

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE
SAÚDE

LEONCIO BEM SIDRIM

RELATÓRIO TÉCNICO

**ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PADRONIZADO DE
AVALIAÇÃO GLOBAL DE COMPETÊNCIAS PARA MÚLTIPLOS
CENÁRIOS DO EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO**

RECIFE

2021

FICHA TÉCNICA

Autores:

Leoncio Bem Sidrim
Patrícia Gomes de Matos Bezerra
Gilliatt Hanois Falbo Neto

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

S569p Sidrim, Leoncio Bem

Elaboração e validação de um instrumento padronizado de avaliação global de competências para múltiplos cenários do exame clínico objetivo estruturado. / Leoncio Bem Sidrim, Patrícia Gomes de Matos Bezerra, Gilliatt Hanois Falbo Neto. – Recife: Do Autor, 2021.
17 f.

Material didático e instrucional, 2021.
ISBN: 978-65-87018-77-5

1. Instrumento padronizado. 2. Exame clínico. 3. Avaliação global.
I. Sidrim, Leoncio Bem. II. Título.

CDU 37.015.3

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

1. Pesquisador responsável:

Leoncio Bem Sidrim

Mestre em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Médico pela Universidade de Pernambuco (UPE), campus Garanhuns. Residência em Clínica Médica pelo Real Hospital Português de Beneficência. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6452880382187657>.

Telefone (81) 981566845. Email: leoncio_sidrim@hotmail.com

2. Orientadora:

Patrícia Gomes de Matos Bezerra

Doutora em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Pediatra. Docente permanente do Mestrado em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

3. Co-orientador:

Gilliatt Hanois Falbo Neto

Doutor em Medicina Materno Infantil pela Università Degli Studi Di Trieste -Itália. Cirurgião Pediátrico. Docente permanente do Mestrado em Educação para o Ensino na Área da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PADRONIZADO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE COMPETÊNCIAS PARA MÚLTIPLOS CENÁRIOS DO EXAME CLÍNICO OBJETIVO ESTRUTURADO

RESUMO

Cenário: O perfil profissional do egresso do curso de medicina é um dos principais fatores que desencadearam, nos últimos 50 anos, o desenvolvimento de ferramentas de avaliação de competências nos cursos de medicina em todo o mundo. O *Exame Clínico Objetivo Estruturado* (OSCE), surgido em 1975, é a ferramenta mais comum, a qual parte de um método de avaliação prática simulada que tem como objetivo avaliar as competências clínicas em situações planejadas e padronizadas. A aferição dos resultados no OSCE geralmente é realizada por meio de *checklists* que, por serem binários, podem não se adequar a todas as situações. Nesse contexto, surgiram as Escalas de Avaliação Global, que buscam avaliar o estudante de forma holística, com alta confiabilidade.

Objetivo: Elaborar e validar um instrumento padronizado de avaliação global de competências para o OSCE. **Métodos:** Foi realizado um estudo de elaboração e validação de um instrumento de avaliação global de competências para utilização em múltiplos cenários do OSCE. O teste passou por uma validação de conteúdo através da análise em painel virtual por especialistas. A análise do grupo focal foi realizada através de métodos qualitativos e a análise dos formulários através da obtenção do Índice de Validade de Conteúdo e Valor de Kappa. Por fim, a validação semântica foi realizada com o auxílio de um formulário estruturado acerca da clareza e pertinência dos itens realizado com docentes da instituição que aplicam o OSCE. **Resultados:** O processo resultou em um questionário com 28 itens dividido em três competências: anamnese, exame físico e procedural. Os itens foram classificados pela dimensão em habilidades ou atitudes. O instrumento como um todo foi bem avaliado pelo comitê de juízes, com boa validade semântica e de conteúdo, um total de 86% dos itens obtiveram IVC global maior que 0,75. Os quatro itens discordantes (13,3%), que receberam o coeficiente de Kappa menor que 0,40, tiveram modificações ou foram excluídos, visando uma melhor adequação do instrumento. **Conclusão:** Obtivemos um instrumento padronizado, válido e adequado para aplicação em diversos cenários do OSCE. Tal instrumento se mostra ser uma ferramenta mais eficiente no processo avaliativo das competências de médicos em

formação. Novos estudos são necessários para avaliar a aplicação do instrumento por meio de teste piloto e validação interna.

