e de assumir a liderança e tomada de decisão, teve importante impacto em sua formação. Essa experiência avaliativa e formativa suscitou reflexões sobre condutas, posturas e atitudes preparando-o para a vida profissional.

Foi possível identificar as falhas que necessitam de aprimoramento e avaliar sua segurança e autoconfiança em suas ações.

Segundo os alunos o momento do *feedback* efetivo foi o mais significativo para seu aprendizado. Esse momento foi o diferencial da avaliação sistematizada e padronizada e pela sua importância o aluno considerou que o *feedback* deveria se repetir em outros momentos de sua formação.

Por se tratar de uma metodologia nova e desconhecida por quase todos os participantes da pesquisa, o OSCE promoveu alterações emocionais nos alunos as quais foram sendo minimizadas à medida que o processo avaliativo deixou de ser novidade. O aluno aprendeu a otimizar o tempo e a obter com isso maior aproveitamento do momento simulado para seu aprendizado, com diminuição da ansiedade e do estresse. Essas alterações emocionais foram perceptíveis aos docentes que demonstraram preocupação com o desempenho dos discentes, o que se traduziu em uma demonstração de humanização na relação entre ambos.

As alterações emocionais vivenciadas pelo aluno no OSCE serviram como alavanca no processo de autoconhecimento e um aprendizado em aprender a lidar com tais emoções. Nesse sentido, ações que envolvam as questões estruturais, pedagógicas e do próprio curso precisam ser elaboradas a fim de minimizar o desconforto emocional. Emergiram nessa pesquisa a relevância que essas questões se apresentam para o aluno e as possíveis repercussões em sua caminhada formativa.

A percepção do aluno levantou aspectos importantes sobre a forma de aprender e da importância que exista uma congruência de fatores para que o aprendizado seja efetivado. Por parte do docente, que ele saiba ensinar, utilizar-se de teorias que facilitem a apreensão do conhecimento, que usufrua de ações pedagógicas que sejam ativas e significativas ao aluno, que no planejamento de suas aulas os aspectos metodológicos e epistemológicos deem sustentação ao aprendizado, pois o ensino significativo favorece a aprendizagem significativa. E que nas avaliações práticas do OSCE os seus ensinamentos possam se fazer presente pelo acertado desempenho do aluno.

Consideramos extremamente necessário que o médico professor se aproprie de aportes epistemológicos e constituintes filosóficos envolvendo as teorias de aprendizagem para efetuar com mais propriedade seu fazer docente. A falta do

preparo pedagógico do médico professor interfere negativamente na formação dos jovens médicos. A atualização no que concerne a avaliação é primordial.

A revisitação oportunizada pelo vídeo *feedback* proporcionou ao aluno tomar consciência do seu modo de estar no mundo na qualidade de acadêmico com suas posturas, sua forma de relacionar-se e no reconhecimento da aprendizagem adquirida na formação médica.

Quanto ao docente, o OSCE permitiu que ele conhecesse, com mais propriedade como se dá o raciocínio clínico do aluno e a visualizar detalhes do desempenho do aprendiz que no dia a dia não são percebidos. Por outro lado, o próprio professor pôde visualizar-se e acompanhar o seu crescimento enquanto formador na aquisição da prática em como ensinar e avaliar. O desempenho do aluno serviu como uma projeção de seu fazer docente e das lacunas que mereciam ajustes. Ele se tornou sujeito aprendente enquanto ensinou.

O vídeo *feedback* oportunizou ao docente reflexão sobre seu desempenho e a traçar estratégias cognitivas para melhorias na forma de ensinar e de aprender. A auto regulação sinalizou que sua atuação pedagógica precisa de aprimoramentos e que a participação em momentos de formação pedagógica é importante.

O médico professor carece de *expertise* em processos avaliativos e necessita algum aprimoramento no quesito da avaliação. Nesse contexto, há necessidade de avanços com a formação continuada do médico professor para auxiliar a vencer, com mais propriedade, o desafio que envolve o processo avaliativo em seu fazer docente.

Essas percepções aqui trazidas já adentram em parte ao terceiro objetivo específico dessa tese que foi **analisar se avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) associada ao *feedback* efetivo e ao vídeo *feedback*, influenciou no processo ensino-aprendizagem.** A sistematização e implantação do OSCE na disciplina do Internato do curso de Medicina mostrou que a objetividade, a estruturação e a padronização de tal metodologia de avaliação, trouxe contribuição ao processo avaliativo e de ensino-aprendizagem principalmente pela presença do *feedback* efetivo e pelo vídeo *feedback*.

Os dados evidenciaram que a simulação de um caso-problema em ambiente protegido, permitiu aos alunos alavancarem seus conhecimentos teóricos e práticos, consolidar o raciocínio clínico, testar as habilidades clínicas na resolução do caso e a postura ao serem avaliados em situações simuladas. Promoveu ainda a sedimentação do conhecimento cognitivo e potencializou a aprendizagem significativa. O OSCE

favoreceu a projeção dos alunos à condição de médicos pela organização sistemática das condutas na resolução do caso simulado assumindo posição de liderança e tomada de decisões.

O *OSCE* permitiu ainda reflexão sobre as condutas tomadas pelos alunos conduzindo a uma aprendizagem prática em meio a um contexto avaliativo. Fruto do processo reflexivo, o aluno identificou suas falhas e seus acertos descobrindo assim seu potencial. Aumentou sua segurança e autoconfiança, bem como, a reafirmação do que sabe e do que precisa saber com vistas a melhorar o seu desempenho futuro, promovendo dessa maneira, um impacto educacional positivo pela avaliação formativa que se sucedeu.

O *OSCE*, enquanto metodologia de avaliação das habilidades de se mostrar como faz; requer espaço, tempo, preparação do processo organizacional, empenho, comprometimento, elaboração adequada das estações, treinamento prévio entre ator e o professor, confecção concisa e objetiva do checklist, avaliação adequada do aluno entre outros. E no caso dessa pesquisa, preparo logístico da filmagem para obtenção do vídeo. Contudo, se não houver trabalho em equipe em prol de melhoria na avaliação que vise melhorar o processo de ensino e de aprendizagem; ela perde sua função dentro da formação e se torna meramente um processo exaustivo, demorado, chato e sem sentido com a mera função de quantificar, de dar uma nota, sem se importar com a aprendizagem.

A metodologia de avaliação despertou entre os professores vários sentimentos; alguns odiaram o *OSCE*, outros simpatizaram, gostaram e se empenharam com muito afinho. Outros ainda foram completamente indiferentes. Essa gama de comportamentos, normal para um grupo heterogêneo de docentes, leva a necessidade de se criar no departamento de Medicina, algumas regras relacionadas ao processo avaliativo a fim de que não haja sobrecarga de alguns docentes evitando com que esses se cansem, se desmotivem e desanimem em dar continuidade ao processo. Necessário se faz, suscitar naqueles menos motivados, um despertar da acomodação e que possam cumprir também com excelência a formação do médico generalista que a sociedade espera. Um profissional que faça a diferença por meio de suas atitudes, habilidades e conhecimentos. Contudo, realizar uma avaliação provida de *feedback* efetivo é altamente produtor tanto para professor como para aluno e não deve ser negligenciado na formação.

Essa pesquisa foi permeada por um ambiente educacional que privilegiou o diálogo e a interação entre aluno e professor sendo fator determinante para enaltecer a figura de ambos, cada um com sua *expertise* ocupando os espaços que lhe são próprios, como partícipes da construção do aprendizado.

Receber a devolutiva do professor imediatamente após a condução do caso e ter a oportunidade de reelaborar e de participar ativamente traduzindo efetividade ao processo avaliativo, foi considerado a parte mais valiosa, importante, imprescindível da avaliação de habilidades proposta. Assim, a pesquisa mostrou que o *feedback* efetivo se configurou em uma posição de destaque na aprendizagem dos alunos e na consolidação do conhecimento. Favoreceu a aprendizagem significativa

Por meio do *feedback* efetivo, na percepção dos alunos, eles puderam certificar-se da importância que o erro assumiu à aprendizagem significativa a partir do momento que puderam se visualizar, enxergar o erro, ou o que precisavam melhorar e com a ajuda do professor receberam a informação correta, ou os esclarecimentos faltantes que necessitavam ao conhecimento desejável e necessário. A percepção do erro imediatamente corrigido pelo docente potencializou no aluno a retomada de seu caminho percorrido de forma a não mais repeti-lo.

O *feedback* efetivo contribuiu para que os alunos promovessem mudanças positivas e desejáveis tanto pela brevidade do recebimento da devolutiva quanto pela oportunidade de refletirem sobre seus erros e acertos.

O *feedback*, de uma maneira geral, tem acontecido nos OSCEs realizados no Brasil, mas, muitas vezes numa conotação de defrieffing. Nessa tese o *feedback* foi efetuado com as características de um *feedback* efetivo, ser individual e em forma de questionamento, de diálogo, a fim de oportunizar ao aluno a autorregulação de sua aprendizagem.

A avaliação de habilidades clínicas acrescida de *feedback* efetivo e do vídeo *feedback* evidenciou que tanto o aluno quanto o professor concentraram seus esforços para que o aprendizado acontecesse e pudesse ser efetivado na prática profissional e não somente para obter um valor numérico para passar de ano.

Apesar da heterogeneidade de formadores, alguns com rica experiência no ensino e na aprendizagem e, outros, com certa carência, há uma clara intencionalidade de formar excelentes profissionais com integralidade no atendimento ao paciente, englobando habilidades cognitivas, atitudinais e relacionais.

Os médicos professores que participaram dessa pesquisa refletiram sobre a questão do ensino e suas dificuldades. Ensinar e avaliar não são constructos fáceis. Entre a temática a ser ensinada pelo professor e a aprendizagem do aluno transformando-se em um conhecimento, há uma distância; Aí que a didática e a metodologia de ensino com suas Teorias de Aprendizagem podem ajudar nessa transposição.

A autoavaliação mostrou a fraqueza não percebida do aluno e a necessidade de que precisa melhorar. Foi dada a oportunidade a ele para se auto conhecer no caminho percorrido durante a formação, aprendendo e ressignificando seus conhecimentos. Ao mesmo tempo que visualizou suas potencialidades, ele teve ciência das suas fraquezas e dos aprimoramentos que necessita para novos avanços em sua aprendizagem significativa.

O uso do vídeo *feedback* na área educacional vinculada ao OSCE dentro do Brasil, deu-se de forma pioneira por essa pesquisa sendo usado nessa avaliação de habilidades clínicas com a execução de diagnóstico, de condução de caso clínico, de elaboração de procedimentos. O vídeo *feedback*, instrumento tecnológico com função avaliativa e formativa, pôde contribuir com o docente e o discente dentro da formação do futuro profissional médico ora com reforço do aprendizado, ora por servir como instrumento validador de ações e na certificação de comportamentos.

Além do processo reflexivo que o VF provocou nos alunos e nos docentes, oportunizou à percepção de que o saber é provisório e necessita sempre de melhoramentos. A revisitação acrescentou à reformulação do fazer docente e melhorias no aprendizado do aluno. A autoscopia, mediada pelo VF, permitiu o aluno colocar-se na figura do futuro médico e reconhecer-se como sujeito pensante de um processo inacabado. Processo esse, permeado pelas experiências, pela troca de saberes e a necessidade de contínuos ajustes como parte da espiral do conhecimento.

Apesar do OSCE ser objetivo, estruturado, padronizado e que trouxe uma importante contribuição ao processo avaliativo no curso de Medicina, ele apresenta suas limitações sendo uma delas é avaliar o aluno em ambiente simulado e não real. A outra limitação é a necessidade de um corpo de avaliadores treinados, estimulados, interessados, coesos e que tenham apreço pelo ensino.

Tendo em vista que nenhum método avaliativo isolado contempla todas as características esperadas, talvez haja a necessidade de lançar mão de outros

recursos avaliativos para serem usados dentro dos estágios do curso de Medicina, como, por exemplo, a beira do leito. Uma associação de métodos avaliativos seria oportuna para dar sequência ao processo de avaliação, visando melhorias da formação.

