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

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

MILÉCYO DE LIMA SILVA

RECIFE – PE
2015

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

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS

Linha de Pesquisa: Avaliação de estudantes, da aprendizagem e de ambientes de ensino-aprendizagem.
Mestrando: Milécyo de Lima Silva
Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Co-orientadora: Mônica Cristina Batista de Melo

RECIFE – PE
2015

MILÉCYO DE LIMA SILVA

AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada em ____/_____/2015

Membros da banca examinadora:

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - PFS

(Orientador)

Prof. Dra. Luciana Marques Andreto -FPS

Prof. Dra. Eliane Mendes Germano Lins - IMIP

RECIFE – PE
2015

DEDICATÓRIA

Para minha família: pai, mãe e irmãos.

Ninguém um dia recebeu mais amor e apoio incondicional do que eu tive de vocês.

Eu também amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por se fazer presente em todas as minhas ações, através de minhas orações e sendo provedor da minha vida e luz do meu caminho.

A minha família, em especial ao meu pai Raimundo Nonato da Silva por todo apoio, carinho, repreensões e orientações. Hoje eu compreendo todos os ‘não’ recebidos na infância e a minha amada mãe, amiga e companheira de todas as horas Francisca Maria Félix de Lima Silva, que com todo carinho, disciplina e companheirismo, mostrou-me o caminho certo da vida.

A Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), pela qualidade das ações desenvolvidas e empenho no desenvolvimento e crescimento do curso.

Aos professores do Mestrado, pelas contribuições imensuráveis para a construção do conhecimento.

A meu orientador Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, pela competência profissional e acompanhamento no caminho de construção deste trabalho e a minha Co-orientadora Dra. Mônica Cristina Batista de Melo.

As professoras Dra. Juliana Monteiro, Dra. Luciana Marques Andreto e Dra. Eliane Mendes Germano Lins pelas contribuições ao estudo.

A todos os colegas de turma do Mestrado, pelo apoio, companheirismo e lealdade durante esta jornada e a todos os amigos que contribuíram e me auxiliaram para que a conclusão desde trabalho fosse possível.

IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Pesquisador: Milécyo de Lima Silva.
Enfermeiro, Docente da União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC-Faculdades), mestrando do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.
E-mail: Milecyo_lima@hotmail.com

Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, Doutor.
Psicólogo, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.
E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Co-orientadora: Mônica Cristina Batista de Melo, Doutora.
Psicóloga, Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.
E-mail: monicademelo@ig.com.br

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas

IES - Instituições de Ensino Superior

SUS - Sistema Único de Saúde

THC – Teste de Habilidades Clínicas

OSLER - Objective Structured Long Examination

Mini-CEX - mini-clinical Exercise

OSCE - Objective Strutucred Clinical Examination

CSA - Clinical Skills Assessment/Exercise

CEX - Clinical Evaluation Exercise

RESUMO

Introdução: O cenário educacional atual nos permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa deficiente privilegiando os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, marginalizando o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes refletindo em sua formação que objetiva um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo competente para realizar os seus recursos cognitivos, afetivos e psicomotores. A Avaliação de Competências Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real para o curso de em Enfermagem se configura com a aplicação do *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) e do *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) objetivando qualificar ao máximo o estudante. O OSCE, que tem como objetivo avaliar uma sequência de situações específicas, de forma estruturada em estações, com uma lista de tópicos a serem observados (*checklist*). Já o Mini-CEX, é um dos mais utilizados para avaliação de evento individual, instrumento no qual um observador avalia o desempenho do estudante durante a execução de uma determinada tarefa ou encontro clínico conseguindo identificar e corrigir deficiências de desempenho, não interferindo na rotina do serviço. **Objetivo:** Compreender as repercussões da Avaliação de Competências Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real no processo de ensino-aprendizagem em estudantes de enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma faculdade de saúde em Recife – Pernambuco. A coleta de dados foi realizada em fevereiro de 2015 e a população do estudo foi composta por estudantes do último ano do curso de Bacharelado em Enfermagem através de um grupo focal. Para a análise foi empregada à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** Definiram-se três categorias distintas: 1) As repercussões do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo ensino-aprendizagem; 2) percepção sobre os domínios de aprendizagem que compõe o Teste de Habilidades Clínicas Específicas; 3) Potencialidades e fragilidades do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo ensino-aprendizagem. A avaliação através do Teste de Habilidades Clínicas Específicas é um processo válido e reconhecido pelos estudantes, porém existe incompreensão dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. E as dificuldades relatadas pelos mesmos foram relacionadas principalmente a falta de informações sobre o processo avaliativo e a forma de avaliar de alguns tutores. **Conclusão:** Diante dos achados desse estudo, os estudantes têm conhecimento sobre o conceito de avaliação, porém, sua relação mais direta relaciona-se a aspectos somativos. Há percepção do aumento no nível de complexidade do instrumento ao longo do curso, porém, sua efetividade avaliativa parece sofrer interferência direta da falta de informações sobre a importância pedagógica da avaliação através dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. No entanto, embora haja certa incompreensão dos domínios acima citados, a avaliação através da avaliação de competências clínicas específicas, é um processo válido e reconhecido pelos estudantes.

Palavras-chave: Avaliação Educacional, Ensino de Saúde, Competências Clínicas.

ABSTRACT

Introduction: The current educational setting allows us to characterize the prevalence of a poor evaluation culture favoring the cognitive aspects and summative procedures, marginalizing the educational impact of assessment on students reflecting on their training that aims a generalist, humanist, critical and reflective competent to realize their cognitive resources, affective and psychomotor. The Specific Clinical Skills Assessment Scenarios Simulated and Real Practice for the course of Nursing is configured with the application of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) and the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) in order to qualify for the maximum student. The OSCE, which aims to evaluate a sequence of specific situations in a structured way at stations with a list of topics to be observed (checklist). Have the Mini-CEX, is one of the most used for individual event assessment instrument in which an observer assesses student performance during the execution of a task or achieving clinical encounter identify and correct performance deficiencies, not interfering with routine service. **Objective:** To understand the impact of the Competency Assessment Specific Clinical Scenarios in Simulated and Real Practice in the teaching-learning process in nursing students. **Method:** This is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach was carried out in a nursing college in Recife - Pernambuco. Data collection was conducted in February 2015 and the study population was comprised of students in their final year of Bachelor of Nursing through a focus group. For the analysis was used content analysis technique proposed by Bardin. **Results:** were defined three distinct categories: 1) the consequences of Specific Clinical Skills Test in the teaching-learning process; 2) perception of the learning areas that make up the Test Specific Skills Clinics; 3) Potential and weaknesses of Skills Test Specific Clinics in the teaching-learning process. The evaluation through the THC is a valid and recognized process by students, but there is lack of understanding of cognitive, psychomotor and affective domains. And the difficulties reported by both methods were mainly related to lack of information on the evaluation process and how to assess some tutors. **Conclusion:** Given the findings of this study, students have knowledge about the concept of evaluation, however, his more direct relationship relates to summative aspects. There is the perception of the increase in the instrument's complexity level throughout the course, however, their evaluation effectiveness seems to suffer directly affected by the lack of information on the pedagogical importance of evaluation through the cognitive, psychomotor and affective domains. However, although there is some misunderstanding of the above areas, the assessment by evaluating specific clinical skills, is a valid process and recognized by students.

