

Título: AVALIAÇÃO CLÍNICA ESTRUTURADA
Autoras: ARABELA MARIA BARBOSA SAMPAIO¹
SILVIA CRISTINA MARQUES NUNES PRICINOTE^{1,2}
EDNA REGINA SILVA PEREIRA¹

1. Universidade Federal de Goiás
2. Centro Universitário de Anápolis - UniEvangélica

RESUMO:

O mundo vive profundas modificações na área do conhecimento, da tecnologia, do sócio – político e, como não poderia permanecer estático, na área da saúde.

Requer-se atualmente um novo perfil de profissional: generalista, humanista, crítico e reflexivo; cuja prática seja pautada na ética, no rigor científico, na integralidade, na cidadania e na promoção de saúde e que desenvolva competências além de atenção em saúde como tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Como não existe um único método de avaliação capaz de atingir todos estes elementos (conhecimentos, habilidades e atitudes), entende-se que apenas a combinação de métodos é capaz de produzir os resultados esperados da avaliação. Como alternativa avaliativa, surgiram às avaliações clínicas estruturadas, baseadas na observação “do fazer ou do demonstrar como se faz”, instrumentos que auxiliam o examinador a focar a atenção no desempenho de habilidades específicas, objetivando a avaliação. Na perspectiva de promover uma visão ampliada dos métodos avaliativos que vem sendo utilizado na educação em saúde, pretende-se neste artigo, de revisão de literatura, oferecer ao leitor uma descrição geral e diversificada, de métodos de avaliação clínica estruturada, enfatizando o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), pois é o representante mais difundido no Brasil, podendo assim oportunizar para que mais profissionais da área de saúde possam conhecer e fazer uso desta ferramenta avaliativa.

Palavras – chave: Avaliação Educacional, Avaliação em Saúde, Educação Baseada em Competência, Educação Superior

ABSTRACT:

The world lives deep changes in the knowledge area, such as technology, social-political and as would not be static, in the health area too. Nowadays requires a new professional profile: generalist, humanist, critical and reflexive; whose practice has to be ruled in the ethic, scientific rigor, integrity, citizenship and in the health promotion and that developed competencies beyond only health care, as making decision, communication, leadership, and management and permanent education. As there is no only one assessment method able to reach all these elements (knowledge, skills, attitudes), understand that only a combination of assessment method is able to produce de evaluation expected. With alternative method, emerge the structured clinical assessment, founded in the observation of “to do or how to do”, a tools that helps the examiner focus the attention in the specific skills' performance, objecting the evaluation. In the perspective of promote a amplified view about assessment methods used in the health education, wanted in these review articles, present to the reader, a general and diversity vision's of types of structured clinical assessments methods, that are used in health education, emphasized the Objective Structured Clinical Examination (OSCE), because is the representative most spread in Brazil, it can give the opportunity to more health professionals get knowledge and to use this assessment tool.

Keys-Word: Health Evaluation, Evaluation Studies, Competency-Based Education.

INTRODUÇÃO

O mundo vive hoje profundas modificações na área do conhecimento, da tecnologia, na área sociopolítico e, como não poderia permanecer estático, na área da saúde que avançam com enorme rapidez. Requer-se um novo perfil de profissional: generalista, humanista, crítico e reflexivo; cuja prática seja pautada na ética, no rigor científico, na integralidade, na cidadania e na promoção de saúde e que possa desenvolver competências além de atenção em saúde como tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001).

A concepção de educação médica encontra-se em processo de mudança. O modelo tradicional de ensino flexneriano vem sendo rediscutido e substituído por outros em várias instituições de ensino superior no Brasil: o movimento de incorporação da Problematização e do Aprendizado Baseado em Problemas em suas atividades curriculares normais e especiais (BERBEL, 1998).

Para tanto, as metodologias de ensino e de avaliação e os currículos tradicionais se tornaram ultrapassados. O processo de ensino – aprendizagem não pode permanecer estático frente a essas transformações, necessitando de inovações para cumprir com seu papel social de formar o profissional que atenda às demandas dessa nova sociedade, ultrapassando os limites do treinamento técnico (BRASIL, 2005; PAGLIOSA, 2008).