Um outro aprimoramento que pode haver no quesito de melhorar a aprendizagem é em relação ao paciente simulado. Alunos do curso de Artes Visuais da UEPG, podem contribuir de forma interessante com o preparo do paciente simulado para repesentarem com mais propriedade as ações dentro da estação na simulação realística do caso elencado.

Com relação ao quarto e último objetivo específico que foi **criar um site com um modelo teórico e prático para elaboração do OSCE com associação do feedback efetivo e também do vídeo feedback**; o produto tecnológico foi fruto dessa experiência de pesquisa motivada pela ajuda de todos que tiveram participação para que ela se concretizasse por meio da pesquisa-ação. A intencionalidade de tal *site* é orientar do ponto de vista teórico e prático, sobre aspectos inerentes ao OSCE acrescido de *feedback* efetivo e do vídeo *feedback*, bem como, partilhar os resultados e aprendizados obtidos por essa pesquisa, principalmente em relação a vídeo gravação e a autoscopia.

Lembramos ainda que a universidade sem a presença do professor e do aluno perde sua essência de existir. De igual modo o ensino; se o professor não caminhar ao lado do aluno, num movimento de troca de saberes em que ao mesmo tempo que ensina é ensinado, que avalia, é avaliado e com isso ambos aprendem; o ensino deixa sua função primordial que é transformar para melhorar as pessoas e, por conseguinte, a sociedade em que se vive.

A avaliação no contexto de ensinar e de aprender caminham de mãos dadas e formam ao final de um percurso, como que uma linda colcha de retalhos. Cada parte dessa 'colcha' representa um fator, uma pessoa que contribuiu para que os atores no cenário do ensino saíssem modificados. Aqui entra a contribuição do olhar do aluno e do docente, que, permeados pela pesquisa-ação, ajudaram a construir e a melhorar o processo avaliativo sobre o aprendizado, bem como saíram modificados pela prontidão e vontade de melhorar a atuação como docente.

Ao encerrarmos essa escrita, concluímos que colaboramos com a construção do conhecimento quando promovemos a mudança da prática docente com

repercussões no aprendizado dos alunos e dos professores. Esse é um dos intuitos de se fazer pesquisas no campo educacional com auxílio da pesquisa-ação.

Quanto ao nosso pressuposto, podemos afirmar que ele foi aceito tendo em vista que a avaliação de habilidades na metodologia do *OSCE*, associada ao *feedback* efetivo e ao vídeo *feedback*, contribuiu para o processo de ensino e de aprendizagem de aluno e de docentes do curso de Medicina.

Que essa pesquisa possa servir de base para outras propostas investigativas relacionadas a avaliação da aprendizagem em busca de outros aprendizados sobre o instrumento tecnológico avaliativo e formativo, o vídeo *feedback*.

Esperamos que esse trabalho possa acrescentar alguma contribuição às pesquisas educacionais e que possamos contar com comentários e críticas que ampliem as discussões aqui expostas.

Essa pesquisa mostrou-se limitada e necessita de maiores aprofundamentos quanto a questão da metacognição e da autorregulação do aprendizado. Houve uma aproximação das temáticas, porém, pela complexidade, exigem maiores investigações. De igual forma, a neurociência é outra área do conhecimento que mereceria maiores aportes da pesquisa científica relacionados a questão do aprendizado pela autoscopia.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMSON, S.; DENSON, J.S; WOLF, R.M. Effectiveness of a simulator in training anaesthesiology residents. **Journal of Medical Education**, v. 44, p. 515-519, 1969.
- ALTHAUS, M.T.M. **Docência universitária: saberes e cenários formativos**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2016.
- ALTHAUS, M.T.M.; BAGIO, V.A.; ZANON, D.P. Didática: pra que te quero? Algumas provocações pedagógicas para a docência universitária. In: ZANON, D.P.; ALTHAUS, M.T.M.; BAGIO, V.A. (Orgs.) **Didática na docência universitária em saúde: metodologias ativas e avaliação**. Curitiba: Appris, 2018.
- AMARAL, E.; DOMINGUES, R.C.L.; ZEFERINO, A.M.B. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de competências clínicas (caso longo estruturado e observação em serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 13-24.
- AMORETTI, R. Educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v .29, n. 2, maio/ago. 2005.
- ANASTASIOU L.G.C.; ALVES, L.P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G.C.; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade**. Joinville (SC): Ed. UNIVILLE, 2004.
- ANASTASIOU, L.G.C. Da visão de ciência à organização curricular. In: ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade**. Joinville (SC): Ed. UNIVILLE, 2004. p. 39-65.
- ANASTASIOU, L.G.C. Processos formativos de docentes universitários: aspectos teóricos e práticos. In: PIMENTA, S.G.; ALMEIDA, M.I. **Pedagogia universitária: caminhos para a formação de professores**. São Paulo: Cortez, 2011.
- ANDERSON, G.L.; HERR, K.; NIHLEN, A.S. **Studying your own school: an educator's guide to qualitative practitioner research**. Thousand Oaks (CA): Corwin Press, 1994.
- ANDRADE, A.F.; MADEIRA, C.A.G.; AIRES, S.F. OSCE Virtual: simulação de avaliação de casos clínicos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO (CBIE 2013), 2., 2013. **Anais...** São Paulo: CBIE, 2013. p. 454-464.
- ARCHER, J.C. State of the science in health professional education: effective feedback. **Medical Education**, v. 44, p. 101-108, 2010.

AUSUBEL, D.P. **Educational psychology: a cognitive view**. Nova York (USA): Holt, Rinehart and Winston Inc., 1968.

BACKSTEIN, D.; AGNIDIS, Z.; SADHU, R.; MAcRAE, H. Effectiveness of repeated video feedback in the acquisition of a surgical technical skill. **Canadian Journal of Surgery**, v. 48, n. 3, p. 195-200, jun. 2005.

BALLESTER, D.; GANNAM, S.; BOLLELA, V.R. 'I'm watching you': observation of paediatric internship students. **Medical Education**, v. 45, n. 11, p. 1137-1138, nov. 2011.

BARBOSA, M.R.L.S.; MARTINS, A.P.R. Avaliação: uma prática constante no processo de ensino e aprendizagem. **Revista Católica**, v. 3, n. 5, jan-jul, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (POR): Edições 70, 1977.

BARIBEAU, D.A.; MUKOYOZOV, I.; SABLIC, T.; EVA, K.W.; DELOTTINVILLE, C.B. Using an objective structured video exam to identify differential understanding of aspects of communication skills. **Medical Teacher**, v. 34, n. 4, p. 242-50, 2012.

BARRATT, J. A focus group study of the use of video-recorded simulated objective structured clinical examinations in nurse practitioner education. **Nurse Education in Practice**, v. 10, p. 170-175, 2010.

BARRETO, D.G.; SILVA, K.G.N.; MOREIRA, S.S.C.R.; SILVA, T.S.; MAGRO, M.C.S. Simulação realística como estratégia de ensino para o curso de graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 208-214, maio/ago. 2014.

BARZANSKI, B.; ETZEL, S.I. Education programs in US medical schools: 2002-2003. **JAMA**, v. 294, n. 9, sept. 2003.

BATISTA, N.A. Planejamento na prática docente em saúde. In: BATISTA, N.A.; BATISTA; S.H. (Orgs.) **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2014. p. 31-49.

BATISTA, N.A.; BATISTA; S.H. A docência em saúde: desafios e perspectivas: introdução. In: BATISTA, N.A.; BATISTA; S.H. (Orgs.) **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2014. p. 31-49.

BATISTA, N.A.; MANFROI, W.C. Pesquisa e pós-graduação em educação médica: avanços e perspectivas: 2012. In: BATISTA, N.A.; BATISTA; S.H. (Orgs.) **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2014. p. 328-345.

BATISTA, S.H.; ROSIT, R.A. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Orgs.) **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. Senac, 2014. p. 51-68.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

BAZZO, W.A.; PEREIRA L.T.V. **Introdução à engenharia: conceitos, ferramentas e comportamentos**. Florianópolis: Ed. UFSC, 2006.

BELEI, R.A.; GIMENIZ-PASCHOAL, S.R., NASCIMENTO, E.N.; MATSUMONO, P.H.V.R. O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas (RS), v. 30, p. 187-199, jan./jun. 2008.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BERBEL, N.A.N. Dimensão pedagógica. In: BERBEL, N.A.N.; COSTA, W.S.; OLIVEIRA, C.C.; VASCONCELLOS, M.M.M. **Avaliação da aprendizagem no ensino superior: um retrato em cinco dimensões**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 19-88.

BERTAKIS, K.D.; AZARI, R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 24, n. 3, p. 229-39, may/jun. 2011.

BLACK, P.; WILLIAM, D. Assessment and classroom learning. **Journal Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**, v.5, n. 1, p. 7-74, mar. 1998.

BOND, S.; BECK, S.; CUNNINGHAM, W.; DERRICK, S.; HEALY, B.; HOLDSWORTH, S.; LAWSON, J.; RAWES, G.; SARGEANT, J.; STEEN, N. Testing a rating scale of video-taped consultations to assess performance of trainee nurse practitioners in general practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 30, n. 5, p. 1064-1072, 1999.

BORGES, M.C.; MIRANDA, C.H.; SANTANA, R.C.; BOLLELA, V.R. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais de saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 324-331, 2014. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br> Acesso em: 28 nov. 2016.

BORTONI-RICARDO, S.M. **O professor pesquisador: introdução à pesquisa qualitativa**. São Paulo: Parábola, 2008.

BOURSIKOT, K.; ROBERTS, T. How to set up an OSCE. **The Clinical Teacher**, v. 2, n. 1, p. 16-20, 2005.

BOYER, E. **Expert video modeling with video feedback to enhance gymnastics skills**. 2008. 49 p. Thesis (Master's Degree of Arts in Applied Behavior Analysis) - College of Graduate School University of South Florida, 2008.

BRACCIALLI, L.A.D.; OLIVEIRA, M.A.C. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 280-268, 2012.

BRANDÃO, C.F.; COLLARES, C.F.; CECÍLIO-FERNANDES, D. Simuladores, Pacientes Padronizados e Híbridos In. NETO, A.S.; FONSECA, A.S.; BRANDÃO, C.F.S. **Simulação realística e habilidades na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 11-21.

BRADLEY, P. The history of simulation in medical education and possible future directions. **Medical Education**, v. 40, p. 254-262, 2006.

BRASIL. **Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em: <http://www.mec.gov.br> Acesso em: 16 out. 2018.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.mec.gov.br> Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Imprensa Nacional. **A história da Imprensa Nacional**. Disponível em: <http://portal.imprensanacional.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/a-imprensa-nacional> Acesso em 10 fev. 2017.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde. Brasília: Casa Civil, 2010.

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº3 de 26 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <http://www.mec.gov.br> Acesso em: 19 ago. 2014.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005. p. 21-29

BROOKHART, S.M. **How to give effective feedback to your students**. Alexandria, Virginia. EUA: Association for Supervision and Curriculum Development, 2008.

BROWN, S.; KNIGHT, P. **Assessing learners in higher education**. London (ENG): Kogan Page Limited, 1994.

BUGAJ, T.J.; NIKENDEI, C. Practical clinical training in skills labs: theory and practice. **GMS Journal for Medical Education**, v. 33, n. 4, 2016.

BULLOCK, I. Skill acquisition in resuscitation. **Resuscitation**, v. 45, n. 2., p. 139-143, 2000.

CARRABETTA JUNIOR, V. Rever, pensar e (re)significar: a importância da reflexão sobre a prática na profissão docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 4, p. 580-586, 2010.

CAVALCANTE, R.B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CORBALLY, M. Considering video production? Lessons learned from the production of a blood pressure measurement video. **Nurse Education in Practice**, v. 5, p. 375-379, 2005.

COSENZA, R.M.; GUERRA, L.B. **Neurociência e educação**: como o cérebro aprende. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

COSTA, M.C.G.; MAZZONI, C.J.; BRACCIALLI, A.D.; MORAES, M.A.A. Exercício de avaliação da prática profissional como estratégia de ensino e aprendizagem. **Avaliação**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 675-684, nov. 2011.