Key-words: Educational Evaluation, Health Education, Clinical Skills.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 11

II. OBJETIVOS..... 21

III. MÉTODOS..... 22

3.1. Desenho do estudo..... 22

3.2. Local do estudo..... 22

3.3. Período do estudo..... 22

3.4. População do estudo..... 22

3.5. Critério de elegibilidade..... 23

3.6 Coleta de dados..... 23

3.7 Processamento e análise dos dados..... 23

3.8. Aspectos éticos..... 24

IV. RESULTADOS 25

4.1 Artigo..... 25

4.1.1 Resumo..... 25

4.1.2 bstract..... 26

4.1.3 Introdução..... 26

4.1.4 Metodologia..... 27

4.1.5 Resultados e Discussão..... 28

4.1.6 Conclusão..... 38

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 42

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 43

VII. APÊNDICES..... 47

APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 47

APÊNCICE 2:. Instrumento de coleta de dados..... 50

APÊNDICE 3: Carta de Anuência..... 51

VIII ANEXOS..... 52

ANEXO 1: Declaração do Comitê de Ética e Pesquisa..... 52

ANEXO 2:. Normas para publicação de trabalhos..... 53

1. INTRODUÇÃO

> "Se realmente entendemos o problema, a resposta virá dele, porque a resposta não está separada do problema."
>
> Jiddu Krishnamurti

A educação superior dos cursos da área de saúde vem sofrendo transformações em virtude de adequação para atender as necessidades de melhoria da qualidade de vida populacional propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)[1] garantindo ao mercado de trabalho, profissionais com equilíbrio entre a excelência técnica e a importância social[2].

Entre os diversos profissionais de saúde, o enfermeiro está presente no mercado de trabalho em vários ambientes, assistindo clientes, independente de seu grau de complexidade[3]. Para sua formação, as Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem estabelecidas pelo Ministério da Educação preconizam uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, em que o profissional seja competente para realizar os seus recursos cognitivos, afetivos e psicomotores diante de qualquer situação problema.[4]

Para se contemplar as necessidades voltadas a qualificação profissional precisa-se de um currículo construído a partir de um planejamento sistemático envolvendo abordagens que vão desde as atividades de ensino-aprendizagem até o processo avaliativo, se complementando.[5]

Nessa perspectiva, um importante determinante para alcançar o currículo almejado e subsidiar a vida profissional do egresso, é a adoção de uma metodologia de ensino que resulte na formação de profissionais capazes de garantir a integralidade da atenção a saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.[6]

Assim, em uma analise pedagógica, o atual momento educacional metodológico encontra-se em transição, de uma Metodologia Educacional Tradicional, com formação reducionista e hospitalocêntrica,[7] que adota um método de transmissão do conhecimento marcado pela presença do educador como grande detentor do saber e o estudante como sujeito passivo, para uma Metodologia Ativa, vertente educacional mais ampla e integralizada. Esse tipo de metodologia parte da premissa e aceitação da existência de um conhecimento prévio do estudante que assume um papel ativo na construção de seu conhecimento e o educador passa a ser um facilitador nesse processo de ensino-aprendizagem.[8]

Estudo sobre avanços no ensino a distância de estudantes de enfermagem envolvendo modelos teóricos de investigação destaca que a Metodologia Tradicional, além de centrada no professor que se torna o "sábio no palco" o modo de aprendizado é entre o estudante e o professor e do estudante e material, fornecendo uma aprendizagem limitada.[9]

Essa assertiva nos permite referenciar Paulo Freire ao resgatar a importância de que ensinar não é apenas transferir conhecimento, mas criar possibilidades ao aluno para sua própria construção.[10]

Nesse contexto, a utilização de metodologias ativas pode resultar em um conjunto de ações planejadas, auxiliando os estudantes na construção de competências para atuarem de forma integrada num contexto profissional.[11] Entende-se competência como a capacidade de agir eficazmente a partir de seu conhecimento, habilidades e atitudes em um determinado tipo de situação solicitada.[12]

É válido ressaltar que as metodologias ativas se fundamentam em um princípio teórico bastante expressivo que é a “Autonomia” numa perspectiva de transformação da realidade, sendo esse tipo de metodologia de ensino-aprendizagem uma alternativa potencializadora de articulação entre as Instituições de Ensino Superior (IES), os serviços de saúde e a comunidade.[6]

Esse tipo de metodologia propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilidade de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções;[13] a liberdade no processo de pensar no trabalho em equipe, superando a dicotomia que há entre a formação e a prática profissional, buscando modelos em que a formação acadêmica incorpore as práticas do sistema de saúde.[6]

Dentro das metodologias ativas pode-se destacar a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), um método construtivista pioneiro que surgiu na década de 1980 e utiliza a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o propósito de alcançar os objetivos de aprendizagem e motivar o discente.[14]

A ABP se concretiza como um método em que o educador apresenta aos estudantes um contexto problemático, a partir deste, eles avaliam o que é interessante e motivador para ser estudado. Assim, os estudantes não são simplesmente solicitados

para armazenar informações, mas para examinar como essas situações são, em particular, aplicadas, sendo esse processo acompanhado pelo educador considerando a área de conhecimento do problema e o almejo dos objetivos de aprendizagem já estabelecidos inicialmente.[11,14,15]

Ressalta-se ainda que a ABP, em uma análise formativa, exige do estudante uma responsabilidade pela sua formação, uma vez que nesta abordagem são exigidas posturas ativas para alcançar soluções para o problema a ser resolvido. Como proposta metodológica transformadora apresenta benefícios de ensino-aprendizagem e vem sendo adotada pelas Instituições de Ensino Superior (IES). Porém ainda enfrenta algumas resistências em sua implantação como a influência da educação tradicional; a auto percepção e auto definição de papéis no ambiente educacional no Ensino Superior; o desconforto que as mudanças criam e os limitados incentivos para a mudança.[11]

No processo de formação dos cursos na área de saúde, como objetivo educacional em seus currículos, há a necessidade de desenvolver e aprimorar habilidades pertencentes a três grandes domínios, descritos no processo de construção de um currículo, sendo esses os domínios cognitivo, psicomotor e o afetivo, segundo a Taxonomia de Bloom.[16] Nesse cenário, além das competências técnicas e relacionais, o enfermeiro também é chamado a desempenhar outros tipos de competências com foco na gestão da organização, articulação de pessoas e equipes, capacidade de escuta e ética[17] tornando indispensável a aquisição de proficiência nesses domínios.