As tendências atuais de ensino em saúde apontam para a utilização de tecnologias ativas, em que o aluno é o protagonista do seu próprio processo de formação e o professor torna-se um facilitador e motivador deste processo; para a busca do ensino integrado e interdisciplinar inserido desde o início em campos de prática na comunidade, em que há articulação entre a assistência e ensino, voltando-se para determinantes biopsicossociais do processo saúde e doença dessa comunidade e para inserção da tecnologia da informação no processo de formação (ANASTASIOU, ALVES, 2010; BATISTA, 2005; BRASIL, 2005).

Em 2001 com as indicações das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) para cursos da área de saúde pode-se observar com maior clareza que as transformações na educação em saúde precisam de fato acontecer oficialmente, e assim conseguir maior abrangência nas instituições de ensino superior e maior aderência entre os profissionais e docentes da área de saúde. Desta forma, a formação do profissional em saúde, torna-se alvo de análises e crítica de suas atividades e principalmente em relação à qualidade.

A qualidade profissional vem sendo foco de discussão nas últimas décadas, e mais recentemente, a atenção se volta para as competências profissionais. Na abordagem por competências, a aprendizagem não deve ser vista como uma transferência de conhecimentos, mas deve partir da análise de situações e da atitude para derivar o conhecimento, abrangendo, entre outras características, conhecimento, capacidade de execução, habilidade para a execução, raciocínio, pensamento crítico, postura profissional e ética, relacionamento humano, comportamento, valores, mudança de atitude e até certa independência para a produção do saber (MEGALE, 2011; TRONCON, 1996).

Para avaliar a qualidade profissional e/ou as competências do estudante, a observação dos princípios da pirâmide de Miller devem ser contemplados na escolha dos métodos de avaliação. O aluno precisa saber (conhecimento), saber como faz (relatar, descrever), realizar em situações simuladas (demonstrar como faz) e também o grau mais elevado da pirâmide (fazer) (MILLER, 1990).

Nesse contexto, o ato de avaliar o profissional em formação passa adquirir uma nova significação: deixa de estabelecer se o aluno foi aprovado ou não em determinada disciplina para verificar se os objetivos educacionais como um todo foram atingidos - se o aluno adquiriu, além do conhecimento técnico necessário, competências, habilidades e atitudes requeridas para o novo perfil de profissional requerido (AMIN, 2006; EPSTEIN, 2007).

Despoja-se, portanto, apenas do caráter somativo, aprovar em uma disciplina e assume um caráter formativo, parte integrante da formação de competências do novo profissional (AMIN, 2006; NORCINI, 2011).

Como não existe um único método de avaliação capaz de atingir todos estes elementos (conhecimentos, habilidades e atitudes), entende-se que apenas a combinação de métodos é capaz de produzir os resultados esperados da avaliação (EPSTEIN, 2007; NORCINI, 2007; NORCINI, 2010).

Para alguns cabem às escolas médicas se mobilizarem e criarem condições adequadas para que estudantes e docentes consigam criar uma nova cultura de avaliação, como instrumento de aprendizado e crescimento profissional (DOMINGUES, AMARAL, ZEFERIM, 2007).

Na perspectiva de promover uma visão ampliada dos métodos avaliativos que vem sendo utilizado na educação em saúde, pretende-se neste trabalho oferecer ao leitor uma descrição diversificada, dos métodos de avaliação clínica estruturada, enfatizando o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE), pois é o representante mais difundido no Brasil, podendo assim oportunizar para que mais profissionais da área de saúde possam conhecer e fazer uso desta ferramenta avaliativa.

Trata-se, portanto, de um artigo de revisão de literatura em que foram utilizados como bases de dados Medline, Bireme, Scielo, ScienceDirect, limitando-se a coleta ao período de novembro 2012 a Março 2013.

AValiação CLÍNICA ESTRUTURADA

Testes escritos não avaliam competências em sua completude, geralmente é necessária para isso a observação direta. Tradicionalmente, a avaliação de competências clínicas (capacidade de colher história, realizar exame físico, efetuar procedimentos, utilizar o raciocínio clínico, tomar conduta, comunicar com paciente e outros profissionais e adotar conduta ética) foi realizada por meio de casos longos ou curtos (SWANWICK, 2010. p.250).