COSTA, W.S. Dimensão instrumental. In: BERBEL, N.A.N.; COSTA, W.S.; OLIVEIRA, C.C.; VASCONCELLOS, M.M.M. **Avaliação da aprendizagem no ensino superior**: um retrato em cinco dimensões. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 91-142.

COUTINHO, V.; MARTINS, J.C.A.; PEREIRA, M.F.; MAZZO, A. Feedback e debriefing. In: NETO, A.S.; FONSECA, A.S.; BRANDÃO, C.F.S. **Simulação realística e habilidades na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 115-125.

COUTINHO, V.R.D.; MARTINS, J.C.A.; PEREIRA, M.F.C.R. Construção e validação da escala de avaliação do debriefing associado à simulação (EADaS). **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 2, 2014.

CURY, A. **O funcionamento da mente**: uma jornada para o mais incrível dos universos. São Paulo: Cultrix, 2016.

CURY, H.N. **Análise de erros**: o que podemos aprender com as respostas dos alunos. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

D'ALMEIDA, T.B.P. **Da operação da fístula lacrimal**. 1857. 31 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1857. Disponível em www.siaapm.cultura.mg.gov.br Acesso em 11 de fevereiro de 2017

DACRE, J.; BESSER, M.; WHITE, P. MRCP (UK) part2 clinical examination (paces): a review of the first four examination sessions (June 2001 - July 2002). **Clinical Medicine**, v. 3, n. 5, p. 452-459, 2003.

DAUD-GALLOTTI, R.M.; TIBÉRIO, I.F.L.C. Avaliação prática de habilidades e atitudes tipo OSCE: o papel de examinador. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.). **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 49-54.

DEPRESBITERIS, L.A. Avaliação na educação básica: ampliando a discussão. **Estudos em Avaliação Educacional**, n. 24, p. 137-146, jul./dez. 2001.

DEPRESBITERIS, L.A. **O desafio da avaliação da aprendizagem**: dos fundamentos a uma proposta inovadora. São Paulo: EPU, 1989.

DESLAURIERS, J-P.; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J.; et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2014.

DIAS, R.D.; NETO, A.S. A importância de laboratório de habilidades na capacitação e avaliação prática de alunos e profissionais da área da saúde. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 41-47.

DINIZ-PEREIRA, J.E. A pesquisa dos educadores como estratégia para construção de modelos críticos de formação docente. In: DINIZ-PEREIRA, J.E.; ZEICHNER, K.M. (Orgs.). **A pesquisa na formação e no trabalho docente**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

DOHMS, M.; TESSER, C.D.; GROSSEMAN, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas: brasileira, espanhola e holandesa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.37, n.3, p.311-319, 2013.

EECKHOUT, T.; GERITS, M.; BOUQUILLON, D.; SCHOENMAKERS, B. Video training with peer feedback in real-time consultation: acceptability and feasibility in a general-practice setting. **Postgraduate Medicine Journal**, v. 92, n. 1090, p. 431-435, aug. 2016.

ENDACOTT, R. SCHOLE, J. COOPER, S., McCONNELL-HENRY, T., PORTER, J. MISSEN, K., KINSMAN, L. CHAMPION, R. Identifying patient deterioration: using simulation and reflective interview to examine decision making skills in a rural hospital. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 6, p. 710-717, jun. 2012.

ENDE, J. Feedback in clinical medical education. **JAMA**, v. 250, n. 6, p. 777-781, 1983.

ENGEL, G.I. Pesquisa-ação. **Educar**, n. 16, p. 181-191, 2000.

EPPICH, W.J.; ADLER, M.D.; McGAGHIE, W.C. Emergency and critical care pediatrics: use of medical simulation for training in acute pediatric emergencies. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 18, n. 3, p. 266-271, jun. 2006.

EPSTEIN, R.M.; HUNDERT, E.M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, v. 287, n. 2, jan. 2002.

FERNANDES, S.D.S. **Vídeo-Formação**: uma experiência de videoscopia com professores estagiários. 2004. 140 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia Educativa) - Universidade do Minho, Braga (POR), 2004.

FERRÉS, J. **Vídeo e educação**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1996.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso da mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

FIGUEIREDO, B.G. Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX no Brasil: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular. **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York (USA): Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4).

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009.

FONSECA, V. **Cognição, neuropsicologia e aprendizagem**: abordagem neuropsicológica e psicoterapêutica. 6. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

FORNELLS, J.M.; JULIÀ, X.; ARNAU, J.; MARTINEZ-CARRETERO, J.M. Feedback en educación médica. **Educación Médica**, v. 11, n. 1, p. 7-12, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FREITAS, L.C.; SORDI, M.R.L.; MALAVASI, M.M.S.; FREITAS, H.C.L. **Avaliação educacional**: caminhando pela contramão. Petrópolis (RJ): Vozes, 2009.

GABA, D.M. The future vision of simulation in health care. **Quality & Safety in Health Care**, v. 1, n. 13, p. 2-10, 2004.

GALVÃO, Z.; CUNHA, A.C. A austoscopia como estratégia: a percepção e a reflexão de uma professora de educação física sobre sua ação pedagógica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, LAZER E SAÚDE, 9., 2013. **Anais...** Minho, Braga (POR), 2013, p. 207-17.

GASPARIN, J.L. Avaliação na perspectiva histórico-crítica. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 10., 2011. **Anais...** Curitiba (PR). PUC-PR; 2011. p.1973-1974.

GASPARIN, J.L. **Uma didática para uma pedagogia histórico-crítica**. 2. ed. Campinas (SP): Autores Associados, 2003.

GEFFROY, Y.; ACCOLLA, P.; SCHUTZENBERGER, A.A. **Vidéo, formation et thérapie**: d'autres images de son corps, Eti, Paris, 1980.

GEORGE, J.H.; DOTO, F.X. A simple five-step method for teaching clinical skills. **Family Medicine**, v. 33, p. 8, p. 577-578.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory strategies for qualitative research**. 4. ed. New Brunswick (USA.); London (ENG): Aldine Transaction Publishers, 2006. Disponível em: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf . Acesso em 4 dez. 2018.

GOMES, P. **Bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-2008)**. 2005. Disponível em: <http://linux.alfamaweb.com.br/asm/AbreConteudo.php?d=17754> Acesso em: 25 maio 2016.

GONÇALVES, M.B.; BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

GRENDENE, M.V.C. **Metacognição: uma teoria em busca de validação**. 2007. 53 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre (RS), 2007.

GROSSEMAN, S.; KARNOPP, Z.M.P. Relação médico-paciente, terapêutica e a formação médica: a ética, a cidadania e o cuidado nas interações. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Orgs). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2011. p. 131-173.

HABER, R.J.; AVINS A.L. Do rating on the American board of internal medicine resident evaluation form detect differences in clinical competence? **Journal of General Internal Medicine**, v. 9, n. 3, p. 140-145, mar. 1994.

HADDAD, A.E.; BRENELLI, S.L.; MICHEL, J.L.M.; NUNES, M.P.T.; BUCCI, M.P.D.; CAMPOS, F.E. A educação médica no contexto da política nacional de educação na saúde. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S. (Orgs). **Educação médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2011. p. 39-41.

HANSEN, M.; OOSTHUIZEN, G.; WINDSOR, J.; DOHERTY, I.; GREIG, S.; McHARDY, K.; McCANN, L. Enhancement of medical interns' levels of clinical skills competence and self-confidence levels via video Ipods: pilot randomized controlled trial. **Journal of Medical Internet Research**, v. 13, n. 1, p. 29, mar. 2011.

HARDEN, R.M.; STEVENSON, M.; DOWNIE, W.W.; WILSON, G.M. Assessment of clinical competence using objective structured examination. **British Medical Journal**, v. 1, p. 447-451, 1975.

HASTINGS, A.; LENNON, M.; REDSELL, S.; CHEATER, F.; Evaluation of a consultation skills workshop using the consultation assessment and improvement instrument for nurses. **Learning in Health and Social Care**, v. 2, n. 4, p. 202-212, p. 2003.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The power of feedback. **Review of Educational Research**, v. 77, n. 1, p. 81-112, mar. 2007.

HAYDT, R.C. **Avaliação do processo ensino-aprendizagem**. 2. ed. São Paulo: Ática.1991.

HEWSON, M.G.; LITTLE, M.L. Giving feedback in medical education: verification of recommended techniques. **Journal of General Internal Medicine**, v. 13, n. 2, p. 111-166, feb. 1998.

HILL, R.; HOOPER, C.; WAHL, S. Look, learn and be satisfied: video playback as a learning strategy to improve clinical skills performance. **Journal for Nurses in Staff Development**, v. 16, n. 5, p. 232-239, 2000.

HOFFMANN, R.L.; O'DONNELL, J. M.; KIM, Y. The effects of human patient simulators on basic knowledge in critical care nursing with undergraduate senior baccalaureate nursing students. **Simulation in Healthcare**, v. 2, n. 2, p. 110-114, 2007.

HURLEY, K.F. **OSCE and clinical skills handbook**. 2. ed. Montreal (CAN): Elsevier, 2011.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, v.35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

JATENE, A. O ensino médico no Brasil. **Revista USP**, n. 100, p. 77-86, dez./fev. 2013-2014.

JEFFRIES, P.R.; RIZZOLLO, M.A. Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: a national, multi-site, multi-method study. 2006. Disponível em: <http://www.nln.org/research/LaerdalReport.pdf> Acesso em: 12 dez. 2016.

KEMMIS, S.; WILKINSON, M. A pesquisa-ação participativa e o estudo da prática. In: DINIZ-PEREIRA, J.E.; ZEICHNER, K.M. (Orgs.). **A pesquisa na formação e no trabalho docente**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p.39-59.

KITZINGER, J. Grupos focais em usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005. p. 31-40.

KOSSOSKI, D. Depressão atinge 44% dos alunos de medicina da UEPG. **Jornal Diário dos Campos**, Ponta Grossa (PR), 9 nov. 2018. Disponível em: <https://www.diariodoscamos.com.br/noticia/depressao-atinge-44-dos-alunos-de-medicina-da-uepg>. Acesso em: 22 mar. 2019.

LANE, J.L.; GOTTLIEB, R.P. Improving the interviewing and self-assessment skills of medical students: is it time to readopt videotaping as an educational tool? **Ambulatory Pediatrics**, v. 4, n. 3, p. 244-8, may/jun. 2004.

LAROCCA, P. **Psicologia e prática pedagógica: o processo de reflexão de uma professora**. 2002. 358 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação. Universidade de Campinas, Campinas (SP), 2002.

LIBÂNEO, J.C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994. (Coleção magistério 2º grau; Série formando professor).

LIMA, A.A. **Assessment of clinical competence: reliability, validity, feasibility and educational impact of the mini-CEX.** 2013. 115 p. Thesis - Maastricht University. Disponível em: <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:d7b57d8d-599f-4de3-a0ab-fc15dd0e4dee/ASSET1> Acesso em: 1 set. 2014.

LIMA-GOLÇALVES, E. **Médicos e ensino da medicina no Brasil.** São Paulo: Ed.USP, 2002.

LIPPITT, R. Action research. In: CORSINI, R.J. (Ed.). **Encyclopedia of psychology.** Nova York (USA): Wiley, 1984. v. 1, p. 11-13.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documento de pesquisa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p. 137-55.

LÓPEZ, J.G.; SPIRKO, L.V. Simulación, herramienta para la educación médica. **Salud Uninorte**, Barranquilla (COL), v. 23, n. 1, p. 79-95, 2007.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições.** 22.ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico.** 1. ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

LUETKE, R.; BEMBENEK, B. D. Simulation evaluation: a comparison of two simulation evaluation rubrics. 2012. Disponível em: www.qsen.org/docs/2012_conference/QSEN_2012_Luetke.pdf Acesso em: 12 dez. 2016.

MAGUIRE P. The use of patient simulation in training medical students in history-talking skills. **Medical & Biology Illustration**, v. 26, n. 2, p. 91-95, 1976.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, J.C.; MAZZO, A.; BAPTISTA, R.C.N.; COUTINHO, V.; BRANDÃO, C.F.S. A importância do ator na simulação realística. In: NETO, A.S.; FONSECA, A.S.; BRANDÃO, C.F.S. **Simulação realística e habilidades na saúde.** São Paulo: Atheneu, 2017. p. 159-163.