A Taxonomia de Bloom teve grande aceitação no mundo educacional [18] e está entre as estruturas mais reconhecidas que guiam a aprendizagem[19] e os estudantes familiarizados com ela estão mais preparados para verificar seus níveis de aprendizagem.[20] Assim, a aquisição de habilidades com qualidade através dos domínios propostos é mais eficaz.[21]

É consenso entre diversos estudos que a Taxonomia de Bloom e seus domínios cognitivo, psicomotor e afetivo representam um importante passo evolutivo no ensino-aprendizagem para todos os cursos de forma geral, podendo ser utilizada para estruturar, organizar e planejar disciplinas, cursos ou módulos instrucionais, merecendo destaque a formação de profissionais de saúde e sua necessidade de conhecimento, habilidades e competências para diversas tarefas que são melhores contempladas a partir de um currículo pensado que contemple esses domínios. [5,9,18,20,22,23,25]

O domínio cognitivo classifica as operações mentais, como a descoberta ou reconhecimento de informação, a retenção ou armazenamento de informação, a geração de informações a partir de certos dados e a tomada de decisão ou julgamento acerca da informação.[25] Nesse domínio existem categorias que vão de ordens simples ao complexo, possuindo seis níveis, em que cada categoria é o pré-requisito para o anterior e varia do concreto ao abstrato, subdividindo-se em seis subcategorias hierárquica; conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação.[5,18,24]

A última revisão da Taxonomia Bloom concentra-se na formação de duas dimensões: Conhecimento e Processos cognitivos. A dimensão Conhecimento é composta por quatro subdimensões: factuais, conceituais, procedimentais e metacognitivas; Já a dimensão Processos Cognitivos, é composta por seis subdimensões: lembrar-se, entender, analisar, aplicar, avaliar e criar.[5,9,18,20,22]

Na dimensão Conhecimento, o Factual está relacionado aos conteúdos básicos que o estudante deve dominar para realizar ou resolver problemas; O Conceitual está relacionado à inter-relação dos elementos básicos num contexto mais elaborado que os estudantes seriam capazes de descobrir; O Procedural está relacionado ao conhecimento de como realizar alguma atividade utilizando métodos, critérios, algoritmos e técnicas; e o Metacognitivo que é conhecimento sobre processos cognitivos e autoconhecimento.[18,26]

Na dimensão Processos Cognitivos, o Lembrar relaciona-se a reconhecer e reproduzir ideias e conteúdos; Entender refere-se a estabelecer uma conexão entre o novo e o conhecimento previamente adquirido; Aplicar corresponde a executar ou usar um procedimento ou conhecimento numa situação específica; Analisar implica a inter-relação existente entre a informação relevantes e irrelevantes; Avaliar busca a realizar julgamentos baseados em critérios pré-determinados; e Criar significa colocar elementos junto com o objetivo de desenvolver algo utilizando conhecimentos e habilidades previamente adquiridos.[26]

O domínio psicomotor diz respeito ao "fazer", ou seja, o que está vinculado a habilidades manuais ou físicas.[24] As categorias desse domínio são: Imitação, manipulação, articulação e naturalização.[26] Já o domínio afetivo diz respeito ao "pensar" ou ao "sentir" frente um objeto, pessoa ou situação, incluindo relacionamentos, atitudes e responsabilidades. [24]

A taxonomia dos processos afetivos é composta de cinco níveis hierarquicamente dispostos, sendo que cada um deles emprega competências diferenciadas que serão indispensáveis aos demais. As categorias desse processo são a receptividade, a resposta, a valorização, a organização e a caracterização, sendo cada uma delas alcançada quando for obtido um desempenho adequado na anterior.[26]

Estudos ressaltam que o domínio afetivo é o menos solicitado, quando comparado ao cognitivo e o psicomotor. Os objetivos de aprendizagem nem o referenciam, tornando um desafio avaliar os resultados da aprendizagem afetiva de maneira objetiva e confiável. [5,9,18,20,22,23,24]

Em relação aos domínios descritos anteriormente, estudo sobre o ensino de ciência dentro do domínio cognitivo e afetivo refere que segundo educadores, quando os estudantes compreende o domínio cognitivo de forma efetiva (adquirindo conhecimento científico) e são capazes de aplicar esses conhecimentos e habilidades para resolução de problemas (domínio psicomotor), os mesmo ficam mais motivados para aprender sobre valores e habilidades para a vida o que é característica do domínio afetivo, reforçando o impacto dos domínios no processo ensino-aprendizagem do estudante.[23]

Assim, no ensino de profissionais da saúde a Taxonomia de Bloom oferece um modelo de definições de competências com qualidade, de diferentes habilidades, de naturezas diversas considerando os três domínios de aprendizagem, necessárias para executar ações visando a resolução de problemas.[18]

Esse fato conduz a reflexões sobre o currículo e suas propostas de ensino-aprendizagem compreendendo o processo avaliativo do estudante como uma etapa muito relevante no cenário acadêmico.[27] Assim, o papel da avaliação tem se tornado um dos temas mais debatidos por pensadores e pesquisadores no campo do ensino em saúde,[28] pois com essa prática se obtém informações do desempenho do educando por meio da aplicação de métodos específicos que podem subsidiar a tomada de decisões inerentes para o encapsulamento dos conhecimentos objetivados.[29,30] Entende-se avaliação como um termo que abrange qualquer atividade em que a evidência de aprendizagem é recolhida de forma planejada e sistemática, sendo utilizada para emitir um juízo sobre a aprendizagem.[18]

Em uma avaliação educacional adequada, a aquisição dos conhecimentos, habilidades específicas e elementos de ordem afetiva são determinantes, o que aumentam a complexidade na escolha de um método adequado de avaliação de

habilidades clínicas, devendo esse instrumento ser simultaneamente válido, fidedigno,[18,29,31,32] operacionalmente viável e aceitável para todos os participantes envolvidos, ter impacto educacional e efeito catalisador. [18,32]

Um instrumento ou método de avaliação é considerado válido pela sua capacidade de avaliar, efetivamente, o que deve realmente ser avaliado;[29] fidedigno por relacionar-se com a qualidade da medida e os seus requisitos de objetividade e reprodutibilidade;[31] viável e aceitável pela possibilidade de execução e a sua aceitação por parte de todos os envolvidos no processo de avaliação.[29]

O impacto educacional refere-se a quanto repercutirão os métodos de avaliação sobre o próprio processo de ensino e aprendizado. Como por exemplo, uma avaliação com instrumentos que preveem *feedback* imediato, cujo bom desempenho do estudante pode ser reforçado e as eventuais deficiências podem ser corrigidas com agilidade,[18] o Efeito Catalizador refere-se as transformações positivas pelas quais as pessoas e as instituições podem passar com a adoção dessa avaliação, como quando induzem as IES a melhoria do ensino, com a capacitação dos professores em princípios e métodos de avaliação, o que por sua vez motiva e estimula os estudantes a se prepararem para ter um bom desempenho.[8,18]