Ainda que estas modalidades mais tradicionais de avaliação possam fornecer dados relevantes sobre o nível de competência clínica dos estudantes, carecem nas de maior objetividade e de padronização. Os resultados obtidos são fortemente influenciados pelo tipo de paciente disponível para um determinado exame e toda a avaliação depende muito do avaliador. Além disso, cada estudante é avaliado em condições muito diferentes, o que dificulta a comparação dos resultados de uns com os dos outros. Estas particularidades concorrem para que estes métodos sejam considerados como de reduzida fidedignidade (TROCON, 1996).

Como alternativa de solução para esses problemas, surgiram as avaliações clínicas estruturadas, baseadas na observação “do demonstrar do fazer ou como se faz” com o auxílio de instrumentos que auxiliam o examinador a focar a atenção no desempenho de habilidades específicas, objetivando a avaliação. As atividades de avaliação exigirão sempre, pois, uma dada manifestação, ação ou comportamento observável. O advento do OSCE em 1970 prometeu às avaliações clínicas as vantagens equivalentes ao de provas escritas objetivas de conhecimento. (HARDEN, 1975).

Em outras palavras, a utilização de um *check-list* aumentaria a coerência na avaliação de desempenho dos estudantes. Desde então o OSCE tem sido objeto de uma quantidade considerável de pesquisas sobre seus pontos fortes e limitações.

Frequentemente, os professores aceitam a veracidade do exame clínico feito pelos alunos sem nunca ter observado seu desempenho. Indiscutivelmente, a observação direta e um método rico de avaliação que fornece é um método rico de avaliação que fornece uma visão mais realista e integrada das habilidades clínicas dos alunos, facilitando a identificação de áreas de aprendizado a serem reforçadas. A utilização de ferramentas estruturadas, tipo

checklist, aumenta a acurácia na detecção de falhas e oferece elementos objetivos para dar *feedback* aos alunos (AMARAL, 2007).

Quando a avaliação clínica estruturada ocorre em cenários simulados, estes devem traduzir o mais fielmente possível à realidade profissional na tarefa que o estudante deverá desempenhar, para que seja capaz de utilizar essa experiência com maior segurança na prática de sua vida profissional (MOREAS, 2006).

Neste contexto, a avaliação clínica estruturada vem se popularizando na educação em saúde brasileira, e tem sido vastamente referida por vários autores de todo o mundo. Diversas formas podem ser exemplificadas e utilizadas conforme o contexto a ser avaliado e institucional:

- *OSCE (Objective Structured Clinical Examination)*: são criados cenários de prática (estações), e através de pacientes simulados (atores), o aluno tem que cumprir tarefas específicas do exame clínico, em um tempo determinado para cada estação. Cada aluno passa pelas mesmas estações, e são avaliados através de um *checklist*, pelos examinadores. Posteriormente será objeto de maior detalhamento no texto (AMIN, 2006; EPSTEIN, 2011; HARDEN, 1975).
- *OSCEs modificados como PACES (Practical Assessment of Clinical Examination Skills)*: são criadas 5 estações, cada uma com 2 avaliadores e com duração de 20 minutos, para avaliar exame clínico (dos sistemas respiratório, cardiovascular, neurológico, endócrino, locomotor e da parte abdominal, ocular e dermatológica), colhimento de história, comunicação e ética profissional. Esta técnica é utilizada pelo Royal College of Physicians (DACRE, 2003).
- *OSLER (Objective Structured Long Case Examination Record)*: caracteriza-se pelo emprego de, pelo menos, dois casos longos em sequência; da atuação simultânea de, pelo menos, dois observadores diferentes; e, especialmente, do uso de um instrumento padronizado, no qual o número e o tipo de julgamentos a serem feitos pelos dois examinadores, em cada caso clínico, é predefinido e compreende conjunto suficientemente amplo de itens relevantes de observação (4 itens da história, 3 itens do exame físico e 3 itens de raciocínio clínico e conduta) (TROCON, 1996).
- *OSATS (Objective Structured Assessment of Technical Skills)*: foi criado pelo *Surgical Education Group* da Universidade de Toronto para ser um teste em sala de aula de habilidades cirúrgicas. A avaliação é dividida em duas partes: na primeira, do procedimento em si e na segunda, do conhecimento, da destreza na manipulação dos instrumentos e do registro da ação (BOURSICOT, 2011).
- *CSA (Clinical Skills Assessment)*: tem configuração geral muito semelhante à da O.S.C.E. Tem, entretanto, como principal diferença em relação àquela, o fato de que, em cada estação, o estudante deve cumprir todo o conjunto de tarefas necessárias para que a abordagem do paciente se complete. Tipicamente, em cada situação, o estudante encontra um paciente que deve ser entrevistado, com vistas à obtenção da sua história clínica e à caracterização do problema de saúde a ser resolvido. Deve ser, também, submetido ao exame físico e, em seguida, informado e orientado sobre as medidas diagnósticas e terapêuticas necessárias para a solução do referido problema. A principal vantagem desta modalidade é a abordagem integral do caso, em condições mais próximas da realidade da prática profissional (TRONCON, 1996).
- *MINI-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise)*: é um instrumento utilizado para avaliação direta do aluno, em atendimentos reais. O tutor observa diretamente o desempenho do estudante, e, através de um *check-list*, aponta os seus ganhos de aprendizado em cada etapa do exame clínico e pontua a performance do estudante, utilizando uma escala de cinco pontos, dando um *feedback* imediato. (DACRE, BESSER, WHITE, 2003; NORCINI, 2003; MOONEN-VAN LOON, 2013).

- DOPS (*Direct observation of procedural skills*) é uma variação do mini-CEX em que o avaliador observa o estudante quando ele está fazendo o procedimento (ex.: administrando uma injeção, retirando sangue, inserindo um tubo), a performance é pontuada conforme uma escala e o *feedback* é dado. (MOONEN-VAN LOON, 2013).
- *Conceito Global*: atribui ao estudante um conceito de maneira retrospectiva (MINI-CEX retrospectivo) no final de um estágio, utilizando categorias gerais ao invés de comportamentos específicos. Este conceito deve ser construído com itens que especifiquem o que está sendo avaliado, contemplando os atributos necessários (conhecimentos, atitudes, valores e habilidades) para o desempenho profissional esperado (AMIN, 2006; EPSTEIN, 2011).
- MSF (*Multi-Source Feedback*) envolve uma avaliação externa de performance por um longo período de tempo por (1) supervisores ou observadores com conhecimento de similar prática, (2) colegas, mas não com a mesma profissão, por exemplo enfermeiras ou pessoal administrativo avaliando médicos, (3) pacientes, e (4) o próprio profissional (MOONEN-VAN LOON, 2013).
- OSCE (*Objective Structural Clinical Examination*) O exame clínico objetivo estruturado conhecido como foi descrito pela primeira em 1975 por Ronald Harden *et. al.* O OSCE é um instrumento avaliativo de atitudes e habilidades clínicas, em que os alunos são avaliados pela execução de tarefas relacionadas com coleta de história clínica, exame físico, raciocínio clínico e procedimento (MEGALE, 2011). Descreve-se que em uma típica OSCE o estudante faz um rodízio por um determinado número de estações, geralmente uma série de 10 a 20, em tempo pré-estabelecido para cada uma delas com duração média de 5 a 10 minutos, onde são utilizados pacientes reais ou simulados (treinados), com o propósito de realizar essas diferentes tarefas clínicas. Os avaliadores usam um *checklist* previamente elaborado, para registrar o desempenho do estudante (AMARAL, 2007).

O OSCE, atualmente, tem se tornado o melhor caminho para mensurar o conhecimento e a habilidade clínica básica na educação médica, devido seu alto grau de validade e confiabilidade (SMEE, 2003).