MARTINS, J.C.; MAZZO, A.; BAPTISTA, R.C.N.; COUTINHO, V.; GODOY, S.; MENDES, I.A.C.; TREVIZA, M.A. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.4, p.619-25, 2012.

MARTINS, M.A. Novas tendências do ensino médico. **Gazeta Médica da Bahia**, v.78, supl. 1, p.22-24, 2008.

MATTOS, M.C.I. Ensino médico: o que sabemos? **Interface**, Botucatu (SP), v.1, n.1, p.193-196, ago. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/16.pdf> Acesso em 11 nov, 2016.

McKIMM, J. Giving effective feedback. **British Journal of Hospital Medicine**, v. 70, n.3, p. 158-161, mar. 2009.

MEGALE, L. **Processos avaliativos no curso de medicina: desempenho dos estudantes em relação às competências em pediatria e sua significação pelo docente**. 2011. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2011.

MEGALE, L.; CONTIJO, E.D.; MOTTA, J.A.C. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex) **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009.

MELO, M.C.B.; LIU, P.M.F.; MAGALHÃES; A.M.P.B.; GRESTA, M.M.; SILVA, N.L.C.; BRANDÃO, C.F.S. A simulação no ensino da graduação. In. NETO, A.S.; FONSECA, A.S.; BRANDÃO, C.F.S. **Simulação realística e habilidades na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 23-29.

MESQUITA, A.C; CARVALHO, E.C. A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1127-36, 2014.

MEYER, J. Usando métodos qualitativos na pesquisa-ação relacionada à saúde. In POPE, C.; MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005. p. 71-86.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MIRANDA, A.C.; SIQUEIRA, C.R.D.; MONTEIRO, V.F.P.; PACHECO, T.R.K. Simulação do ensino de pós-graduação. In. NETO, A.S.; FONSECA, A.S.; BRANDÃO, C.F.S. **Simulação realística e habilidades na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2017. p. 31-37.

MORAN, J.M. O vídeo na sala de aula. **Revista Comunicação & Educação**, v. 2, n. 2, p. 27-35, jan./abr. 1995. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/prof/moran/vidsal.htm> Acesso em: 2 fev. 2017.

MOREIRA, H.; CALEFFE L.G. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2016.

MOREIRA, M.A.; MASSONI, N.T. **Noções básicas de epistemologias e teorias de aprendizagem: como subsídios para a organização de sequências de ensino-aprendizagem em ciências/física**. São Paulo: Livraria da Física, 2016.

MORRETO, V.P. **Construtivismo: a produção do conhecimento na sala de aula**. 3.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MORT, J.R.; HANSEN, D.J. First-year pharmacy student's self-assessment of communication skills and the impact of video review. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 74, n. 5, p. 78, 2010.

MOURA, A.F.; LIMA, M.G. Reinvenção da roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa (PB), v.23, n.1, p.98-106, jan./jun. 2014.

MOURA, C.B. **Efeitos do vídeo feedback na orientação de mães de pré-escolares com comportamento opositor**. 2007. 165 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.

NASSIF, A.C.N. **Escolas médicas do Brasil**. 2010. Disponível em <http://www.escolasmedicas.com.br>. Acesso em: 14 fev. 2017.

NEVES, N.M.B.C.; NEVES, F.B.C.S.; BITENCOURT, A.G.V. O ensino médico no Brasil: origens e transformações. **Gazeta Médica**, v. 75, n. 2, p. 162-168, jul./dez. 2005.

NIETSCHE E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de Enfermagem?** Ijuí (RS): Ed.Unijuí; 2000.

NIETSCHE, E.A.; BACKES, T.M.S.; COLOMÉ, C.L.; CERATTI, R.N.; FERRAZ, F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344-53, maio/jun. 2005.

NILSEN, S.; BAERHEIM, A. Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it: a focus-group based qualitative study. **BMC Medical Education**, v. 5, n. 28, 2005.

NISKIER, A. **Tecnologia educacional: uma visão política**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1993.

NOGARO, A.; GRANELLA, E., E. O erro no processo de ensino e aprendizagem. **Revista de Ciências Humanas**, Criciúma (SC), v. 5, n. 5, 2004. Disponível em: http://www.sicoda.fw.uri.br/revistas/artigos/1_1_2.pdf. Acesso em: 19 out. 2018.

NOORDMAN, J.; VAN DER WEIJDEN, T.; VAN DULMEN, S. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre-test posttest control group study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 10, mar. 2014.

NUNES, P. The use of the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) with video-taped feedback assessment as a teaching tool of communication skills. In: **The Fourth Pan-Commonwealth Forum on Open Learning (PCF4)**, Jamaica, 2006.

OLIVEIRA, E.; ENS, R.T.; ANDRADE, D.B.S.F.; MUSSIS, C.R. Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 4, n. 9, p. 11-27, 2003.

OLIVEIRA, F. **Bioética: uma face da cidadania**. São Paulo: Moderna, 2000.

OLIVEIRA, N.A; ALVES, L.A. Ensino médico, SUS e início da profissão: como se sente quem está se formando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 26-36, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a05v35n1.pdf> Acesso em 3 fev. 2017.

PACHECO, J.A. **O pensamento e a acção do professor**. Porto (POR): Porto Editora, 1995.

PAGLIOSA, F.L., DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIK, P.M. Methods of evaluating simulation experiences in nursing programs: an integrative review. 2014. **Virginia Henderson Global Nursing e-Repository**. Disponível em <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/346805> Acesso em 12 dez. 2016.

PANÚNCIO-PINTO, M.P.; RODRIGUES, M.L.V.; FIORATTI, R.C. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais de saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto (SP), v. 48, n. 3, p. 257-64, 2015.

PARANHOS, V.D.; MENDES, M.M.R. Competency-based curriculum and active methodology: perceptions of nursing students. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 1-7, jan./fev. 2010.

PAUL, F. An exploration of student nurses' thoughts and experiences of using a video-recording to assess their performance of Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) during a mock Objective Structured Clinical Examination (OSCE). **Nurse Education in Practice**, v. 10, p. 285-290, 2010.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Simulação: definição. **Medicina**, Ribeirão Preto (SP), v. 40, n. 2, p. 162-166, 30 jun. 2007.

PEREIRA, E.R.S. Elaboração de protocolos de observação (*checklists*) para a avaliação de habilidades clínicas. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012 p. 25-40.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas Sul, 1999.

PERRON, N.J.; LOUIS-SIMONET, M.; CERUTTI, B.; PFARRWALLER, E.; SOMMER, J.; NENDAZ, M. Feedback in formative OSCEs: comparison between direct observation and video-based formats. **Medical Education OnLine**, v. 21, p. 32160, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v21.32160> Acesso em: 13 fev. 2017.

PIERUCCI, L.A.M. Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005). **Revista Espaço Acadêmico**, n. 107, abr. 2010.

PINTO, N.B. **O erro como estratégia didática**: ensino do erro no ensino da matemática elementar. 2. ed. Campinas (SP): Papirus, 2009.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1995.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In POPE, C. MAYS N./ trad. Ananyr Porto Fajardo. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2005. p.11-19.

POSTMAN, N. **Tecnopólio**: a rendição da cultura à tecnologia. São Paulo: Nobel, 1994.

PRAX, I.; LINARD, M. Autoscopie et personnalité. **Bulletin de Psychologie**, n. 323, p. 704-715, 1975.

PUGH, D.; SMEE, S. **Guidelines for the Development of Objective Structured Clinical Examination (OSCE): cases**. Ottawa (CAN): Medical Council of Canada., 2013.

QUIRÓS, S.M.; VARGAS, M.A.O. Simulação clínica: uma estratégia que articula práticas de ensino e pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis (SC), v. 23, n. 4, p. 813-4, out./dez. 2014.

RAUEN, C. A. Using simulation to teach critical thinking critical: you can't just throw the book at them. **Critical Care Nursing Clinics of North América**, v. 13, n. 1, p. 93-103, 2001.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

REISSLEIN, J.; SEELING, P.; REISSLEIN, M. Video in distance education: ITFS vs. Web-streaming: evaluation of student attitudes. **The Internet and Higher Education**, v. 8, n. 1, p. 25-44, 2005.

REIVICH, R. S.; GEERTSMA, R. H. Experiences with videotape self-observation by psychiatric in-patients. **Journal of the Kansas Medical Society**, v. 69, p. 39-44, 1968.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. A relação professor-aluno em medicina: um estudo sobre o encontro pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 308-316, 2012.

RODRIGUES, M.A. Pedagogia criativa e aprendizagem construída. In: MARTINS, J.C.A.; MAZZO, A.; MENDES, I.A.C.; RODRIGUES, M.A. (Orgs). **Simulação no ensino de enfermagem**. Ribeirão Preto (SP): SOBRACEN, 2014.

ROMANOWSKI J.P.; WACHOWICZ L.A. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos? In: ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 3. ed. Joinville (SC): Ed. Univille, 2004.

ROMANOWSKI, J.P.; ROSENAU, L. A contribuição dos processos metacognitivos na formação do pedagogo. **Revista Intersaberes**, n. 1, p. 8-27, jan./jun. 2006.

ROSA-SILVA, P.O.; LORENCINI JÚNIOR, A.; LABURU; C.E. A autoscopia como estratégia da sala de espelhos na formação continuada de uma professora de ciências. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM

CIÊNCIAS, 7., Florianópolis (SC), 2009. **Anais...** Belo Horizonte (MG): FAE; UFMG; ABRAPEC, 2009, v. 1.

SACERDOTE, H.C.S. Análise do vídeo como recurso tecnológico educacional. **Revista de Educação, Linguagem e Literatura**, v. 2, n. 1, p. 28-37, mar. 2010. Disponível em: www.ueginhumas.com/revelli. Acesso em: 2 fev. 2017.

SADALLA, A.M.F.A. **Com a palavra a professor**: suas crenças, suas ações. Campinas (SP): Alínea, 1998.

SADALLA, A.M.F.A.; LAROCCA, P. Autoscopia: um procedimento de pesquisa e de formação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 419-433, set./dez. 2004.

SAMPAIO, A.M.B.; PRICINOTE, S.C.M.N.; PEREIRA, E.R.S. Avaliação clínica estruturada. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 410-426, 2014.

SCHEFFER, M. Demografia médica no Brasil 2018: vagas desocupadas afetam residência. **Jornal Medicina - CFM**, Brasília, n. 278, abr. 2018.

SCHÖN, D. **Educando o profissional reflexivo**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2000.

SHUTE, V.J. **Focus on formative feedback**. Research Report. 2007. March 2007. Disponível em: <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-07-11.pdf> Acesso em: 8 mar. 2017.

SHUTE, V.J. Focus on formative feedback. **Review of Educational Research**, v.78, n.1, p.153-89, 2008.

SILVA, A. **A roda de conversa e sua importância na sala de aula**. 2012. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Rio Claro (SP), 2012.

SOBRAL, D. Reflexão na aprendizagem: análise dos estudantes de um curso de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 5-12, out./dez. 2002.

SONZOGNO, M.C. Metodologias no ensino superior: algumas reflexões. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Orgs.) **Docência em saúde**. São Paulo: Ed. Senac 2014. p. 69-79.

SOUZA, R.G.S. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 1 -11.

TASSONI, E.C.M. **Afetividade e produção escrita**: a mediação do professor na sala de aula. 2000. 233 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação - Universidade de Campinas, Campinas (SP), 2000.

TAVARES, F.M. Reflexões acerca da latrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbem/v31n2/09.pdf> Acesso em: 10 set. 2018.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; FELIX, J.V.C. Simulação como estratégia de ensino em enfermagem: revisão de literatura. **Comunicação Saúde Educação**, v. 15, n. 39, p. 1173-83, out./dez. 2011.

TEMPSKI, P. Z.; MARTINS, M.A. O papel da avaliação de habilidades clínicas na educação médica no Brasil. In: CALVO, I.F.; et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 297-302.

TIBÉRIO, I.F.L.C; DAUD-GALLOTTI, R.M. Experiência de avaliação prática estruturada de habilidades e atitudes do tipo OSCE no internato. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 297-302.