A avaliação pode ser somativa ou formativa. A avaliação somativa é geralmente realizada ao final de um determinado período de formação, e determina se os objetivos desejados para classificar, certificar ou registrar o progresso foram alcançados com sucesso, o que em geral é expresso por meio de notas ou conceitos.[18,33]

A avaliação formativa representa uma necessidade de promover aprendizagem através do processo avaliativo. Neste tipo de avaliação o estudante deve saber o que é exigido dele, e o ambiente de aprendizagem deve promover oportunidades que permitam o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes. A avaliação formativa identifica pontos fortes e limitações, de acordo com o diagnóstico que ela fornece sobre a aprendizagem e a eficácia educacional, podendo orientar a aprendizagem futura, proporcionar tranquilidade, promover reflexão, formar valores e ajudar nas decisões sobre a melhor forma de dinamizar essa aprendizagem. [18,33]

Panuncio-Pinto[18] em seu estudo sobre avaliação de estudantes ainda acrescenta que o *feedback* na avaliação formativa assume um papel central, sendo fundamental para conferir sentido a avaliação da aquisição de conhecimento, habilidades e

competências, devendo seu resultado ser compartilhado com o estudante, não apenas sua tradução em conceitos e notas.

Um dos possíveis modelos teóricos, para explicar a aquisição de competências, segue uma evolução sequenciada, ilustrada na Pirâmide de Miller proposto pelo norte-americano George Miller no inicio dos anos 1990, através dos verbos "saber", "saber como", "mostrar como" e "fazer".[34]

Nesse modelo o "saber" se completa com o "saber como fazer" podendo ser empregado na avaliação de habilidades cognitivas como provas com questões abertas, testes de múltipla escolha, ensaios ou dissertações e exames orais. Já o "mostrar como faz" pode ser empregado na avaliação de habilidades e competências clínicas como exames não estruturados (pratico-oral observado ou não observado, caso longo e caso curto), exames semi-estruturados (Objective Structured Long Examination – O.S.L.E.R. e mini-clinical Exercise – Mini-CEX) e exames estruturados (Objective Strutucred Clinical Examination – OSCE e Clinical Skills Assessment/Exercise – CSA). [18]

O "fazer" pode ser empregado na avaliação do desempenho do estudante em treinamento ou do profissional já formado com analise do processo de trabalho (prontuário, prescrições, pedidos de exames, encaminhamentos), visitas periódicas de pacientes padronizados incógnito, análise de desfechos (indicadores reativos as pessoas assistidas – qualidade de vida, morbidade e mortalidade) e avaliação "360°" (auto avaliação, avaliação pelos pares, membros da equipe de trabalho, supervisores avaliação por pacientes ou usuários). [18]

Nesse contexto, o ensino prático de habilidades é elemento essencial de qualquer curso da saúde, sendo a proficiência dessas habilidades um critério indispensável,[23] porém um grande desafio no ensino de profissionais de saúde são as limitações para aprender os procedimentos e condutas garantindo a segurança e bem-estar dos clientes. O equilíbrio entre essas necessidades representa uma tensão na educação para saúde, sendo cada vez mais frequente os investimentos e adoções de instrumentos de avaliação de habilidades, competências e atitudes que minimizem essas limitações.[27]

Um recurso bastante difundido nos ambientes educacionais são os cenários externos para práticas de habilidades clínicas que utilizam diferentes ambientes reais e/ou simulados para o aperfeiçoamento de competências.[27] Essa construção de novas práticas de formação em saúde tem assumido um papel fundamental na formação profissional reconhecendo e reafirmando a necessidade dos modos de ensino se

adequarem a uma visão holística assistencial para que se possa atender melhor aos interesses e carências dos serviços de saúde.[35]

A aprendizagem baseada em simulação pode ajudar a atenuar esta tensão por meio do desenvolvimento de habilidades e atitudes dos profissionais, ao mesmo tempo em que há proteção dos pacientes contra riscos desnecessarios.[6] Entende-se por simulação uma técnica utilizada como estratégia para substituir ou ampliar experiências da vida real,[36,37] geralmente em ambiente de imersão total, que pode evocar ou replicar aspectos essenciais da prática de modo interativo, com foco na qualidade e a segurança do atendimento oferecido aos pacientes[36] pois permite que o estudante pense por meio de uma situação clínica para tomar decisões.[37]

Os professores de práticas clínica não devem ver o conhecimento, habilidades e atitudes como um produto do aprendizado, mas sim um conjunto de atributos que são desenvolvidos durante o processo de aprendizagem.[37] A implantação da simulação em cenários de prática permite aos estudantes corrigir seus erros frente a situações do cotidiano clínico, sem riscos para o paciente e com o mínimo de risco para si mesmo.[38]

O treino de habilidades específicas em ambientes de simulação é fundamental, pois considera-se que é na resolução de cenários completos e complexos que os estudantes consolidam seus saberes e desenvolvem as capacidades de raciocínio crítico, tomada de decisão e as competências técnicas, relacionais e éticas. Esses cenários oferecem experiências cognitivas, psicomotoras e afetivas, contribuindo para a transferência de conhecimento da sala de aula aos ambientes clínicos. Nessas experiências, os docentes devem reforçar os acertos nos procedimentos, corrigir os erros e explicar os pontos nos quais há necessidade de aprimoramento dos acadêmicos.[38]

Estudo recente envolvendo a participação ativa de estudantes no ensino de emergências destaca a eficácia de habilidades dos simuladores de baixa e alta fidelidade no reforço de habilidades relacionadas a procedimentos e atitudes comportamentais e sociais em saúde. Assim, a prática de simulação na educação é um serviço complexo de intervenção que precisa ser planejado e praticado com atenção no contexto organizacional. [6]

Portanto, diferentes competências precisam ser avaliadas e em diversos níveis de complexidade, sendo necessária a utilização de vários instrumentos de avaliação, com diferentes objetivos, para atingir um resultado satisfatório.[15,39] Logo um único teste não seria capaz de avaliar todos os níveis.[15]

Na literatura, existem instrumentos específicos para a Avaliação de Competências Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real. Como exemplo, são citados o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) e do *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX).[40]

O OSCE é um dos instrumentos avaliativos mais utilizados, para habilidades clínicas em cenário simulado, que tem como objetivo avaliar uma sequência de situações específicas, de forma estruturada em estações, com uma lista de tópicos a serem observados (*checklist*)[41], em um evento simulado e controlado. Atualmente é considerado um dos métodos mais confiáveis de avaliação de competências clínicas de estudantes e residentes.[42]

O OSCE se configura a partir do percurso de 6 a 10 estações diferentes pelo educando se deparando com casos reais ou problemas práticos simulados pensados e adaptados aos objetivos do currículo do curso exigindo demonstrações de habilidades que vão desde o diálogo com o paciente e familiares, realização de exame físico, até a execução dos procedimentos esperados para a conclusão avaliativa, sempre sob a observação de um docente responsável pelo preenchimento do *checklist.*[28,40]