Palavras-chave: Educação médica; Lista de checagem; Educação baseada em competências; Estudos de validação.

1. APRESENTAÇÃO

Este relatório tem como objetivo apresentar os resultados da pesquisa de dissertação intitulada "Elaboração e validação de um instrumento padronizado de avaliação global de competências para múltiplos cenários do exame clínico objetivo estruturado" à Coordenação do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

2. CONTEXTO

O perfil profissional do egresso do curso de medicina é um dos principais fatores que desencadearam, nos últimos 50 anos, o desenvolvimento de ferramentas de avaliação de competências dos médicos em formação em todo o mundo.¹ A incorporação dessa pedagogia ativa suplementa o método tradicional, por vezes fragmentado e reducionista, através de uma ampla gama de condições clínicas.¹ Com isso, o treinamento baseado em simulação vem sendo implementado nas escolas de medicina e nos programas de residência médica, como uma forma de desenvolver competências valiosas nos alunos.

Observa-se, portanto, um crescente interesse pela avaliação de competências e aptidões clínicas, além das práticas dos estudantes através de cenários simulados². Isso é particularmente verdadeiro no cenário brasileiro, dado o crescimento das preocupações com a segurança dos pacientes e o entendimento das responsabilidades que cercam os papéis profissionais.² Assim, a visão de competência mudou de um foco na capacidade em conduzir procedimentos médicos específicos, para uma estrutura mais abrangente, incluindo habilidades interpessoais.³ Com isso, o desenvolvimento de ferramentas para a avaliação dessas competências se tornou primordial, visto que muitos aspectos do avaliado precisam ser estimados.

Diferentes formatos de avaliação foram descritos para testar estudantes de medicina, como o *Exame Clínico Objetivo Estruturado* (OSCE).⁴⁻⁹ Surgido na década de 1970, se trata de um método de avaliação prática simulado que tem como objetivo avaliar as competências clínicas em situações planejadas e padronizadas.¹⁰ Atualmente, esse modelo de avaliação tem se tornado um dos mais populares formatos para testar a competência clínica na graduação médica, dada a sua facilidade de aplicação e interpretação.¹¹ A aferição dos resultados no OSCE se dá por meio de um *checklist* previamente elaborado.¹² Os itens desse *checklist* geralmente são binários, classificados

como “adequado” ou “inadequado”. Essa objetividade tem como propósito evitar o viés potencial do julgamento do mérito.^{13,14}

Apesar de serem reprodutíveis em ambientes padronizados, os *checklists* podem não ser adequados para todas as situações e, conferir pontuação sem considerar a proficiência da ação.¹⁵ Também pode não ser um instrumento viável em um ambiente clínico, sendo trabalhoso planejar várias tarefas diferentes que devem ser observadas. Outras críticas remontam a trivialização do aprendizado, onde os alunos memorizam listas que levam ao desempenho mecânico.¹³ Diante dessas circunstâncias, manifesta-se a necessidade de uma avaliação mais abrangente, que contemple diferentes domínios do conhecimento, tais como: cognição (conhecimento médico, julgamento clínico e solução de problemas), técnica (história clínica, exame físico) e desempenho atitudinal (incluindo comunicação com pacientes e familiares, respeito, sensibilidade ao contexto e trabalho em equipe).¹⁶

As Escalas de Avaliação Global (EAG) surgem como uma forma de tornar a avaliação mais abrangente e já foram sugeridas no próprio trabalho que originou o OSCE, em 1975.¹⁰ Os diversos autores que versaram sobre o tema, sugeriram que deveria haver uma avaliação separada por parte do examinador por meio da qual fosse expressada o seu ponto de vista (além dos *checklists*).¹⁰ Em trabalhos subsequentes, as EAG puderam ser constituídas de itens de Likert¹⁷ ou até questões abertas a serem respondidas pelo avaliador de forma holística. Isso possibilita a exposição da percepção do avaliador sobre o desempenho do avaliado. Nesse contexto, os *checklists* tendem a capturar se alguma ação ocorreu, ao passo que as escalas globais exigem a interpretação dessas ações.¹⁸

Ainda assim, ao longo desse período, essas escalas foram subutilizadas e muitos estudos tem sido desenvolvidos na tentativa de elucidar qual seria o melhor método analítico, se através dos checklist's ou das EAG's.^{13,19,20} Em muitos desses estudos, as EAG possuem alta confiabilidade (ou consistência interna) e validade externa que são pelo menos tão boas quanto as das checklist's.²¹⁻²³ Escalas globais padronizadas que possam ser utilizadas em vários cenários do OSCE ainda são escassas na literatura. Rajiah (2014)²⁵ descreve a utilização de uma escala padronizada no OSCE realizado para estudantes de farmácia, com numerosos benefícios, esse trabalho mostra evidências de que as escalas globais de classificação capturam diversos níveis de proficiência e são fáceis de usar pelos examinadores.