TJOMSLAND, N.; BASKETT, P. Resuscitation greets: Asmund S. Laerdal. **Resuscitation**, v. 53, p. 115-9, 2002.

TOMEY, AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. **Revista Cubana de Educación Médica Superior**, v. 16, n. 2, p. 156-63, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONCON, L.E. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo "OSCE". **Olho Mágico**, v. 8, n. 1, jan./abr. 2001.

TRONCON, L.E. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto (SP), v. 29, n.4, p. 429-39, 1996.

TRONCON, L.E. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. **São Paulo Medical Journal**, v. 122, n. 1, p. 12-7, 2004.

TRONCON, L.E. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina**, Ribeirão Preto (SP), v. 40, p. 180-191, 2007.

TRONCON, L.E.A. Métodos estruturados de avaliação prática de competências clínicas. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.) **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 55-73.

TUOTO, E.A. Livro: "O Visconde de Sabóia" (Resenha). In: TUOTO, E.A. **História da medicina**. 2008. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2008/06/livro-book-o-visconde-de-sabia.html>. Acesso em 15 fev. 2017.

TURINI, B.; MURAGUCHI, E.M.O.; ITO, K.; SAKAI, M.H.; MARCHESI, M.C.; FERREIRA FILHO, O.F.; SILVA, V.M. Experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL) na avaliação sistematizada de habilidade clínicas e atitudes: uma crítica. In: TIBÉRIO, I.F.L.C.; et al. (Orgs.). **Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 203-221.

VALENTE, J.A. Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. **Educar em Revista**, Curitiba (PR), ed. esp., n. 4, p. 79-97, /2014.

VASCONCELLOS, C.S. **Avaliação da aprendizagem**: práticas de mudança por uma práxis transformadora. 8. ed. São Paulo: Libertad, 2006a.

VASCONCELLOS, C.S. **Avaliação**: concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar. 16. ed. São Paulo: Libertad, 2006b.

VASCONCELLOS, M.M.M. Dimensão ética. In: BERBEL, N.A.N.; COSTA, W.S.; OLIVEIRA, C.C.; VASCONCELLOS, M.M.M. **Avaliação da aprendizagem no ensino superior**: um retrato em cinco dimensões. Londrina (PR): Ed.UEL, 2001. p.19-88.

VELOSKI, J.; BOEX J.R.; GRASBERGER M.J.; EVANS A.; WOLFSON D.B. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physician's clinical performance. **Medical Teacher**, v. 28, n. 2, p. 117-28, 2006.

VIEIRA, R.Q.; CAVERNI, L.M.R. Manequim de simulação humana no laboratório de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica História da Enfermagem**, v. 2, n. 1, p. 2011. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol1artigo7.pdf> Acesso em: 9 mar. 2017.

VILAÇA, G.D.V.; CASTRO, M.F. **Processo de formação**: orientações para ações de Ater. Recife: DER; DEED, 2013. Disponível em: <http://www.ipa.br/novo/pdf/der/orientacoes-gerais-deed.pdf> Acesso em: 1 jul. 2016.

WARD-SMITH, P. The effect of simulation learning as a quality initiative. **Urologic Nursing**, v. 28, n. 6, p. 471-473, 2008.

WASS, V.; BOWDEN R.; JACKSON N. The principles of assessment desing. In: JACKSON N. (Ed.). **Assessment in Medical Education and Training**: a practical guide. Oxford (ENG): Radcliff Publishing, 2007.

WOOD DFFA. **Understanding medical education**: evidence, theory and practice, Oxford (ENG): Wiley-Blackwell, 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781444320282.ch12/pdf> Acesso em: 1 dez. 2016.

ZEFERINO, A.M.B.; DOMINGUES, R.C.L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 176-179, 2007.

ZIMMERMAN, B. Attaining self-regulation: a social cognitive perspective. In: BOEKAERTS, M.; PINTRICH, P.; ZEIDNER, M. (Eds.). **Handbook of self-regulation**. New York (USA): Academic Press, 2000. p. 13-39.

ZIMMERMANN, M.H.; ZARPELLON, L.D.; COELHO, I.M.; PACIORNIK, E.F.; ZIBETTI, R.G.M. Vídeo como feedback na avaliação da aprendizagem por simulação. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO, ENSINO E GESTÃO, 5., 2013. **Anais...** Ponta Grossa (PR), 2013.

ZIMMERMANN, M.H.; SILVEIRA, R. F.M.; GOMES, R.Z. Formação Continuada no Ensino de Ciência da Saúde: Avaliação de habilidades e feedabck efetivo. **Revista Ensino & Pesquisa**, v.14, n.02, jul/dez 2016, p. 197-213, 2016.

ZIV, A.; WOLPE P.R.; SMALL S.D.; GLICK S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. **Academic Medicine**, v. 78, n. 8, p. 783-788, 2003.

APÊNDICE A - Agendamento para contatos/coleta de dados

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ - UTFPR
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM ENSINO DE CIENCIA E TECNOLOGIA
**TÍTULO DA PESQUISA: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS:
VÍDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO**

DOUTORANDA: MARLENE HARGER ZIMMERMANN
ORIENTADORA: ROSEMARI MONTEIRO CASTILHO FOGGIATTO SILVEIRA
COORIENTADOR: RICARDO ZANETTI GOMES

AGENDAMENTO PARA CONTATOS/COLETA DE DADOS

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:..... HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

NOME.....
DATA: / / LOCAL:.....HORA:.....

APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada com docentes

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – DOCENTES

Entrevista Nº:.....

Local:Data:.....

Horário de início:.....Horário de Término:.....

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

Nome.....

Local de Formação Curso Superior:.....

Tempo de formado:.....

Cursos de Pós-graduação:.....Local:.....

Tempo de docência no ensino superior:.....

Disciplina (s) que ministra:

BLOCO B - RELAÇÃO COM AS AULAS

- 1) No desenvolvimento de suas aulas você faz uso de qual (is) metodologia (s) de ensino?
- 2) Em sua opinião, o que é importante para que aconteça o aprendizado do aluno?
- 3) Ao planejar suas aulas, estabelece conexão entre a disciplina e a futura prática profissional? De que forma? Poderia dar um exemplo?
- 4) Em sua opinião, qual o papel do aluno e do professor na questão do ensino?

BLOCO C - RELAÇÃO À AVALIAÇÃO

- 1) O que você pensa sobre a avaliação realizada no curso de medicina?
- 2) Para você a auto-avaliação do aluno é importante? Por quê?
- 3) De que forma você avalia seu aluno? Que instrumento (s) /estratégia faz uso? Quando?
- 4) Você tem o hábito de dar o feedback do desempenho do discente? Se sim: poderia dizer como o faz? Se não: por que não o faz?
- 5) Em sua opinião, como a avaliação deveria ser? Estruturada? Fazer uso de critérios? Quais? Explique.
- 6) O que você pensa sobre a avaliação clínica objetiva estruturada?
- Você faz uso? Como é conduzida?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado(a) a participar da **pesquisa intitulada AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS: VIDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO** da pesquisadora Marlene Harger Zimmermann, sob orientação da prof^a Dra Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira do Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências e Tecnologia da UTFPR e da coorientação do prof^o Ricardo Zanetti Gomes, da UEPG. Salienta-se que projeto de pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética sob o número 109336/2015.

Tem como **objetivo** analisar a contribuição da avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com uso da tecnologia educacional (vídeo), no *feedback* da avaliação de habilidades clínicas, no curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Será desenvolvida com **docentes e discentes** do curso de Medicina que atuam no internato. Estes participarão de todas as fases: avaliação do processo de ensino-aprendizagem, formação continuada, encontros, implantação do OSCE e participação nas Rodas de Conversa.

A abordagem metodológica aplicada será a qualitativa de natureza interpretativa, por meio da pesquisa-ação com observação participante, sendo que a **coleta de dados** dar-se-á por meio de entrevista individual e grupal, fotos e vídeos das atividades utilizando-se o critério de saturação dos dados. Considera-se que os resultados desta pesquisa contribuirão com a formação dos discentes, dos docentes e para a própria sociedade local e nacional.

Fui também informado que minha **participação é voluntária** sem pagar ou receber remuneração. Poderei sem qualquer ônus, deixar a pesquisa a qualquer momento, bem como, receber esclarecimentos em qualquer etapa. Tenho também a **liberdade** de recusar ou retirar o consentimento sem qualquer forma de penalização.

Declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas às questões sobre minha participação direta (ou indireta). Declaro também ter compreendido o objetivo, a natureza e os benefícios desta pesquisa. Após leitura do exposto, **decidi, livre e voluntariamente**, participar da mesma, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham fotografia, imagem e gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

Nome completo: _____ Telefone: _____

Assinatura: _____ Data: .../.../2016.

E-mail: _____

Nome pesquisador: Marlene Harger Zimmermann Telefone: 9925 7654

Assinatura: _____ Data: .../.../....

Em caso de necessidade, favor comunicar-se com Marlene Harger Zimmermann, via e-mail: marlene_hz@yahoo.com.br ou pelo telefone: (42) 9925 7654 ou c/o Comitê de Ética COEP-UEPG Av. Carlos Cavalcanti, 4748, Uvaranas, CEP 84030-900, Ponta Grossa PR, telefone: 3220-3108 e-mail: coep@uepg.br

APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada com discentes

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – DISCENTES

Entrevista Nº:.....

Local:Data:.....

Horário de início:.....Horário de Término:.....

BLOCO A - IDENTIFICAÇÃO

Nome.....

Curso: Série:

BLOCO B - RELAÇÃO COM AS AULAS

- a) O que você pensa sobre a (s) metodologia (s) de ensino que são usadas na sua formação?
- b) O que vc pensa que é importante para que aconteça o aprendizado do aluno?
- c) Em sua opinião, o professor estabelece conexão entre a disciplina e a futura prática profissional? De que forma?
- d) Em sua opinião, qual o papel do aluno e do professor na questão do ensino?

BLOCO C - RELAÇÃO À AVALIAÇÃO

- 1) O que você pensa sobre a avaliação na formação do futuro médico?
- 2) Para você a auto-avaliação é importante? Por quê?
- 3) De que forma você é avaliado? Tem lembrança de qual (is) instrumento (s) /estratégia é/são usada (s). Em que momento?
- 4) Em algum momento você recebe *feedback* do seu desempenho?
Se sim: poderia dizer como isto é feito?
Se não: você acha que isso deveria ser feito? Por que?
- 5) Em sua opinião, como a avaliação deveria ser? Estruturada? Uso de critérios?
Poderia explicar?
- 6) O que você pensa sobre a avaliação clínica objetiva estruturada?

APÊNDICE E - Convite à Formação Continuada

FORMAÇÃO CONTINUADA: OSCE

18 de junho de 2016, às
8:30h

Local: UEPG/DEMED

SUA PRESENÇA É INDISPENSÁVEL

a) ATIVIDADE: elaboração do OSCE e do feedback efetivo entre os participantes.

b) DATA: 18/06- SÁBADO

c) HORÁRIO: 8:30 às 18:00.

d) FACILITADOR: ~~Prof. Dra Rosiane G. Mello Zibetti~~ ~~FPP-Curitiba~~

e) INSCRIÇÕES:

oscemeduepg@gmail.com

OBS: Atividade relativa à pesquisa de doutorado: Tecnologia Educacional no Feedback da Avaliação de Habilidades Clínicas: ensino e aprendizagem por simulação.

Doutoranda: Prof.ª MSc. Marlene H. Zimmermann- PPGECT-UTFPR



APÊNDICE F - Lista de presença - Formação Continuada

APÊNDICE G - Ficha avaliativa sobre a Formação Continuada

Pesquisa: **AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS: VIDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO**

Doutoranda: Marlene Harger Zimmermann PPGECT-UTFPR

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO CONTINUADA

TEMA

AVALIAÇÃO CLÍNICA OBJETIVA ESTRUTURADA - ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS

PERÍODO LOCAL CARGA HORÁRIA

MATUTINO E VESPERTINO	UEPG	8H
-----------------------	------	----

DEPARTAMENTO

DENPS ()	DEMED ()
-----------	-----------

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: Faça um **X** na sua opção de resposta.