Já para avaliação em cenários de pratica real, o *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX), é um dos mais utilizados para avaliação de evento individual, instrumento no qual um observador avalia o desempenho do estudante durante a execução de uma determinada tarefa ou encontro clínico conseguindo identificar e corrigir deficiências de desempenho, não interferindo na rotina do serviço.[43]

Em 1972, a *American Board of Internal Medicine* substituiu seu método de avaliação, que utilizava exame oral para avaliar raciocínio clínico e planejamento de conduta, pelo *Clinical Evaluation Exercise* (CEX). Neste instrumento, a avaliação era conduzida por um profissional experiente que observava um residente durante o atendimento completo a um único e desconhecido paciente. Em seguida, o avaliador fornecia o *feedback* ao residente, que ao final entregaria um relatório escrito sobre o atendimento para revisão. Este processo durava em média 2 horas. [43]

O Mini-CEX surgiu em 1995, quando a *American Board of Internal Medicine* tentou manter as vantagens do CEX e diminuir o tempo de duração da avaliação, aumentando o número de encontros por estudante, diversificando as competências e os cenários de prática avaliados. [43] Para isso a proposta para o Mini-CEX era uma interação com duração em torno de 15 a 20 minutos e em seguida um *feedback* com duração de 5

a 10 minutos. Neste método, o avaliador observa as competências na realização da anamnese, exame físico, qualidades humanísticas e profissionalismo, julgamento clínico, comunicação, organização e eficiência. Ao final, julga o desempenho em uma escala de 9 pontos onde 1, 2 e 3 são considerados insatisfatório, 4, 5 e 6 considerados satisfatório e 7, 8 e 9 excelente ou superior, havendo a possibilidade de marcar como não observado, caso aquela competência específica não fosse passível de ser avaliada naquele encontro. Ao final, o *feedback* fornecido deveria apontar os pontos fortes e os pontos a serem melhorados. [44]

Segundo estudo qualitativo no Reino Unido envolvendo experiências com Mini-CEX foi considerado um instrumento adequado para avaliação formativa sendo analisado e confirmado como um instrumento de validade forte, confiabilidade e viabilidade.[45]

É válido ressaltar que, apesar das vantagens de um processo avaliativo coerente na formação profissional em saúde, o cenário educacional atual nos permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa deficiente privilegiando os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, marginalizando o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições e sua representatividade dos domínios já abordados nesse estudo.[46,47]

Em uma análise cultural a avaliação para muitos representa “prova” ou “exame” que aterrorizavam o estudante que só almejava nota/conceito para a aprovação. Esse pensamento comum no ensino médio se enraizou no estudante e intrinsicamente vem sendo carregado para o ensino superior. [18] Mas educadores vêm tentando resignificar essa representação da avaliação que tem por finalidade fornecer indicadores sobre a eficácia do currículo e a adequação do discente ao mesmo.[5]

Nesse contexto, avaliar a partir da percepção dos estudantes de enfermagem como a Avaliação das Competências Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real contribui para a consolidação da relação ensino-aprendizagem torna-se fundamental.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender as repercussões da Avaliação de Competências Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real no processo de ensino-aprendizagem em estudantes de enfermagem.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico (idade, sexo, egresso da escola publica ou privada, formação anterior) da população estudada;
- Descrever como os estudantes identificam os domínios cognitivo, psicomotor e afetivo avaliados durante a avaliação de competências clínicas específicas;
- Identificar as principais potencialidades e fragilidades da avaliação de competencias clínicas específicas na consolidação do ensino-aprendizagem na visão dos estudantes;
- Conhecer o processo de ensino-aprendizagem da avaliação das competências clínicas específicas na visão dos estudantes;

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo:

Trata-se de um estudo qualitativo.

3.2 Local do estudo:

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS localizada no município do Recife - Pernambuco. A FPS utiliza a metodologia baseada em problemas e uma avaliação de aprendizagem com acompanhamento sistemático dos estudantes através de diferentes instrumentos individuais e coletivos, e da aplicação do conhecimento em ambientes de estudos e na prática, possibilitando redirecionar procedimentos de ensino através da obtenção de informações relativas a avanços e dificuldades.

Além disso, possui a missão de prestar serviços com padrão de excelência em ensino, em pesquisa e em extensão na área de saúde, contribuindo para a formação de profissionais competentes e éticos, buscando performance empresarial e crescimento sustentado, além de contribuir para a construção de uma sociedade justa.

3.3 Período do estudo:

O estudo foi realizado no mês junho de 2014 a abril de 2015.

3.4 População do estudo:

A população do estudo foi composta pelos estudantes do último ano do curso de Bacharelado em Enfermagem da FPS que tenha participado de todas as avaliações de competências cínicas específicas conhecidas na instituição como Testes de Habilidades Clínicas Específicas (THC) que utilizam as diversas formas de prática profissional, empregando cenários, materiais e recursos organizados em estações sendo realizado duas vezes por semestre.

O THC para o curso de Enfermagem se configura com a aplicação do *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) para avaliação em cenário simulado utilizado até o terceiro período e a partir do quarto período para cenário de prática real é usado o *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) objetivando qualifica ao máximo o estudante.[19]

3.5 Critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão: Estudantes matriculados na instituição que tivessem participado de todos os Testes de Habilidades Clínicas ao longo do curso, que fossem maiores de idade ou apresentassem autorização dos pais ou responsáveis legal.

Critérios de exclusão: Estudantes transferidos de alguma outra instituição ou que estivessem afastados por problemas de saúde ou de licença.

3.6 Coleta de dados:

Os estudantes foram abordados ao final da tutoria e devidamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, só iniciando a coleta dos dados após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE 1).

As informações foram coletadas no mês de fevereiro de 2015 por meio de um Grupo focal. Essa é uma técnica que oferece ao entrevistado a oportunidade de refletir sobre suas concepções, permitindo mudanças de opinião e obtenção de consenso entre as respostas, que talvez não pudesse ser obtida sem a interação encontrada neste grupo.[48] Para o desenvolvimento do grupo focal foi utilizada uma entrevista semi-estruturada como roteiro para fomentar a discussão (APÊNDICE 2). As respostas foram gravadas, transcritas e avaliadas na íntegra. O material digital gravado será guardado em sigilo sob a responsabilidade do pesquisador por 5 anos. Com a finalidade de manter o sigilo dos sujeitos entrevistados, foi atribuído um número sequencial para identificação do material referente a cada estudante, identificando-os como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12.