Dessa forma, manifesta-se a necessidade de uma avaliação mais abrangente, que contemple diferentes domínios do conhecimento: cognição (conhecimento médico,

juízo clínico e solução de problemas), técnica (história clínica, exame físico) e desempenho atitudinal (incluindo comunicação com pacientes e familiares, respeito, sensibilidade ao contexto e trabalho em equipe).¹⁶

3. OBJETIVO

Elaborar e validar um instrumento padronizado de avaliação global de desempenho. Dessa forma, esperamos que o desenvolvimento de tal instrumento complemente a avaliação do estudante, atualmente realizada quase exclusivamente por meio do *checklist*.

4. METODOLOGIA

Para desenvolver o instrumento de avaliação global de competências para o OSCE, desenhamos este estudo em duas etapas: a) elaboração e b) validação do conteúdo e semântica. O processo de construção do instrumento seguiu os princípios de construção de escalas psicométricas delineados por Reppold et al.³⁰ e Pasquali³¹. Consideramos, especialmente, as fases de fundamentação teórica e busca de evidências de validade (procedimentos teóricos e analíticos). Optamos por construir um questionário preliminar unidimensional, com finalidade de analisar as competências práticas do estudante de medicina relacionadas as competências de habilidades e atitudes, especialmente nas áreas clínicas. A competência relacionada aos conhecimentos não foi dimensionada diretamente por esse instrumento, visto que o OSCE se presta à avaliação do “saber como”, portanto, um conhecimento aplicado às competências práticas.

A Validação de Conteúdo foi composta por um painel de especialistas que foram escolhidos pela sua experiência na área de educação em saúde (ES) e selecionados através dos critérios de Fehring²⁹, por apresentar atuação, formação e/ou docência na área de ES. Elaborou-se a análise para ser examinada de maneira objetiva e qualitativa por juízes especialistas, por meio da realização de um grupo focal. Esta etapa ocorreu de forma virtual e foi conduzida por dois docentes experientes na aplicação do OSCE e uma psicóloga especialista em psicometria.

Os dados foram coletados e sumarizados a partir da reunião com o grupo de especialistas. Para a análise dos dados, foi adotada a análise de conteúdo proposta por Bardin³², que a define como uma técnica utilizada para fazer inferências através da identificação objetiva e sistemática de características específicas da mensagem. Baseado nas considerações do grupo focal, foram feitas reformulações no instrumento,

concebendo-se a segunda versão do Instrumento Padronizado de Avaliação Global para o OSCE.

Elaborou-se a Validação Semântica para ser realizada por meio do método de Brainstorming, cujo objetivo é verificar se os itens propostos e as instruções são compreensíveis e claros. Nessa etapa, os participantes receberam, via e-mail, um formulário estruturado baseado em Coluci et al³³, composto pelos seguintes critérios para avaliação da qualidade de cada item: a) Clareza e Pertinência ou b) representatividade. Foi solicitado aos *especialistas* que, na identificação de ausência de informações necessárias e/ou informações desnecessárias e em discordâncias, registrassem sugestões e comentários em área específica do formulário. Mediante aos apontamentos realizados na avaliação da segunda versão foram realizados ajustes e correções. Neste segundo estágio, a concordância dos membros do comitê foi verificada de forma quantitativa por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método empregado para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes, calculado através da fórmula: Concordância = Número de participantes que concordaram / Número total de participantes.³³⁻³⁷