ITENS	QUESTÕES	RESPOSTAS			
1	O conteúdo programado para a capacitação foi:	Insuficiente ()	Exagerado ()	Muito bom ()	Excelente ()
2	A contribuição do evento para sua formação profissional (aquisição de conhecimentos e melhoria de desempenho)	Irrelevante ()	Apenas complementar ()	Importante ()	Essencial ()
3	A duração (carga horária) da capacitação em relação ao conteúdo apresentado foi	Subdimensionada ()	Superdimensionada ()	Adequada ()	
4.	As atividades e os exemplos visando correlacionar teoria e prática foram:	Subdimensionada ()	Superdimensionada ()	Adequada ()	
5.	O método, sequência e organização de conteúdos utilizados na capacitação foram:	Péssimo ()	Ruim ()	Bom ()	Excelente ()
6.	Os materiais foram:	Adequado ()	Inadequado ()	Suficiente ()	Insuficiente ()
7.	Os debates/conversas foram:	Desnecessário ()	Insuficiente ()	Necessário ()	Suficiente ()
8.	Em termos de adequação para a realização das atividades, o local em que o evento foi realizado é:	Péssimo ()	Ruim ()	Bom ()	Excelente ()
9.	Os recursos didáticos (slides, uso do quadro, exemplos, exercícios, simulações, etc.) aplicados no curso foram:	Péssimo ()	Ruim ()	Bom ()	Excelente ()
10.	A qualidade dos serviços e materiais de apoio (coordenação, informação, programa) ao evento foi:	Péssimo ()	Ruim ()	Bom ()	Excelente ()
11.	Qualidade do coffee break	Péssimo ()	Ruim ()	Bom ()	Excelente ()

APÊNDICE H - Registro de Imagens da FC



APÊNDICE I - Pesquisa-ação: encontros com docente

[DIGITE O NOME DA EMPRESA DO REMETENTE]

DATA: 07 DE JULHO DE 2016 HORÁRIO: 19:00 às 20:00. LOCAL: UEPG - Lab Habilidades
 DOUTORANDA: MARLENE HARGER ZIMMERMANN - PPGET-UTFPR
 ORIENTADORA: ROSEMARI MONTEIRO CASTILHO FOGGIATTO SILVEIRA
 COORIENTADOR: RICARDO ZANETTI GOMES

LISTA DE PRESENÇA

NOME	INTERNATO
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

ATIVIDADES PROPOSTAS:

- 1) Encaminhamento dos trabalhos
- 2) Divisão em grupos por internato.
- 3) Elaboração de uma estação do OSCE.
- 4) Avisos/cronograma

APÊNDICE J - Planejamento do OSCE

DELINEAMENTO
<p>Habilidades que serão avaliadas: interpessoais e de comunicação, clínica e de procedimentos.</p> <p>Objetivos educacionais: a) da avaliação: formativa e somativa.</p> <p>Ao final da avaliação o aluno deverá demonstrar ter conhecimento teórico, desenvolver habilidades de comunicação e de procedimentos no caso clínico apresentado.</p> <p>Padronização dos tempos (leitura (1min), estação (7min), feedback efetivo (2)).</p> <p>Serão no total 4 OSCEs 10 alunos cada um no intervalo de 3 meses.</p> <p>Conteúdos/problemas clínicos: emergência cirúrgica de atendimento ao paciente com apendicite aguda, pneumotórax, trauma abdominal fechado, traumatismo crânio encefálico.</p> <p>Matriz de avaliação:</p> <p>Nº de estações: 3 (1-interpessoal e de comunicação, 2-anamnese, 3-exame físico, 4-exames a serem solicitados e coleta de sangue, 5-análise de exames, 6-conduta a ser tomada)</p> <p>Duração das estações: 10 minutos para cada estação. Haverá <i>feedback</i> efetivo ao final de cada estação. Na sequência, o aluno irá para a próxima estação, assim que soar sinal sonoro.</p>
PLANEJAMENTO
<p>Área física: serão realizadas em 4 salas, ambiente simulado, que compõe o ambulatório nas dependências do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, em que ocorrerão as estações. De igual forma, mais duas salas serão utilizadas para acolhimento dos examinandos antes e após o exame.</p> <p>Avaliados: serão 40 acadêmicos da 6ª série do curso de Medicina. Esta avaliação terá conformação formativa e somativa e será realizada ao final do internato de cada internato.</p> <p>Pessoal: Dois (2) professores para permanecerem nas salas em que ocorrerá o confinamento dos alunos acolhimento antes do OSCE. Oito (4) professores médicos para atuarem nas estações. Um (1) para ficar responsável pelos pertences dos alunos. Um (1) cronometrista. Um (1) coleta de dados - questionários.</p> <p>Pacientes: 2 pacientes simulados padronizados para atuar nas estações.</p> <p>Recursos especiais: manequins (braço), resultados de exames de ultrassom.</p>
REDAÇÃO
<p>Descrição geral do exame: será realizado um <i>blueprinting</i> (mapas de conteúdo), no qual constarão os conteúdos e objetivos da avaliação.</p>

Material de cada estação: vinhetas clínicas, instruções para examinandos, roteiros para pacientes, protocolos de observação e registro- com pontuação, questões pós-tarefa, instruções para avaliadores .
RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DOS PACIENTES
Para compor as estações serão convidados os alunos do curso de medicina e do Mestrado em Ciências da Saúde da UEPG para atuarem como pacientes simulados padronizados. Uma hora antes do início do processo avaliativo proposto, estes serão treinados com procedimento padrão para atuarem com a máxima realidade possível nas estações.
RECRUTAMENTO E TREINAMENTO DOS AVALIADORES
Tendo em vista participarem do processo avaliativo professores médicos, estes serão treinados duas semanas do procedimento proposto, nas estações e junto com os pacientes padronizados.
TESTE PRELIMINAR DAS ESTAÇÕES
Uma semana anterior à data prevista para operacionalização do OSCE, será realizada execução de simulações com registro do tempo e correção de imperfeições que se fizerem necessárias, bem como testar o <i>checklist</i> e reformular itens, caso necessário.
PROVIDÊNCIAS FINAIS
<p>As estações serão sinalizadas com número.</p> <p>Haverá disposição dos equipamentos/materiais necessários para efetivação das habilidades previstas.</p> <p>Para o controle do tempo em o aluno deve mudar de ambiente, o cronometrista avisará em bom tom e voz clara sinalizando mudança necessária entre as estações.</p> <p>Enquanto os avaliandos permanecerem nas salas os seguintes aspectos devem ser contemplados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Os celulares de todos os alunos serão guardados junto aos pertences do aluno. 2) Após o término da avaliação, o celular será devolvido ao acadêmico que deverá não poderá permanecer no local do OSCE. 3) Nas salas os acadêmicos poderão fazer uso de jogos, palavras-cruzadas, baralho.

APÊNDICE K - Questionário Avaliativo do 1º OSCE

**PREZADO ALUNO CONTAMOS COM SUA COLABORAÇÃO PARA FUTURAS
ADEQUAÇÕES NO METODO AVALIATIVO OSCE COM *FEEDBACK* DO DOCENTE**

DATA:/...../16 1º OSCE

INTERNATO DE:

- () Pediatria () GO () Clínica Cirúrgica
 () Clínica Médica () Saúde da Família () Emergência Clínica
 () Emergência Cirúrgica

1. Como foi para você participar da avaliação de habilidades pelo método OSCE? Contribuiu para sua formação ? Por quê?

2. Qual sua opinião em relação do *feedback* ao término da estação? Houve contribuição ao processo ensino-aprendizagem? O que mais gostaria de nos informar?

3. Pontos positivos e negativos do OSCE com *feedback* do docente

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS

4. Algo mais que gostaria de nos informar para melhorar a avaliação do seu processo ensino-aprendizagem?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO

APÊNDICE L - Roteiro Roda de Conversa - Docentes

RODA DE CONVERSA - PÓS OSCE

PERGUNTAS PARA OS PROFESSORES

- 1) Como foi para você participar da avaliação de habilidades pelo método *OSCE*? Contribuiu para sua atuação como docente? Por quê?
- 2) Comente sobre o *feedback* ao final da estação? Importância? Acha que houve algum ganho para o aluno?
- 3) Cite pontos positivos e negativos a fim de que possamos fazer os ajustes.

APÊNDICE M - Orientações/Mudanças 2º OSCE- Docentes

Orientações/Mudanças 2º OSCE

PROJETO DE PESQUISA: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS:
 VIDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO

DOUTORANDA: MARLENE HARGER ZIMMERMANN

MUDANÇAS E ORIENTAÇÕES PARA DOCENTES: 2º OSCE DE 06 A 09 DE FEVEREIRO DE 2017

Após compilação dos resultados das avaliações feitas com alunos e docentes após o primeiro OSCE da UEPG, no final do ano de 2016, curso de medicina; elencamos as seguintes orientações/ mudanças para o OSCE para dias 06 a 09 de fevereiro de 2017.

Contamos com a colaboração de todos a fim de que possamos melhorar o processo avaliativo rumo a excelência.

- 1) Clareza na descrição dos cenários e no objetivo a ser atingido: atentar para fazer uso de casos clínicos curtos e escrever o objetivo (um ou dois; não mais) a ser atingido de forma bem clara que tenha sido vivenciado por todos os alunos no estágio do internato. Não cobrar o que não foi dado;
- 2) Muito importante que os docentes de cada internato se reúnam para testar/debater/ revisar as estações e pontuação do check-list. Atentar para duplicidade de objetivos a serem atingidos, como por exemplo: duas estações solicitando exame físico;
- 3) Se utilizarem ator/atriz, que seja compatível com a história clínica da simulação. Os professores precisam treina-los previamente e não na hora da avaliação a fim de que haja consonância entre objetivo a ser atingido e a atuação dos mesmos. Eles necessitam de tempo hábil para 'decorar' o caso e poderem ajudar efetivamente;
- 4) No **feedback** informar o aluno momento em que ele se perdeu ou o que o levou a errar e **primeiro perguntar para o aluno o que ele poderia fazer diferente** em outro momento, antes do professor falar o que ele achou;
- 5) MUDANÇA: a) tempo das estações foi ampliado para 8 minutos e o feedback para 3. Associado com 1 minuto para leitura: estação com 12 minutos em sua totalidade.
 - a) os alunos e docentes com atuação no OSCE serão liberados do estágio no dia da avaliação- método OSCE- no período vespertino. Matutino segue normalmente;
 - b) o objetivo a ser atingido (habilidade testada) deverá estar descrito também dentro da estação, em cima da mesa, além da porta;
 - c) todas as disciplinas do internato deverão preparar 4 estações com apenas um avaliador. Portanto, **cada estação deverá ter um caso diferente e não sequencial**;
 - d) as 4 estações iniciarão ao mesmo tempo;
 - e) padronizamos fonte e tamanho de letra bem como informações relevantes **do caso clínico para colocar na porta** (modelo em anexo,

Arial 20), do checklist do avaliador (modelo em anexo, Arial 12), **das orientações para o ator** (modelo em anexo, Arial 12) **e da folha contendo objetivo para dentro da estação** (modelo em anexo, Arial 28).

- 6) Usar criatividade na formulação do caso clínico: uso de atores, figuras, bonecos evitando que o aluno tenha que imaginar o caso.
- 7) Inserir na estação todos os equipamentos necessários para que o aluno atinja o objetivo desde aparelho de pressão, termômetro, papel, caneta, etc.
- 8) Padronizar a operacionalização das estações: todos os avaliadores necessitam mostrar o chek-list para o aluno no momento do feedback.
- 9) Professor ser coerente com sua postura no estágio junto ao aluno e o que cobra na avaliação. Por exemplo, professor que, junto com o aluno não cumprimentava paciente no estágio; não pode exigir do aluno que o faça.
- 10) Comprometimento/envolvimento dos docentes com todas as atividades que requerem o OSCE iniciando com pontualidade. Lembrar que estamos trabalhando em equipe, pois nenhum internato é composto por um único docente.
- 11) Lembramos que a participação do professor/ avaliador dentro da estação permanece na qualidade de OBSERVADOR.

Elaboração: Prof^a Marlene, Prof^o Dr Ricardo e Prof^a Dra Rosemari.