3.7 Processamento e análise dos dados:

Para proceder com o tratamento dos dados foi empregada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, com enfoque na análise temática. Desta forma, as narrativas foram agrupadas conforme a orientação da técnica para tratamento dos dados, considerando a similaridade semântica contida nas falas obtidas. O tratamento dos dados seguiu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, conduzindo à categorização dos dados obtidos pelas entrevistas, de acordo com sua similaridade semântica.[49]

Na etapa de pré-análise procedeu-se, após a transcrição da entrevista na íntegra, uma organização inicial objetivando sistematizar as ideias e operacionalizá-las de

maneira que existisse um esquema ordenado para se proceder com o plano de análise. O material foi então submetido a uma etapa de leitura flutuante, para aprofundar a teoria proposta aos documentos analisados. O corpus para análise foi definido então, por exaustividade, sendo composto pela entrevista completa obtida através da coleta de dados.

Na segunda etapa da análise, a exploração do material obtido através da coleta de dados foi realizada de maneira sistemática, onde foram destacadas as similaridades semânticas presentes nas falas dos estudantes entrevistados, sendo levantadas unidades temáticas que caracterizaram os dados.

Na terceira etapa de análise procedeu-se a etapa de categorização, onde os elementos constitutivos foram agrupados tomando como base analogias semânticas dos conteúdos proferidos nas falas dos estudantes entrevistados.

3.8 Aspectos éticos:

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sendo aprovado pelo parecer com número 121/15 (ANEXO 1), assim como foi autorizado pela Faculdade Pernambucana de Saúde (APÊNDICE 3). Aos estudantes foi garantido o anonimato, e os mesmos participaram da pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da resolução nº. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

4. RESULTADOS

Atendendo as normas para apresentação da dissertação da FPS, os resultados serão apresentados em formato de artigo. O artigo segue as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo 2).

4.1. Artigo

TESTE DE HABILIDADES CLÍNICAS ESPECÍFICAS (THC) NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Milécyo de Lima e Silva

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Mônica Cristina Batista de Melo

Resumo

Introdução: As abordagens no currículo vão desde as atividades de ensino-aprendizagem até o processo avaliativo, se complementando. Uma avaliação de competências clínicas requer instrumentos que contemplem as dimensões dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo com qualidade, eficiência e resolutividade. **Objetivo:** Compreender as repercussões do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo de ensino-aprendizagem em estudantes de enfermagem. **Método:** Estudo qualitativo realizado em uma faculdade de saúde do Recife com estudantes do último ano do curso de Enfermagem através de um grupo focal empregando à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** A avaliação através do THC é um processo válido e reconhecido pelos estudantes, porém existe incompreensão dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. As dificuldades relatadas pelos mesmos foram relacionadas principalmente a falta de informações sobre o processo avaliativo e a forma de avaliar de alguns tutores. **Conclusão:** Os estudantes têm conhecimento sobre o conceito de avaliação, porém, sua relação mais direta relaciona-se a aspectos somativos. Há a percepção do aumento no nível de complexidade do instrumento ao longo do curso, porém, sua efetividade avaliativa parece sofrer interferência direta da falta de informações sobre a importância pedagógica da avaliação através dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. No entanto, embora haja certa incompreensão dos domínios acima citados, a avaliação através do Teste de Habilidades Clínicas Específicas, é um processo válido e reconhecido pelos estudantes.

Palavras-chave: Avaliação Educacional, Ensino de Saúde, Habilidades Clínicas.

Abstract

Introduction: approaches in curriculum ranging from the teaching-learning activities until the evaluation process, complementing. An assessment of clinical skills requires instruments with contemplate the dimensions of cognitive, psychomotor and affective quality, efficiency and resolution. **Objective:** To understand the impact of Specific Clinical Skills Test in the teaching-learning process in nursing students. **Method**: Qualitative study performed in a health care power of Recife with final year students of the nursing course through a focus group using the content analysis technique proposed by Bardin. **Results:** The evaluation by the THC is a valid and recognized by students process, but there is lack of understanding of cognitive, psychomotor and affective domains. And the difficulties reported by both methods were mainly related to lack of information on the evaluation process and how to assess some tutors. **Conclusion:** Students have knowledge about the concept of evaluation, however, his more direct relationship relates to summative aspects. There is the perception of the increase in the instrument's complexity level throughout the course, however, their evaluation effectiveness seems to suffer directly affected by the lack of information on the pedagogical importance of evaluation through the cognitive, psychomotor and affective domains. However, although there is some misunderstanding of the above areas, the assessment by evaluating specific clinical skills, is a valid process and recognized by students.

Key-words: Educational Assessment, Health Education, Clinical Skills.

Introdução

No processo de construção dos cursos na área de saúde, como objetivo educacional em seus currículos, há a necessidade de desenvolver e aprimorar habilidades pertencentes a três grandes domínios, sendo esses os domínios cognitivo (classifica as operações mentais), psicomotor (diz respeito ao "fazer" relacionado a habilidades manuais e físicas) e o afetivo ("pensar" ou "sentir" frente um objeto, pessoa ou situação), segundo a Taxonomia de Bloom[1] que teve grande aceitação no mundo educacional[2] e está entre as estruturas mais reconhecidas que guiam a aprendizagem.[3]

Como parte integrada ao ensino-aprendizagem, a avaliação que é um termo que abrange qualquer atividade em que a evidência de aprendizagem é recolhida de forma planejada e sistemática, sendo utilizada para emitir um juízo sobre a aprendizagem[4] requerendo que seu instrumento avaliativo seja simultaneamente válido, fidedigno, operacionalmente viável e aceitável para todos os participantes envolvidos, ter impacto educacional e efeito catalisador.[2,5]

Assim, diferentes competências precisam ser avaliadas e em diversos níveis de complexidade, sendo necessária a utilização de vários instrumentos de avaliação, com

diferentes objetivos, para atingir um resultado satisfatório.[3,6] Logo um único teste não seria capaz de avaliar todos os níveis.[3]

Um dos possíveis modelos teóricos, para explicar a aquisição de conhecimento, habilidades e atitudes clínicas, é através do verbo "mostrar como" ilustrada na Pirâmide de Miller.[7] Avaliado com instrumentos para observação direta de desempenho de habilidades como exemplo o *Objective Strutucred Clinical Examination* (OSCE) um dos instrumentos avaliativos mais utilizados, para habilidades clínicas em cenário simulado,[8] considerado um dos métodos mais confiáveis de avaliação de competências clínicas de estudantes[9] e *Mini Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX) para avaliação em cenários de prática real sendo considerado adequado para avaliação formativa, analisado e confirmado como um instrumento de validade forte, confiabilidade e viabilidade.[10-11]

É válido ressaltar que, apesar das vantagens de um processo avaliativo coerente na formação profissional em saúde, o cenário educacional atual nos permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa deficiente, privilegiando os aspectos cognitivos e os procedimentos somativos, marginalizando o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições e sua representatividade dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo.[12]

Portanto, esse estudo objetivou compreender as repercussões do Teste de Habilidades Clínicas Específicas em Cenários Simulados e de Prática Real no processo de ensino-aprendizagem em estudantes de enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior do Recife.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma faculdade de saúde em Recife – Pernambuco no mês de fevereiro de 2015 com estudantes do último ano do curso de Enfermagem que participaram de todas as avaliações de competências cínicas específicas conhecidas na instituição como Testes de Habilidades Clínicas Específicas (THC) que se configura com a aplicação do OSCE para avaliação em cenário simulado utilizado até o terceiro período e a partir do quarto período para cenário de prática real é usado o Mini-CEX objetivando qualificar ao máximo o estudante.[13]