No processo de validação psicométrica, as respostas dos profissionais foram tabuladas e analisadas manualmente através do programa *Microsoft Excel 2010*®. O coeficiente de kappa de concordância também foi estabelecido. Trata-se de uma ferramenta que tem a finalidade de medir o grau de concordância entre proporções derivadas de amostras dependentes, pode ser estabelecido através da fórmula: $Kappa = \frac{P(O) - P(E)}{1 - P(E)}$, onde P(O) é proporção observada de concordâncias (soma das respostas concordantes dividida pelo total), e P(E) é proporção esperada de concordâncias (soma dos valores esperados das respostas concordantes dividida pelo total).^{38,39} Para este estudo foi considerado como 0,75 a proporção esperada de concordâncias. Os resultados foram interpretados conforme classificação sugerida por Fleiss que considera valores de $k < 0,4$, pobres, de $0,4 \leq 0,75$, satisfatórios a bons, e $k \geq 0,75$, excelente.⁴⁰ Definiu-se que se o item apresentasse o coeficiente Kappa menor que 0,40³³ deveria ser revisto e/ou eliminado.^{36,37} O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), através do CAAE: 34311420.1.0000.5569.

5. RESULTADOS

A primeira versão da escala (Apêndice 1) apresentou duas partes. A primeira foi destinada a avaliação de **competências procedurais**, composta de quatro itens: 1- Preparo: Organização e/ou seleção de materiais, 2- técnica, 3- segurança e 4 - Finalização

do procedimento e/ou descarte dos materiais. Já a segunda avaliou as **competências de Anamnese e Exame físico**, sendo esta composta de três itens: 1 – Comunicação, 2 – Técnica semiológica e 3 – Exame físico.

Para validação do conteúdo, o painel de juízes foi composto de sete especialistas. A análise de caracterização dos juízes mostrou que a maioria era do sexo feminino (78%), com título de doutor (70%), com atuação na docência e pesquisa (86%). O grupo focal teve duração aproximada de 85 minutos, as principais considerações dos especialistas no grupo focal foram elencadas na **tabela 1**.

Tabela 1 – Resultado da primeira parte da validação de conteúdo do Instrumento Padronizado de Avaliação Global de Competências para o OSCE (grupo focal), com as principais considerações dos especialistas acerca dos itens.

Consideração dos especialistas	Proposta de adaptação	Versão pós comitê
“Faltou a denominação das pontuações intermediárias 2 e 4, acho importante que todos os pontos sejam denominados, de forma a facilitar a resposta dos avaliadores”	Denominar um conceito para cada pontuação intermediária 2 e 3.	Foi denominado um conceito para a pontuação 2 (abaixo das expectativas) e 4 (bom).
“As formas de pontuação parcialmente e predominantemente podem trazer dúvidas na definição”	Deixar somente uma forma de pontuação, através de escala Likert padrão (como numeração de 1 a 5 ou conceitual)	Foi unificado uma forma de pontuação para todos os itens de forma conceitual através do desempenho (inaceitável, abaixo das expectativas, razoável, bom, acima das expectativas)
"Avaliar se precisa ter a pontuação, a qualificação e a explicação do item, como: 1 ponto - desempenho inaceitável, 3 pontos - razoável.”		
“Deixar a pontuação e o que se refere sem a adjetivação de aceitável, inaceitável pois penso que do ponto de vista de validação, seriam 3 coisas ao mesmo tempo e pode trazer um viés. O avaliador deve olhar o que se espera (de forma mais clara) e a pontuação correspondente. Colocar mais		

uma escala, penso que pode interferir.”		
“Incorporar orientações de preenchimento, identificação e forma de análise.”	Criar um manual de orientações acerca de utilização do instrumento	Foi elaborado o Manual do Avaliador do Instrumento (Apêndice 4), que contém todas as informações conceituais a respeito do instrumento, bem como orientações de preenchimento
“Inserir conceitos das competências, dimensões e domínios, de modo a orientar melhor o avaliador.”		
“Ficou compreensível a estrutura que vocês inseriram em relação a dimensão, domínio, subdomínio, atitude esperada e a questão do instrumento. Mas senti falta de ler os conceitos teoricamente, considerando os autores que deram base para vocês constituírem os itens.”		
“No OSCE existirão estações mais simples que não se enquadrarão todos esses itens”	Implementar a opção “Não se aplica” para todos os itens	Adicionada a opção “Não se aplica” em todos os itens do instrumento