Data: fevereiro de 2017.

APÊNDICE N - *Feedback* efetivo resumido

Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR
Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia

Pesquisa: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS: *VIDEOEEDBACK*
NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO

Doutoranda: Marlene Harger Zimmermann

Orientadora: Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

FEEDBACK EFETIVO

- 1) PERGUNTE AO ALUNO: COMO VOCE ACHA QUE FOI NESSA ESTAÇÃO?
- 2) FALE PARA O ALUNO ASPECTOS POSITIVOS DE SEU DESEMPENHO.
- 3) PERGUNTE AO ALUNO: O QUE VOCE ACHA QUE PRECISA MELHORAR?
- 4) COMENTE COM O ALUNO O QUE VOCE ACHOU DO DESEMPENHO DELE E O QUE ELE PRECISA MELHORAR.

APÊNDICE O - Questionário Avaliativo - Pós 2º OSCE

PREZADO ALUNO CONTAMOS COM SUA COLABORAÇÃO PARA FUTURAS ADEQUAÇÕES NO METODO AVALIATIVO OSCE COM FEEDBACK DO DOCENTE

DATA:/...../17 2º OSCE

INTERNATO DE:

- () Pediatria () GO () Clínica Cirúrgica
() Clínica Médica () Saúde da Família () Emergência Clínica
() Emergência Cirúrgica

1. Como foi para você participar deste segundo OSCE em relação a sua formação?

2. As modificações realizadas nesta avaliação foram positivas para você? Se sim, de que forma? Se não, comente porque não foram.

3. O feedback dado pelo professor na avaliação de hoje contribuiu para seu aprendizado? Por que?

4. Neste método do OSCE o que mais importante você considerou? O que gostaria de comentar?

5. Ao pensar em seu aprendizado, quais sugestões você nos dá para continuarmos aprimorando este tipo de avaliação?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO

APÊNDICE P - Perguntas Norteadoras – *VideoFeedback*

Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR
Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia

Pesquisa: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS: *VIDEOFEEDBACK* NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO

Doutoranda: Marlene Harger Zimmermann

Orientadora: Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

Co-orientador: Ricardo Zanetti Gomes

Protocolo de entrevista semi-estruturada do *videofeedback*- ALUNO

INTERNATO DE:

- () Pediatria () GO () Clínica Cirúrgica
() Clínica Médica () Saúde da Família () Emergência Clínica
() Emergência Cirúrgica

1. Como vc se **sentiu** ao se ver realizando o procedimento no vídeo?
Gostou? Sim / Não - Justifique:
O que você mais gostou? O que não gostou?
2. Como foi para você ter visualizado **seu desempenho** por meio da tecnologia educacional, o vídeo?
3. O *feedback* com uso de vídeo trouxe alguma **contribuição para seu aprendizado**? Se sim - Qual(is)? Por quê?

Se não, pode dizer por que acha isso?
4. Poderia dar sugestão para melhoria do processo?

APÊNDICE Q - Orientações/Mudanças 3º OSCE- Docentes

Orientações/Mudanças 3º OSCE- Docentes

PROJETO DE PESQUISA: TECNOLOGIA EDUCACIONAL NO FEEDBACK DA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS: ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO

DOUTORANDA UTFPR: PROF^a MARLENE HARGER ZIMMERMANN

ORIENTAÇÕES PARA DOCENTES: 3º OSCE DE 24 DE ABRIL A 06 DE FEVEREIRO DE 2017

Dados das avaliações feitas com alunos e docentes do segundo OSCE da UEPG, realizado em fevereiro deste ano, sugerem tais orientações/ mudanças para o terceiro OSCE.

JÁ PROGREDIMOS MUITO, CONTUDO, PRECISAMOS AINDA DE ALGUNS AJUSTES.

POUCA COISA ESCRITA NA PORTA, DE PREFERENCIA SOMENTE O CENÁRIO (UBS, CENTRO CIRÚRGICO, CONSULTÓRIO, ETC)

CLAREZA NO OBJETIVO A SER ATINGIDO E NO MÁXIMO DOIS POR ESTAÇÃO.

DEIXAR OBJETIVO E DEMAIS INFORMAÇÕES DO CASO, DENTRO DA ESTAÇÃO.

TRAZER CASOS QUE OS ALUNOS TENHAM VIVENCIADO NO INTERNATO. NÃO COBRAR O QUE NÃO FOI DADO.

PONTUALIDADE DOS DOCENTES E QUE TRAGAM JÁ IMPRESSO O MATERIAL QUE UTILIZARÃO NAS ESTAÇÕES.

PADRONIZAR COM OS DOCENTES (PARES DE CADA INTERNATO), SE HAVERÁ ENTREGA DE NOTAS AOS ALUNOS NO FEEDBACK.

NO CASO DE ATOR/ATRIZ HÁ NECESSIDADE DE TREINAMENTO ANTECIPADO DE PELO MENOS UMA HORA ANTES DO INÍCIO DA AVALIAÇÃO.

FAZER EM CADA ESTAÇÃO UM CASO INDEPENDENTE E NÃO SEQUENCIAL.

NÃO TER PARTICIPAÇÃO DE ALUNOS DAS OUTRAS SÉRIES DO CURSO DE MEDICINA PARA ATUAR/AJUDAR NO OSCE.

REDOBRAR A ATENÇÃO QUANTO A ENTRADA DE ALUNOS NO AMBULATÓRIO DO HU FORA DO HORÁRIO ESTIPULADO.

CASO DE REPASSE DE INFORMAÇÃO ENTRE ALUNOS SOBRE ESTAÇÃO A SER AVALIADA; O OSCE DAQUELE INTERNATO SERÁ CANCELADO.

NO CASO DE INTERNATOS SENDO AVALIADOS SIMULTANEAMENTE; DE PREFERENCIA QUE HAJA DOIS CRONOMETRISTAS, HOMEM E MULHER PARA DIFERENCIAÇÃO DA VOZ.

INFORMAÇÃO CLARA, CONCISA, PRECISA, DO QUE SE QUER: OBJETIVO BEM CLARO.

LEMBRETE

TEMPO TOTAL NA ESTAÇÃO: 12 MINUTOS (1- PARA LEITURA, 8-ESTAÇÃO, 3 FEEDBACK)

4 ESTAÇÕES COM UM AVALIADOR INTERNO

OBJETIVO DENTRO DA ESTAÇÃO

UTILIZAR OS IMPRESSOS QUE FORAM PADRONIZADOS PARA O OSCE.

CASO CLÍNICO PARA COLOCAR NA PORTA (MODELO EM ANEXO, ARIAL 20),

CHEKLIST DO AVALIADOR (MODELO EM ANEXO, ARIAL 12),

ORIENTAÇÕES PARA O ATOR (MODELO EM ANEXO, ARIAL 12)

FOLHA CONTENDO OBJETIVO PARA DENTRO DA ESTAÇÃO (MODELO EM ANEXO)

Obrigada.

Elaboração: Prof^a Marlene H. Zimmermann

APÊNDICE R - Questionário Avaliativo - Pós 3º OSCE

**PREZADO ALUNO CONTAMOS COM SUA COLABORAÇÃO PARA FUTURAS
ADEQUAÇÕES NO METODO AVALIATIVO OSCE COM *FEEDBACK* DO
DOCENTE**

DATA:/...../17 **3º OSCE**

INTERNATO DE:

- () Pediatria () GO () Clínica Cirúrgica
() Clínica Médica () Saúde da Família () Emergência Clínica
() Emergência Cirúrgica

1. Em relação à sua formação profissional, como foi para você participar do TERCEIRO OSCE? Você acha que contribuiu? Explique

2. Após participar do TERCEIRO OSCE, você acha que este método pode ajudar no seu processo de aprendizagem? Se sim, de que forma? Se não, poderia explicar? O que poderia ser feito para melhorar?

3. Você ficou nervoso(a)?

- Se sim, ao que você atribui para a questão do nervosismo anterior ao OSCE? Que sugestões você considera importantes para melhorar este estado?

- Se não, ao que você atribui não ter ficado nervoso?

4. Do primeiro para o terceiro OSCE, em sua opinião houve mudanças quanto ao seu desempenho? Aprendizagem? Comente.

- Se não, comente.

5. Ao pensar em seu aprendizado, quais sugestões você nos dá para continuarmos aprimorando este tipo de avaliação?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO

APÊNDICE S - Questionário Avaliativo - Pós 4º OSCE

PREZADO ALUNO APÓS FINALIZAR O 4º OSCE CONTAMOS COM SUA COLABORAÇÃO PARA ADEQUAÇÕES NO METODO AVALIATIVO OSCE COM FEEDBACK DO DOCENTE

DATA:/...../17

4º OSCE

INTERNATO DE:

- () Pediatria () GO () Clínica Cirúrgica
 () Clínica Médica () Saúde da Família I () Emergência Clínica
 () Emergência Cirúrgica () Saúde da Família II

1. Fazendo uma **retrospectiva de sua caminhada do 1º ao 4º OSCE**; comente como foi para você participar deste método avaliativo? Contribuiu para a sua formação profissional?

Se sim, por favor explique de que maneira? Se não, explique por que não.

2. Gostaria que você comentasse sobre o *feedback* do docente inserido na avaliação. Em sua opinião houve contribuição ao processo ensino-aprendizagem? Se sim, em que sentido?

Se não? Por que acha isso? O que mais gostaria de nos informar?

3. Pontos positivos e negativos do OSCE com *feedback* do docente:

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS

4. Ao pensar em seu aprendizado, quais sugestões você nos dá para continuarmos aprimorando este tipo de avaliação?

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO/CONTRIBUIÇÃO

APÊNDICE T - Publicação de Artigo

**FORMAÇÃO CONTINUADA NO ENSINO DE CIÊNCIA DA SAÚDE:
AVALIAÇÃO DE HABILIDADES E *FEEDBACK* EFETIVO**

Marlene Harger Zimmermann¹, Rosemari Foggatto Monteiro Silveira², Ricardo Zanetti Gomes³

Resumo: A responsabilidade do educador no processo de ensinagem é de grande relevância. A formação continuada (FC) pode se tornar importante estratégia em auxílio às lacunas vivenciadas pelo professor com formação na área da saúde, quando não possuir formação pedagógica anterior. O objetivo deste estudo foi analisar, sob o olhar dos professores do ensino de ciência da saúde, a formação continuada, traçando seus aspectos positivos e negativos. Trata-se de um estudo exploratório, abordagem metodológica qualitativa com observação participante. A coleta de dados deu-se por meio da observação, roda de conversa e ficha avaliativa realizada com professores dos cursos de Enfermagem e Medicina ao término da FC, em junho de 2016, nas dependências da Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR. A temática abordada denominou-se 'Avaliação Clínica Objetiva Estruturada e *Feedback* Efetivo'. Para compor a temática, houve gravação de som/imagem e foram registradas fotos pertinentes. Dados foram expressos em porcentagem e em categorias temáticas. Dos 18 participantes da formação, 06 (33,33%) eram professores do curso de Enfermagem e 12 (66,67%) de Medicina. Em relação à 'contribuição da FC para a vida profissional', a totalidade dos participantes considerou como importante e essencial. Quanto à 'participação' 93,75% considerou entre bom e excelente e, no quesito 'conversas e debates', 93,75% dos participantes considerou como necessária e suficiente. A oportunidade para reflexão, a qualidade da facilitadora, o tema escolhido, a própria formação para os docentes e a dinâmica empregada foram aspectos considerados positivos na FC realizada. O sábado, a carga horária e o espaço físico foram apontados como negativos. Conclui-se que a FC constitui-se em importante estratégia quando vem ao encontro das necessidades dos professores e contribui para a formação docente, propiciando reflexões sobre os desafios que acompanham a avaliação de habilidades. A presença ativa com intencionalidade para ensinar/aprender/partilhar foi motivadora e enriquecedora traduzindo-se em benefícios para todos os atores no cenário do ensino.

Palavras-chave: formação continuada, avaliação, feedback, ensino, ciência da saúde.

¹ Enfermeira. Mestre em Educação PUC-PR. Docente do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Doutoranda da UFTPR-PPGECT.