Na conferência de Ottawa em 2010 foi demonstrada a importância de seguir os critérios de uma boa avaliação: validade ou coerência; confiabilidade; equivalência; viabilidade; efeito educacional; efeito catalisador e aceitabilidade (NORCINI, MCKINLEY, 2007). Seguem as definições abaixo:

- Validade: afere o grau no qual o teste realmente avalia aquilo a que se propõe. Demonstra a ligação entre o conteúdo do teste e os objetivos de aprendizado. O sucesso da avaliação estruturada está em se encontrar o equilíbrio entre validade e confiabilidade, e entre o ideal e o prático (AMARAL, 2007).
- Confiabilidade: afere a reprodutibilidade e a consistência de um teste que pode ser afetado por vários fatores, como a decisão do avaliador, o nervosismo do candidato e sua heterogeneidade, o tipo de casos usados, comportamento dos pacientes. Usar vários examinadores pode melhorar a credibilidade do teste (AMARAL, 2007; WASS, 2001).
- Equivalência: seria a uniformidade do teste quando aplicado em diferentes instituições ou em uma série de testes. Às vezes a versão do mesmo teste é necessária para manter a equivalência (NORCINI, MCKINLEY, 2007).
- Viabilidade: é a execução realística e prática da avaliação, levando em consideração os custos e benefícios (NORCINI, MCKINLEY, 2007).
- Efeito educacional: da avaliação motiva aqueles que participam do teste de maneira que haja um benefício educacional (NORCINI, MCKINLEY, 2007).
- Efeito catalisador: irá promover resultados e *feedback* de maneira que produz um melhor suporte educacional, para melhorar a educação (NORCINI, MCKINLEY, 2007).

□ Aceitabilidade: é quando os investidores (alunos, instituições, planos de saúde, sociedade) pensam que o processo de resultados são acreditados (NORCINE & MCKINLEY, 2007).

O mesmo tipo de avaliação poderá ser excelente para algumas situações e não muito bons para outras, assim espera-se encontrar vantagens e desvantagem na realização do OSCE em diversos contextos. Um dos pontos positivo da aplicação do OSCE é que o estudante terá que realmente estudar e praticar, demonstrando como se faz segundo a pirâmide de Miller. Isto foi notado quando comparado aos métodos de avaliações tradicionais.

Uma das vantagens é que será “possível selecionar o tipo de habilidade a ser avaliada, o nível de complexidade exigido e as circunstâncias da avaliação, sem depender da disponibilidade de casos ou de outros fatores” (TRONCON, 1996)

Expõe-se que é muito mais adequado utilizar pacientes de verdade, pois apresentam problemas e situações reais. Porém há desvantagens pelo desgaste e desconforto imposto ao paciente. Já em relação ao custo será mais vantajoso, pois o paciente já esta inserido ao custo da assistência (AMARAL, TRONCON, 2007).

Entretanto algumas desvantagens do OSCE são: a falta de uniformidade dos professores ao atribuir notas e falhas na detecção de erros cometidos pelos alunos, estudantes sofrem alto nível de estresse e três aspectos que dificultam o OSCE de ser aproximar de situações realísticas da prática clínica - o tempo limitado para realizar as tarefas, reduzindo a uma pequena parte a interação médico-paciente; o uso do *checklist* na avaliação, passando uma mensagem de que a relação médico-paciente pode ser uma lista de ações e a simulação e a limitação dos problemas que podem ser abordados pelo paciente ator e conseqüentemente ser objeto de avaliação (AMARAL, 2007; TROCON, 2004).

ESTRUTURANDO O OSCE

A estação é a coluna de sustentação do OSCE. É em seu ambiente onde o estudante, ao interagir com o paciente real ou simulado, demonstra como seria num contexto da prática real suas habilidades integradas de pensar, sentir e agir. Portanto, o conteúdo exigido em cada estação deve contemplar os objetivos de aprendizagem do curso e ser adequado ao nível de formação do aluno (AMARAL, 2007; SMEE, 2003).