Como critérios de inclusão para participar do estudo os estudantes precisaram estar devidamente matriculados na instituição e ter participado de todos os Testes de

Habilidades Clínicas ao longo do curso, além de ser maior de idade ou apresentar autorização dos pais ou responsáveis legal. Não foram incluídos estudantes transferidos de alguma outra instituição, que estivessem afastados por problemas de saúde ou de licença. A coleta de dados foi realizada através de um grupo focal e para a análise foi empregada à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.[14]

Participaram desse estudo, 12 estudantes do ultimo ano de Enfermagem em um grupo focal que teve duração de 1 hora e 25 minutos. Para a seleção foi realizado um sorteio com 20 estudantes abordados ao final da tutoria e com a finalidade de manter o sigilo dos sujeitos entrevistados, foi atribuído um número sequencial para identificação do material referente a cada estudante, identificando-os como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11 e E12.

O estudo atende aos preceitos éticos e legais da resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número 121/15.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a transcrição, leitura e estudo das falas pelos pesquisadores, foram definidas três categorias distintas: 1) As repercussões do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo ensino-aprendizagem; 2) percepção sobre os domínios de aprendizagem que compõe o Teste de Habilidades Clínicas Específicas; 3) Potencialidades e fragilidades do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo ensino-aprendizagem. Para melhor compreender a discussão, as categorias também foram divididas em subcategorias.

Categoria 01: As repercussões do Teste de Habilidades Clínicas Específicas no processo ensino-aprendizagem

Esta categoria reflete sobre o processo de ensino-aprendizagem e o Teste de Habilidades Clínicas (THC) advindas da percepção dos participantes do estudo. Para fins de uma maior compreensão, a categoria subdivide-se em duas subcategorias: Percepção do THC como ferramenta de avaliação e Percepção do THC como processo de ensino-aprendizagem.

Sub-categoria 01: Percepção do Teste de Habilidades Clínicas como ferramenta de avaliação

Avaliação é uma palavra que faz parte de nosso dia-a-dia, de maneira espontânea, ou de modo formal. No contexto educacional, a avaliação destaca-se com intensidade e com significados particulares no cotidiano dos envolvidos como parte contínua e integrante do processo ensino-aprendizagem, não podendo ser vista como um elemento estranho a este processo. Assim, a compreensão da "Avaliação" é indispensável na evolução acadêmica de qualquer estudante.

A compreensão do conceito de avaliação abrange qualquer atividade em que a evidencia de aprendizagem é recolhida de forma planejada e sistemática, sendo utilizada para emitir um juízo sobre a aprendizagem.[2] Os estudantes demonstram conhecimento em relação a esse conceito no contexto educacional conforme as falas a seguir:

> *(E10) Avaliar, você pesa, você mede, né? Você faz de alguma forma você estipula alguma comparação, não é nem comparação, você faz um julgamento...*
>
> *(E2) Acho que é mensurar, é medir a qualidade de uma prática...*
>
> *(E11) [...] é aquilo que vai lhe avaliar que vai, de uma certa forma, julga o seu potencial, de certa forma, o seu desempenho e é isso.*

Apesar de demonstrarem compreensão sobre o conceito de avaliação e sua relação com o THC, constatou-se também a presença de uma percepção negativa relativa à avaliação, referindo:

> *(E7) A palavra avaliação. Hoje você vai fazer o THC, então na cabeça da gente, a gente vai ser o que? Avaliado! Então a palavra por si só, já assusta.*

Estudo sobre o significado da avaliação no ensino por competência corrobora com os dados da pesquisa, cuja avaliação da aprendizagem é imprescindível no planejamento educacional, porém ainda é vista somente como instrumento de seleção e de atribuição de nota ou conceito desviando o foco do processo e o estigmatizando.[15] Assim, uma melhor percepção dos objetivos da avaliação pelos estudantes pode contribuir para a diminuição desse estigma.

No contexto avaliativo, a escolha do instrumento e o conhecimento sobre o mesmo podem interferir nos resultados da avaliação. Nessa perspectiva, a

operacionalização do THC demonstra o gradativo aumento nos níveis de complexidade e a relação disso com a mudança de cenário de ambientes simulados de laboratório para cenários de prática real com os pacientes. A fala a seguir demonstra essa passagem:

> *(E1) No inicio do curso a gente tem laboratórios de semiologia, procedimentos, anatomia e no final do período marca um dia pra gente ir em boneco simular o THC, ai são em média 10 estações, enfim, um numero X de estações, e a gente passa por cada estação pra ver se a gente desenvolveu conhecimento. [...] até o 3° período é assim o THC, aí a partir do 4° período não tem mais essa questão de estações, vai ser no paciente, que a gente vai ser avaliado.*

Assim, pode-se afirmar que o THC acontece em Cenários Simulados e de Prática Real. Segundo o manual de avaliação da instituição pesquisada,[13] o THC tem em seu currículo a junção adaptada de dois instrumentos de avaliação. Quando acontece em cenários simulados se configura com semelhança ao OSCE e quando em cenário de pratica real ao mini-CEX.

Entre os saberes que compõem a pirâmide de Miller[7] o THC se propõem ao "mostrar como fazer" de forma potencializada por utilizar dois instrumentos que acontecem em cenários diferentes ampliando seu poder avaliativo de acordo com as necessidades e adequação curricular do período cursado.

Estudo sobre a utilização do OSCE como estratégia educacional no inicio do curso de enfermagem demostra que as simulações em cenários simulados e de prática real para avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes clínicas tem seu uso crescente no ensino de profissionais de saúde. O OSCE é um instrumento avaliativo considerado padrão ouro por especialistas educacionais para se avaliar competências clínicas de estudantes antes de ingressarem no cenário clínico.[16]

Em uma avaliação realizada com estudantes sobre o OSCE, considerou o instrumento como um método de exame justo, sendo uma ferramenta válida e confiável para medir competências clínicas[17] sendo insuperáveis os benefícios proporcionados para o corpo docente, estudantes, centros clínicos e pacientes.[16]

O Mini-CEX tem boa aceitação por parte de estudantes e profissionais.[18] Esse instrumento é mais indicado para ser utilizado com natureza formativa por acreditarem em seus efeitos educacionais,[19] analisado e confirmado como um instrumento de validade forte, confiabilidade e viabilidade[20] mas alguns estudos também mostraram resultados satisfatórios na utilização do instrumento com natureza somativa.[21-22]

Em uma visão construtivista do conhecimento no THC, de modo geral, a percepção dos estudantes para o instrumento apresentou um significativo impacto positivo como instrumento avaliativo com influência ativa na evolução de competências clínicas percebidas nas seguintes falas:

> *(E4) Eu acho o THC de extrema importância porque a gente vê, a gente faz o THC todo semestre, então a gente sabe se tá evoluindo ou regredindo.*
>
> *(E6) na verdade é uma oportunidade de você demonstrar uma habilidade que você já vivenciou, é isso que é, você estudou a teoria e você aprendeu, você vai comprovar, é uma prova de que você conseguiu assimilar o que foi ensinado.*
>
> *(E8) [...]ele acrescenta pra melhorar o desenvolvimento de habilidades e competências.*

Assim, é notória a percepção do THC como instrumento avaliativo que auxilia a agregar conhecimentos, acompanhamento do desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências clínicas.