² Farmacêutica. Doutora em Educação Científica e Tecnológica pela UFSC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia da UTFPR.

³ Médico. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal do Paraná. Docente do Departamento de Medicina da UEPG.

ANEXO A - Repercussão da FC

20/06/2016 - 15h

24 / Atualizada 20/06/2016 - 16h15

Sebisa promove curso sobre 'Avaliação Clínica estruturada'

por Mari Cleia Aparecida de Andrade



O Setor de Ciências Biológicas e da Saúde (Sebisa), da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) promoveu neste sábado (18), na sala 86 do Bloco 'M', o curso de Formação Continuada com o tema 'Avaliação clínica objetiva estruturada', ministrado pela professora Rosiane Guetter Mello (Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba). O curso foi desenvolvido através de atividades teóricas e práticas sobre avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE).

O curso foi coordenado pela diretora do Sebisa, professora Fabiana Postiglione Mansani, e supervisionado pela professora Marlene Zimmermann (Departamento de Enfermagem e Saúde Pública), com a participação de professores e alunos do curso de Medicina e de Enfermagem da UEPG.

De acordo com a diretora do Sebisa, a atividade teve como objetivo oportunizar espaço de formação para capacitação docente, priorizando o atendimento das novas linhas diretrizes para os cursos das áreas da saúde, que é um currículo operacionalizado em metodologias ativas. "Entendemos que estas atividades oportunizam cada vez mais a reflexão docente e a capacitação para novos olhares em relação à avaliação. Estes elementos são de extrema importância para se construir currículos cada vez mais voltados a metodologias ativas que estimulam os acadêmicos a construir seus próprios conhecimentos".

ANEXO B - Modelo de *feedback* efetivo

Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR
Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Tecnologia

**Pesquisa: AVALIAÇÃO PRÁTICA DE HABILIDADES CLÍNICAS:
 VIDEOFEEDBACK NO ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO**

Doutoranda: Marlene Harger Zimmermann

Orientadora: Rosemari Monteiro Castilho Foggiatto Silveira

INTENÇÃO	TÉCNICA	EXEMPLO DE COMPORTAMENTO
<p>☐ Orientação e clima: preparar aluno para sessão</p>	<p>Informe aluno antes do tempo. Selecione a hora e o local apropriado. Forneça uma atmosfera relaxante e respeitosa. Explique / negocie agenda</p>	<p>Vamos marcar uma reunião para rever seu desempenho? Quais são os seus objetivos para esta rotação / estágio? Recorda-se das expectativas declaradas para este procedimento?</p>
<p>☐ Elicitação: (técnica de obtenção de dados) peça ao aluno para auto-avaliar-se</p>	<p>Pergunte o que foi bem feito e o que poderia ser melhorado. Pergunte como se sentiu. Use perguntas em aberto.</p>	<p>Como você acha que foi? O que foi bem feito? O que poderia ser melhorado?</p>
<p>☐ Diagnóstico e feedback: decidir onde aluno precisa melhorar; dar reforço e feedback corretivo.</p>	<p>Ofereça sua resposta às observações de comportamentos específicos, abordagem ou estilo. Dê suas razões no contexto de metas bem definidas.</p>	<p>Quando você fez / disse. . . Eu estava. . . (satisfeito, aliviado, aborrecido, chateado), pois. . .</p>
<p>☐ Plano de melhoria: desenvolver estratégias específicas para a melhoria</p>	<p>Convide o aluno para dar sugestões. Dê suas sugestões. Sugira artigos, consultas. Ensine (discutir, demonstrar).</p>	<p>O que você poderia fazer de diferente? Esta é a minha sugestão. . . Onde você vai obter ajuda? Vamos reformular este problema. Vamos falar sobre isso.</p>
<p>☐ Aplicação: aplicar estratégias para a situação real</p>	<p>Aplique melhorias planejadas para o cotidiano ou problemas futuros.</p>	<p>O que você vai fazer da próxima vez? Mostre-me!</p>
<p>☐ Revisão: Verificação se o aluno compreende e concorda com o que foi discutido e negociado</p>	<p>Aluno revê seus comportamentos necessitando de mudanças. Especifique consequências.</p>	<p>O que você faz bem? Quais as mudanças que você vai fazer? Até quando? E se você não fizer?</p>

OBS: Traduzido e adaptado de: HEWSON, Mariana G.; LITTLE, Margaret L. Giving Feedback in Medical Education. Verification of Recommended Techniques. **Journal of General Internal Medicine**. Volume 13, February 1998.

ANEXO C - Autorização do Departamento de Medicina da UEPG



Universidade Estadual de Ponta Grossa
Setor de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Medicina

DECLARAÇÃO

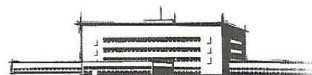
O departamento de medicina autoriza a realização da pesquisa "**Tecnologia educacional no feedback da avaliação de habilidades clínicas: ensino-aprendizagem por simulação**", sob a coordenação da professora Marlene Harger Zimmermann.

Ponta Grossa, 01 de setembro de 2015.

.....
Ricardo Zanetti Gomes
Coordenador do Curso de Medicina

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Departamento de Medicina
Ricardo Zanetti Gomes
Coordenador

ANEXO D - Autorização do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais



Ponta Grossa, 26 de outubro de 2015

Assunto: Aceite e liberação Projeto de Pesquisa

Em resposta à solicitação da Professora Marlene Harger Zimmermann, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, declaramos que a mesma está autorizada a usar as dependências do ambulatório do HURCG no turno noturno, no período de abril de 2016 a março de 2017, sendo necessária a entrega da escala dos horários com antecedência mínima de 15 dias do início das pesquisas na Diretoria Acadêmica para providências.

Atenciosamente,

Profª Draª Tatiana Cordeiro de Menezes
Diretora Acadêmica

Dra. Tatiana Cordeiro
Diretora Acadêmica - CRM/PR 22550
Hospital Universitário Regional
dos Campos Gerais



ANEXO E - Autorização do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde



Universidade Estadual de Ponta Grossa
Setor de Ciências Biológicas e da Saúde



Of. 145/15 - SEBISA

Ponta Grossa, 01 de setembro de 2015.

Prezados Senhores:

Vimos, por meio do presente ofício, **AUTORIZAR** a realização da pesquisa intitulada "**Tecnologia educacional no feedback da avaliação de habilidades clínicas: ensino-aprendizagem por simulação**", envolvendo os docentes do Setor de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Ponta Grossa, referente à pesquisa de doutorado da Prof^a. Marlene Harger Zimmermann.

Atenciosamente,

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
Setor de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Paulo Vitor Fajardo
Diretor Adjunto

À Comissão de Ética em Pesquisa
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Avenida General Carlos Cavalcanti, 4748 – Campus em Uvaranas – Bloco M
CEP 84030-900 Ponta Grossa Paraná
Fone (42) 3220-3101 / 3220-3100 sebisasec@uepg.br

ANEXO F - Parecer de Aprovação da Comissão de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA EDUCACIONAL NO FEEDBACK DA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES CLÍNICAS: ENSINO E APRENDIZAGEM POR SIMULAÇÃO **Pesquisador:** Marlene Harger Zimmermann **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 50489415.6.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER Número do Parecer: 1.302.632

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quanto ao objeto (de campo), natureza (aplicada), objetivos (exploratória) de abordagem quantitativa e qualitativa. Utilização de análise de conteúdo proposto por Bardin e estatística descritiva. Delineamento do estudo conforme Víctora (2000). A pesquisa será realizada tendo como cenários o Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) e a Instituição de Ensino Superior do Estado do Paraná, Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG, ambos na cidade de Ponta Grossa, PR. População, acadêmicos da 5ª série da disciplina do Internado de Emergências Cirúrgicas do curso de Medicina da UEPG e docentes do curso de Medicina da UEPG. AMOSTRA: Não probabilística, de conveniência, da qual participarão aqueles que, tendo sido convidados; concordarem em participar da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a contribuição da avaliação clínica objetiva estruturada (OSCE) com uso da tecnologia educacional (vídeo), no feedback da avaliação de habilidades clínicas (cognitiva, técnica e relacional), no curso de Medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Página 01 de

Objetivo Secundário:

- a) Diagnosticar avaliação do processo de ensino e aprendizagem realizada no curso de medicina da UEPG.
- b) Sistematizar avaliação de habilidade clínica objetiva estruturada com associação de tecnologia educacional (vídeo) ao feedback.
- c) Implantar o OSCE com associação da tecnologia educacional (vídeo) do vídeo ao feedback na disciplina do Internato de Urgência e Emergência Cirúrgica.
- d) Analisar as contribuições da associação do vídeo ao feedback no processo avaliativo, sob olhar do discente. e) Desvelar o significado da avaliação de habilidades clínicas utilizando OSCE com associação do vídeo ao feedback, sob o olhar do discente e do docente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Apesar de só se trabalhar com os participantes que aceitarem participar do estudo, mesmo assim como em toda pesquisa, corre-se o risco de que cause algum constrangimento no ato de ser entrevistado, na observação de seu desempenho ou sobre fotografia, imagem e gravação de voz que será realizado. Dessa forma, os participantes terão a liberdade e o direito de restringir o uso das suas informações ou desistir do estudo a qualquer momento. Outro fator de risco é ausência ou desistência dos sujeitos da pesquisa, discentes e docentes, bem como a quebra de sigilo dos dados e de identificação dos mesmos. Para minimizá-los, a coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável e a mesma utilizará os preceitos da ética profissional, através do sigilo das informações e a não divulgação da identidade dos sujeitos. Os sujeitos da pesquisa serão esclarecidos que sua participação é voluntária.

Benefícios:

O uso de ferramentas de avaliação eficazes como OSCE, a adoção de simulação em ambiente protegido acrescidos de tecnologia educacional (vídeo) auxiliando na consolidação do aprendizado por meio do feedback efetivo como estratégias de ensino, treinamento e avaliação de habilidades clínicas; podem se configurar como avanços para o processo de ensino e de aprendizagem no curso de Medicina e colaborar na formação integral do futuro médico, em atendimento as DCNs do curso de Medicina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O OSCE associado ao feedback de desempenho com utilização de tecnologia educacional (vídeo) em ambientes simulados, contribui para apreensão das habilidades clínicas (cognitiva, procedimental e atitudinal) desejadas no internato em Emergências Médicas, pelo acadêmico de medicina da UEPG. A tecnologia educacional, vídeo, associado ao feedback de avaliação de habilidades clínicas, utilizando OSCE, pode contribuir para o processo ensino e aprendizagem por simulação do acadêmico de medicina da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo

Recomendações:

Após a conclusão da pesquisa solicita-se que seja enviado via plataforma Brasil o relatório final para evitar pendências para com a Proesp ou com a Coep.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_591036.pdf	27/10/2015 16:30:57		Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.docx	27/10/2015 16:29:39	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Anexo_A_modelo_de_feedback_efetivo.Docx	27/10/2015 16:25:49	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_G_metodologia.docx	27/10/2015 16:22:37	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_F_perguntas_para_o_grupo_focal.docx	27/10/2015 16:22:18	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_E_grupo_focal_planejamento.docx	27/10/2015 16:20:35	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_D_entrevista_estruturada_pos_revisitaçao_do_desempenho.docx	27/10/2015 16:20:05	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_C_formaçao_continuada.docx	27/10/2015 16:18:58	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_B_Entrevista_semi_estruturada_discentes.docx	27/10/2015 16:18:20	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Outros	Apendice_A_entrevista_semi_estruturada_docentes.docx	27/10/2015 15:56:04	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	Apendice_H_TCLE_discentes_6_serie.docx	27/10/2015 15:53:10	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /Justificativa de Ausência	Apendice_J_tcle_docentes.docx	27/10/2015 15:52:12	Marlene Harger Zimmermann	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento/ Justificativa de Ausência	Apendice_I_tcle_discentes_5_serie.docx	27/10/2015 15:51:24	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SEBISA.pdf	27/10/2015 15:49:25	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_DEMED.pdf	27/10/2015 15:49:10	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_hurcg.pdf	27/10/2015 15:48:25	Marlene Harger Zimmermann	Aceito
Projeto Detalhado/ Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.docx	27/10/2015 15:42:52	Marlene Harger Zimmermann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não