Elementos necessários para um bom desenho de um OSCE:

□ *Blueprinting*: é um diagrama em que em um eixo são colocadas as categorias de conteúdo e no outro as habilidades a serem testadas (exame clínico, procedimento, comunicação). É uma ferramenta poderosa para uma visão geral da avaliação, facilitando o desenho das estações. A quantidade de estações a ser desenvolvida depende do objetivo do OSCE, do tempo e espaços disponíveis e do número de alunos a ser avaliados, gerando circuitos semelhantes que ocorrem de forma simultânea. Ressalta-se que quando o objetivo da avaliação é aprovação são sugeridas estações de duração curta e em grande quantidade e quando o objetivo é maximizar o conhecimento a opção por poucas estações com duração maior é mais eficaz (SWANWICK, 2010).

□ Cenário e tarefa: é necessário descrever o paciente adequadamente (nome, idade, sexo), identificar o cenário (ambulatório, pronto-socorro, enfermaria, UTI) e indicar claramente a tarefa, ou seja, qual a ação esperada a ser executada pelo estudante e que a estação propõe avaliar (BOURSICOT, 2005; SMEE, 2003).

□ Avaliador: requer-se um grande número de avaliadores, que devem ser instruídos adequadamente sobre o que observar e qual o seu papel na condução da estação – avaliar e não ensinar e respeitar o papel do paciente. O recrutamento de avaliadores é uma tarefa árdua pela indisponibilidade de tempo dos indivíduos para o treinamento e para permanecerem durante a avaliação. No treinamento, são ministrados os princípios do OSCE, o papel do avaliador, exemplos com vídeos interativos de desempenhos efetivos e ineficazes,

preenchimento objetivo do *checklist* e procedimentos de *feedback* (BOURSICOT, 2005; PREUSCHE, SCHMIDTS, MENGHIN, 2012).

Paciente simulado: retrata as queixas do paciente de modo confiável e realista e responde verbal ou não verbal ao estímulo dos alunos para o desenvolvimento da estação (CASEY, 2009; SMEE, 2003). Para aumentar a confiabilidade do teste, garantindo que todos os alunos experimentem a mesma atuação, é necessário o treinamento do ator (explicação detalhada do papel, leitura e discussão do roteiro escrito, inclusão de modificações pertinentes, memorização, avaliação do entendimento da situação e domínio do roteiro, simulações e correções com treinador e posteriormente com estudante simulado e os ajustes finais) (BOURSICOT, 2005; SMEE, 2003; TROCON, 2007). A melhor escolha para este papel é uma pessoa que tenha vínculo direto ou indireto com a instituição, não tenha contato próximo com os estudantes, seja disponível, com boa vontade, capaz para desempenhar a atuação e possua sexo e idade compatíveis com o papel (BOURSICOT, 2005).

Paciente real: utiliza-se geralmente para avaliar sinais crônicos, pois não repete a mesma história várias vezes e se cansa mais facilmente, sendo necessária a utilização de vários indivíduos com mesmo sinal e a programação de tempo de descanso para eles. Aumenta-se a validade da estação ao se trabalhar com pacientes reais (SWANWICK, 2010).

Material: deve-se montar uma lista de todo material requerido para execução da estação, pois quando há material incompleto associado a alterações de última hora, gera-se perda de tempo e gastos desnecessários (SMEE, 2003).

Espaço: encontrar espaço adequado para o número de estudantes e estações para criação de quantidade suficiente de circuitos não é fácil. E no dia do evento, requer-se a adequada sinalização da estação e do fluxo no circuito (CASEY, 2009).

Teste piloto: é imprescindível a realização de um teste prévio da estação para assegurar seu adequado funcionamento quanto tempo, grau de dificuldade, material necessário, tarefa corretamente descrita, instruções pertinentes ao avaliador e aos pacientes simulados ou reais, contribuindo para verificação da validade da estação (SWANWICK, 2010).