Com base nas alterações sugeridas no grupo focal, o instrumento foi reformulado, sendo concebida a segunda versão, a qual foi submetida à validação semântica (Apêndice 2). Participaram dessa fase sete docentes aplicadores do OSCE na instituição. A análise de caracterização dos docentes mostrou que a maioria era do sexo feminino (57%), com atuação na docência e pesquisa. Nesta etapa os especialistas julgaram os 30 itens quanto a clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. No geral, 14 itens (46,6%) obtiveram IVC=0,85 no critério clareza, 7 (23,3%) itens apresentaram IVC=1,0 e 9 itens (30%) obtiveram IVC menor que 0,75. No critério representatividade, 19 itens (63,3%) apresentaram IVC=1,0, 7 itens (23,3%) obtiveram IVC=0,85, e 3 itens (10%) obtiveram IVC menor que 0,75. Com relação ao IVC global, 5 itens (16,6%) obtiveram 1,0 e 23 itens (76,6%) obtiveram IVC global entre 0,75 a 1,0.

Tabela 2 - Julgamento dos itens por parte dos especialistas na validação semântica do Instrumento Padronizado de Avaliação Global de Desempenho para o OSCE (formulário estruturado).

Item	IVC		Coeficiente <i>Kappa</i>
	Clareza	Pertinência / Representatividade	
Competência 1: Anamnese			
1. Apresentou-se de forma adequada?	0,71	1,0	0,40
2. Fez a correta identificação do paciente (simulado)?	0,71	1,0	0,40
3. Orientou adequadamente ao paciente (simulado) sobre a realização da anamnese?	0,85	0,71	0,12 (*)
4. Fez questionamentos direcionados às queixas clínicas e a suspeita diagnóstica?	0,85	1,0	0,68
5. Seguiu uma ordem semiológica para os questionamentos de forma sistematizada?	0,71	1,0	0,40
6. Registrou por escrito os achados no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (simulado)?	0,85	0,85	0,40
7. Utilizou linguagem clara e acessível?	1,0	1,0	1,0
8. Manteve atitude empática durante a realização da anamnese?	0,57	0,85	- 0,16 (*)
9. Demonstrou respeito ao paciente (simulado) durante a realização da anamnese?	0,71	1,0	0,4
10. Demonstrou postura segura para realizar a anamnese?	0,71	0,85	0,12 (*)
Competência 2: Exame Físico			
11. Se apresentou de forma adequada?	0,85	1,0	0,68
12. Orientou adequadamente ao paciente (simulado) sobre a realização do exame físico?	1,0	1,0	1,0
13. Lavou as mãos antes de realizar o exame físico?	0,71	1,0	0,40
14. Realizou o exame físico direcionado às queixas clínicas e a suspeita diagnóstica?	0,85	0,85	0,40

15. Seguiu uma ordem semiológica sistematizada?	1,0	0,71	0,40
16. Registrou por escrito os achados no prontuário ou ficha de atendimento do paciente (simulado)?	1,0	1,0	1,0
17. Utilizou linguagem clara e acessível?	1,0	1,0	1,0
18. Manteve atitude empática durante a realização do exame físico?	0,71	1,0	0,40
19. Demonstrou respeito ao paciente (simulado) durante a realização do exame físico?	0,85	0,85	0,40
20. Demonstrou postura segura para realizar o exame físico?	0,85	0,85	0,40
Competência 3: Procedural			
21. Explicou a técnica adequadamente ao paciente (simulado)?	0,85	1,0	0,68
22. Utilizou linguagem clara e acessível?	0,85	1,0	0,68
23. Realizou a limpeza e assepsia cirúrgica adequada antes de realizar o procedimento?	1,0	0,85	0,68
24. Calçou as luvas adequadamente?	1,0	1,0	1,0
25. Organizou os materiais e a área de realização do procedimento de forma adequada?	0,85	1,0	0,68
26. Demonstrou habilidade manual ao realizar o procedimento?	0,85	1,0	0,68
27. Demonstrou atenção plena durante a realização do procedimento?	0,85	0,85	0,40
28. Manteve atitude empática durante a realização do procedimento?	0,85	1,0	0,68
29. Demonstrou respeito ao paciente (simulado) durante a realização do procedimento?	0,85	1,0	0,68
30. Demonstrou postura segura para realizar o procedimento?	0,71	0,71	- 0,16 (*)

(*) Coeficiente Kappa < 0,40

Com relação coeficiente de Kappa, apenas quatro itens (13,3%) receberam valor menor que 0,40 (considerados pobres). Nesse caso, foram avaliados os comentários dos avaliadores e tiveram modificações ou foram excluídos, visando uma melhor adequação do instrumento.