Checklist: é utilizado no OSCE para capturar um comportamento ou ação do estudante e qualificar e ou quantificar o quanto ele conseguiu cumprir a tarefa pré-estabelecida, podendo ser a estação pontuada, por exemplo: tarefa completa (1,0), tarefa parcialmente completa (0,5) e tarefa não realizada (0,0). Ao montar cada item do *checklist* deve-se observar a adequabilidade ao nível de formação do aluno, ser baseado em consensos e revisado por um especialista no assunto abordado para aumento da validade, ser baseado na tarefa, ser observável para o avaliador pontuar, conter itens detalhados e discriminativos (não muitos fáceis e nem muito difíceis) para aumentar a confiabilidade e o tamanho do *checklist* depende da tarefa, tempo e quem será o avaliador (ideal que quanto mais itens e maior complexidade, seja um professor e não um paciente simulado) (SMEE, 2003; PEREIRA, 2012).

Feedback: observar a performance do aluno na estação gera informações em que se comparam o atual aprendizado com o aprendizado esperado. Discutir essas informações para que o aluno possa confirmar, adicionar a, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento na memória é praticar o *feedback*. Este retorno deve ser associado a uma auto-avaliação do aluno. O *feedback* pode ser realizado ao final da estação com um tempo estipulado antes do rodízio ou ao final do OSCE. Importa-se que o aluno conheça de forma mais breve possível quais foram seus acertos e erros para reforçar as respostas certas, superar suas deficiências e corrigir seus erros (HATTIE, TIMPERLEY, 2007; MENACHERY, 2006).

No dia do OSCE, alguns detalhes práticos não podem ser esquecidos (KAUFMAN, MANN, 2010; SMEE, 2003):

- Layout e marcação da estação
- Fixação do cenário e tarefa

- Sinalização do fluxo no circuito
- Marcação e sinalização audível do tempo
- Bebida, comida, descanso, medicamentos para colaboradores
- Checagem de materiais e equipamentos
- Transporte dos colaboradores
- Identificação do aluno e utilização de recurso que demonstre quais estações foram percorridas
- Orientações finais
- Distribuição do *checklist* aos avaliadores e ao final recolhimento dos mesmo preenchido adequadamente

CONCLUSÃO

Finalmente, cabe ao docente repensar o seu papel de educador de considerar que a avaliação, frequentemente, traz consequências para a vida do estudante, o que implica em que haja o maior grau de honestidade, integridade na aplicação das técnicas de avaliação e na interpretação dos resultados. A avaliação pode ter importante impacto no planejamento educacional, motivo porque é essencial a seleção de métodos que possuam maior objetividade e o seu uso tenha condições de padronização, como os métodos de avaliação clínica estruturada. De tal modo que se possa dispor, ao final do processo, de informações confiáveis, sobre o aprendizado do aluno.

Assim avaliação clínica estruturada é uma estratégia de ensino e de avaliação que vem contribuindo na formação dos profissionais de saúde em concordância com as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura, sendo imprescindível a sua divulgação e sua prática instituídas nos cursos da área da saúde.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL, E. *et al.* Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Rev Bras Educ Med**, v.31, n.3, p. 287-290, 2007.
2. AMARAL, F.T.V., TRONCON, L.E.A, Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (osce) **Rev Bras Educ Med**, v.31, n.1, p.81 – 89, 2007.
3. AMIN, Z.; SENG, C.Y., ENG, K. H. Practical guide to medical student assessment. World Scientific, ed. **Lavoisier**, Singapore, set. 2006.
4. ANASTASIOU, L. G. C. & ALVES, L. P. Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula. 9ed. Joinville, SC: **Univille**; 2010.
5. BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**.v.39, n.2, p. 231 – 237, 2005.
6. BERBEL, N. N.: A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, p. 139-54, 1998.
7. BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
8. _____, Ministério da Saúde. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, p. 77, 2005.