Tabela 3 - Avaliação dos itens considerados pobres (coeficiente Kappa < 0,4) por parte dos especialistas na validação semântica do Instrumento Padronizado de Avaliação Global de Competências para o OSCE (formulário estruturado).

Itens para revisão ou reformulação (Kappa < 0,40)	Consideração do especialista	Proposta de adaptação	Versão final pós revisão
Competência 1: Anamnese			
3. Orientou adequadamente ao paciente (simulado) sobre a realização da anamnese?	“Não orientaria sobre a anamnese. Não vejo espaço para essa abordagem quando já se identificou paciente e se apresentou.”	Retirar o item do instrumento	O item foi retirado do instrumento
8. Manteve atitude empática durante a realização da anamnese?	“Acho difícil avaliar empatia em situação simulada - mas não sei como fazer - talvez esse item seja mais importante quando se avalia o aluno em situação real”	Durante atendimento o estudante olhou para o paciente na maior parte do tempo, falou com pausas permitindo que o paciente se expressasse, fez perguntas claras e confirmou se o paciente entendera?	Entendeu-se que no mesmo item não se cabe avaliar mais de uma atitude, dessa forma, resolveu-se manter a estrutura do item.
10. Demonstrou postura segura para realizar a anamnese?	“Postura segura é importante, mas difícil de conseguir em alunos fazendo avaliação que muitas vezes ficam ansiosos com a avaliação - eu acho difícil avaliar, principalmente no	Retirar o item do instrumento	O item foi retirado do instrumento

	contexto de anamnese”		
Competência 3: Procedural			
30. Demonstrou postura segura para realizar o procedimento?	O que significa realizar um procedimento com postura segura? Usar todos EPI? Não tremer? Demonstrar agilidade? A pergunta é imprecisa.	Demonstrou assertividade para realizar o procedimento?	Demonstrou postura segura (assertividade) para realizar o procedimento?

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstram a importância da avaliação de competências clínicas por meio de instrumentos globais, de forma a complementar a avaliação realizada apenas por meio dos checklists. Destaca-se que, por meio da combinação de métodos quantitativos e qualitativos, foi possível construir e validar um instrumento que realiza a avaliação de competências clínicas para estudantes de medicina, através da metodologia do OSCE, em múltiplos cenários e de forma global. Tal instrumento se mostra ser uma ferramenta mais eficiente no processo avaliativo das competências de médicos em formação. Diante disso, recomendamos a aplicação do instrumento, por meio de teste piloto e estudo de validação interna, no Teste de Habilidades e Competências da Faculdade Pernambucana de Saúde.

7. REFERÊNCIAS

1. Ogunyemi D, Haltigin C, Vallie S, Ferrari TM. Evolution of an obstetrics and gynecology interprofessional simulation-based education session for medical and nursing students. *Medicine*. 2020;99(43):e22562.
2. Epstein RM. Assessment in Medical Education. Cox M, Irby DM, organizadores. *N Engl J Med*. 2007;356(4):387–96.
3. Al Alawi S VC. The Reliability, Validity, and Feasibility of Multisource Feedback Physician Assessment. *Acad Med*. 2014;89(3):511–6.
4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES no 3, de 20 de Junho de 2014: Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. 2014.
5. Brasil. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Distrito Federal; 2001.

6. Bloom BS et al. Taxonomy of educational objectives. New York David Mckay. 1956;1:262p.
7. Lockyer J, Carraccio C, Chan M-K, Hart D, Smee S, Touchie C, et al. Core principles of assessment in competency-based medical education. *Med Teach*. 2017;39(6):609–16.
8. Harris P, Bhanji F, Topps M, Ross S, Lieberman S, Frank JR, et al. Evolving concepts of assessment in a competency-based world. *Med Teach*. 2017;39(6):603–8.
9. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*. 1990;65(9):S63-7.
10. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *BMJ*. 1975;1(5955):447–51.
11. Schwill S, Id JH, Fahrbach-veeser J, Eicher C. The AaL plus near-peer teaching program in Family Medicine strengthens basic medical skills — A five-year retrospective study. 2020;1–14.
12. Lea T. Métodos Estruturados de Avaliação de Prática de Habilidades Clínicas. In: Tibério, IFLC et. al, organizador. *Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina*. São Paulo; 2012. p. 55–73.
13. Swanson DB, van der Vleuten CPM. Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients: State of the Art Revisited. *Teach Learn Med*. 2013;25(SUPPL.1):S17–25.
14. Donohoe CL, Reilly F, Donnelly S. Article in press Is There Variability in Scoring of Student Surgical OSCE Performance Based on Examiner Experience and Expertise?. 2020;1–9.
15. Tiberius R. OSCE checklists do not capture increasing levels of expertise. *Acad Med*. 1999;74(10):1129–34.
16. Domingues RCL, Amaral E, Bicudo-Zeferino AM. Conceito global: um método de avaliação de competência clínica. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(1):148–51.
17. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. Woodiyorte RS, organizador. Vol. 22, *Archives of Psychology*. New York; 1932. 5–55 p.
18. Swanson DB, Vleuten CPM Van Der, Swanson DB, Vleuten CPM Van Der. *Teaching and Learning in Medicine: An International Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients : State of the Art Revisited Assessment of Clinical Skills With Standardized Patients*. 2013:37–41p.
19. Regehr G, MacRae H, Reznick RK, Szalay D. Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance on an OSCE-format examination. *Acad Med*. 1998;73(9):993–7.
20. Martin JA, et al. Objective structured assessment of technical skill (OSATS) for surgical residents. *Br J Surg*. 1997;84(2):273–8.
21. Giemsa P, Wübbolding C, Fischer MR, Graupe T, Härtl A, Lenz C, et al. What works best in a general practice specific OSCE for medical students: Mini-CEX or content-related checklists? *Med Teach*. 2020;42(5):578–84.
22. Adler MD, Vozenilek JA, Trainor JL, Eppich WJ, Wang EE, Beaumont JL, et al. Comparison of checklist and anchored global rating instruments for performance rating of simulated pediatric emergencies. *Simul Healthc*. 2011;6(1):18–24.
23. Ma IWY, Zalunardo N, Pachev G, Beran T, Brown M, Hatala R, et al. Comparing the use of global rating scale with checklists for the assessment of central venous catheterization skills using simulation. *Adv Heal Sci Educ*. 2012;17(4):457–70.
24. Hodges B, McIlroy JH. Analytic global OSCE ratings are sensitive to level of training. *Med Educ*. 2003;37(11):1012–6.

25. Rajiah K, Veettil SK, Kumar S. Standard setting in OSCEs: A borderline approach. *Clin Teach*. 2014;11(7):551–6.
26. Barbosa Junior SS. (OSCE) como ferramenta avaliativa no curso médico da Faculdade Pernambucana de Saúde: treze anos de (OSCE) como ferramenta avaliativa [tese]. Faculdade Pernambucana de Saúde; 2019.
27. Faculdade Pernambucana de Saúde. Manual de Avaliação de Medicina do 2o ao 12o período. 2009.
28. Bezerra PGM BT et al. Manual do THC da graduação de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. 2016.
29. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Hear Lung J Crit Care*. 1987;16(6 I):625–9.
30. Reppold CT, Gurgel LG, Hutz CS. O processo de construção de escalas psicométricas. *Avaliação Psicológica*. 2014;13(2):307–10.
31. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Artmed, organizador. 2010. p. 165–98.
32. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, organizador. São Paulo; 2011. 229 p.
33. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(3):925–36.
34. Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two Quantitative Approaches for Estimating Content Validity. *West J Nurs Res*. 2003;25(5):508–18.
35. Santos DMSS, Deon KC, Fegadolli C, Reis RA, Torres LAGMM, Bullinger M, et al. Adaptação cultural e propriedades psicométricas iniciais do instrumento DISABKIDS® – Cystic Fibrosis Module – versão brasileira. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013;47(6):1311–7.
36. Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e Avaliação Psicológica. Testagem e Avaliação Psicológica introdução a testes e medidas. 2014;1–37.
37. Andrade JM, Valentini F. Diretrizes para a Construção de Testes Psicológicos: a Resolução CFP nº 009/2018 em Destaque. *Psicol Ciência e Profissão*. 2018;38(spe):28–39.
38. Siegel S CH. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2º ed. Artmed, organizador. Porto Alegre; 2006.
39. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N NT. Delineando a pesquisa clínica. 2º ed. Artmed, organizador. Porto Alegre; 2003.
40. Joseph L. Fleiss. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull*. 1971;76(5):378–82.