9. BOURSICOT, K. *et al.* Performance in assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa conference. **Med Teach**, London, v.33, 2011, p.370–383.
10. BOURSICOT, K; ROBERTS, T. How to set up an osce. **The Clinical Teacher**. v.2, n.1, p.16 – 20, 2005.
11. CASEY, P.M. *et al.* To the point: reviews in medical education – the objective structured clinical examination. **Am J Obstet Gynecol**, United States of American, v.200, n.1, p.25 – 34, 2009.
12. DACRE, J. BESSER, M. ,WHITE, P. MRCP (UK) part 2 clinical examination (paces): a review of the first four examination sessions (june 2001 – julho 2002), **PubMed**. London. v.3, n.5, set./out. p.452 – 459, 2003.
13. DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E.; ZEFERIM, A. M. B. Auto-Avaliação e Avaliação por Pares Estratégias para o Desenvolvimento Profissional do Médico. **Rev. Bras. Edu. Med.** Rio de Janeiro, v.31, n. 2, p.173-175, 2007.
14. EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. **New Engl Jour Med**; London, v.356, n.4, p. 387 – 396, 2007,.
15. HARDEN, R.M. *et. at.* Assessment of Clinical Competence using Objective Structured. Examination. **British Medical Journal**, London, v.1,1975, p. 447-451.
16. HATTIE, J. & TIMPERLEY, H. The Power of feedback. **Review of Educational Research**, n.77, p. 81 – 112, 2007.
17. MEGALE, L. Processos avaliativos no curso de medicina: desempenho dos estudantes em relação às competências em pediatria e sua significação pelo docente. Tese (Doutorado em ensino) Belo Horizonte, UFMG, p.84, 2011.
18. MOONEN-VAN LOON, J. M. W. *et al.* Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education, **Adv in Health Sci Educ**. Publicação online 15 Mar. 2013. Disponível em: <http://www.erikdriessen.com/wp-content/uploads/2013/03/Moonen-2013-Advances.pdf>
19. MORAES, M. A. A. A avaliação prática estruturada de habilidades clínicas na Famema: fundamentos para construção e aplicação. Escrito, 14 de Junho de 2006 http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php?view=article&catid=68%3A99&id=321%3Aa-avaliacao-pratica-estruturada-de-habilidades-clinicas-na-famema%3A-fundamentos-para-construcao-e-aplicacao&format=pdf&option=com_content&Itemid=21
20. NORCINI, J. **Ann Intern Med**. v.138, 2003, p. 476-481.
21. NORCINI, J., McKinley, D.W. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education** v.23, p. 239 – 250, 2007.
22. NORCINI, J *et al.* Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Med Teach**, v. 33, n. 3, p.206 – 214, 2011
23. MENACHERY, E.P. *et al.* Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. **J Gen Intern Med**, n. 21, 2006, p.440 – 446.
24. PAGLIOSA, F. L, DAS-ROS, M. A. O relatório flexner para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Med**, v.32, n.4, p.492 – 499, 2008.
25. PEREIRA, E.R.S. Elaboração de Protocolo de Observação (*Checklists*) para a Avaliação se Habilidades clínicas. In: TIBÉRIO, I. F. L. C. *et al.* **Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina**. 1ª Edição. Editora Atheneu. São Paulo SP, Cap. 3. Pag. 25 – 40, 2012..
26. PREUSCHE, I ; SCHMIDTS, M. MENGHIN, W. M. Twelve tips for designing and implementing a structured rater training in osces. **Med Teach**, v. 34, p.368 – 372, 2012.

27. TROCON, L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.29, p.429-439, 1996.
28. TROCON, L. E. A. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "osce" (objective structured clinical examination) in a traditional brazilian medical school. **São Paulo Medical Jornal. Rev. Paulista de Med.** São Paulo, v.122, n.1, p.12 – 17, 2004.
29. TROCON, L.E.A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.40, n.2, p.180 –191, 2007.
30. SWANWICK, T. Teaching and Learning in Medical Education: How Theory can Inform Practice, in: KAUFMAN, D. M. and MANN, K. V. **Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice**, ed. Oxford, London cap.2, p. 246 – 258, 2010.
31. SMEE, S. Skill Based Assessment. **ABC of learning and teaching in medicine- BMJ**, Mar., v. 326, n. 7391, p.703 – 706, 2003.
32. MOONEN-VAN LOON, J. M. W. *et al.* Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education, **Adv in Health Sci Educ**. Publicação online 15 Mar. 2013. Disponível em: <http://www.erikdriessen.com/wp-content/uploads/2013/03/Moonen-2013-Advances.pdf>
33. WASS, V.C. *et al.* Assessment of clinical competence. **The Lancet**, United Kingdom, Mar, v. 357, p. 945 – 949, 2001.