Sub-categoria 02: Percepção do Teste de Habilidades Clínicas como processo de ensino-aprendizagem

A partir dos discursos dos estudantes, foi evidenciada que o THC como processo de ensino-aprendizagem apresenta aceitação, visão progressiva e evolutiva das habilidades clínicas como podemos perceber nas falas:

> *(E1) Eu particularmente gosto do THC porque em alguma coisa que eu errei no THC eu nunca mais vou esquecer.*
>
> *(E4) [...] o que você erra em um THC, não erra em outro.*
>
> *(E5) [...] eu gosto do THC porque ele simula uma coisa real e aí se você erra, você tem a consciência de que precisa melhorar [...]*

Além do instrumento, as falas dos estudantes evidenciam o papel do profissional avaliador no contexto de ensino-aprendizagem como importante. No desempenho desse papel, o *feedback* de informações parece assumir prioridade:

> *(E7) Eu acho interessante, porque você vai tá vendo sob a perspectiva de um profissional, né! Como é que você está se comportando, o que você tem que melhorar, é... eu acho bom!*

> *(E1) [...]é um feedback também do profissional pra gente, né! Você tá fazendo dessa forma, essa forma é correta...*

Estudo envolvendo aspectos gerais na avaliação de estudantes destaca a importância do *feedback* fornecido no processo avaliativo, sendo feito preferencialmente imediato de modo a configurar o processo de obtenção de dados de seus progressos individuais promovendo ganhos em julgamento clínico, organização e eficiência, aumentando a aprendizagem.[6]

Apesar do impacto educacional positivo do THC demonstrado nos discursos já citados, observaram-se também limitações no reconhecimento desse teste como contribuinte do processo ensino-aprendizagem, como pode-se observar nas falas:

> *(E7) [...] eu acho que o THC é importante só com um fator pra saber como eu estou diante do olhar de outras pessoas [...] na prática.*

> *(E1) [...] pra mim em relação de ensino-aprendizagem, com o THC não tem não. O que vai mostrar, o meu processo ensino-aprendizagem é o dia-a-dia. É uma coisa pontual! É a ponta do iceberg o THC, e em baixo tem um bocado de coisas, tem uma montanha de gelo de baixo da água.*

Diante das falas dos estudantes, percebe-se que o THC tem maior aceitação como instrumento de avaliação, embora ainda não pareça ser compreendido como parte integrante de um processo de ensino aprendizagem.

Em um processo de ensino-aprendizagem a relação avaliação/aprendizagem é essencial para o desenvolvimento dos estudantes como também para a melhoria contínua das instituições, objetivando principalmente motivar, orientar e aperfeiçoar a aprendizagem de habilidades.[23]

A avaliação deve ser capaz de mediar o processo ensino-aprendizagem, contribuindo significativamente para que suas finalidades sejam alcançadas, mediante a adequação dos instrumentos utilizados a fim de desafiar os estudantes a apresentarem suas aprendizagens construídas e avançarem no processo de construção do conhecimento.[24] Assim, considerar o THC como instrumento de avaliação pontual, sem a real compreensão da relação com o processo de ensino-aprendizagem pode contribuir para uma percepção de incoerência com o que está sendo proposto pedagogicamente pela instituição.

Categoria 02: Percepção sobre os domínios de aprendizagem que compõe o Teste de Habilidades Clínicas

A Taxonomia de Bloom e seus domínios cognitivo, psicomotor e afetivo representam um importante passo evolutivo no ensino-aprendizagem no ensino superior.[4] Nesse contexto, Tan[25] refere que segundo educadores, quando os educandos compreendem o domínio cognitivo de forma efetiva (adquirindo conhecimento científico) e são capazes de aplicar esses conhecimentos e habilidades para resolução de problemas (domínio psicomotor), os mesmos ficam mais motivados para aprender sobre valores e habilidades para a vida o que é característica do domínio afetivo, reforçando o impacto dos domínios no processo ensino-aprendizagem do estudante.

Através das falas dos participantes detecta-se certa dificuldade na compreensão dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo que o THC contempla.

> *(E5) Cognitivo sim, porque como é por estação ela vai perguntar, ela faz perguntas a você direcionadas e ai você está vendo que está sendo avaliado.*
>
> *(E7) psicomotor é a habilidade, é quando você tá manuseando as coisas, a ordem correta, na forma correta, a escolha correta [...].*
>
> *(E3) É muito difícil porque você não fica natural no THC. [...] o afetivo, não!*

Esses dados parecem estar de acordo com achados de outros estudos ao afirmarem que, apesar da indispensável relação entre esses domínios no processo ensino-aprendizagem, na maioria das vezes solicita-se mais os domínios cognitivo e psicomotor em relação ao afetivo. Esse último, por vezes nem é avaliado e isso acaba limitando o desenvolvimento de competências do estudante. [2,25-26]

Ao tentar-se perceber a avaliação dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo, evidenciou-se que os estudantes percebem quando estão sendo avaliados nos domínios cognitivo e psicomotor, mas não conseguem perceber essa avaliação no afetivo. Considerando a sua importância como parte integrante do THC, o domínio afetivo parece ser pouco compreendido ou apresenta equívocos de percepção na aplicação do Teste, como pode-se constatar nas falas, respectivamente:

> *(E5) [...] porque como é por estação ela vai perguntar, ela faz perguntas a você direcionada e ai você está vendo que está sendo avaliado.*
>
> *(E6) [...] mas eu acho que também esse lado afetivo do THC é também a competência. [...] a parte afetiva do THC é a forma que ele vai se colocar pro paciente, como ele vai chegar? A forma que ele fala...*

Diante das evidencias observadas nas falas dos estudantes, há a necessidade de uma intervenção referente a compreensão do domínio afetivo pois quando não é bem explorado em um contexto educacional interfere na evolução da aprendizagem e consequentemente no futuro profissional do estudante. Esses achados também são referenciados por outros estudos que, ao identificarem tal dificuldade, recomendam intervenções no planejamento avaliativo para inserir esse domínio, considerando-o como os demais domínios de aprendizagem. [25-26]

Categoria 03: Potencialidades e fragilidades do Teste de Habilidades Clínicas no processo ensino-aprendizagem

Nesta categoria foram abordadas as limitações e contribuições advindas do THC na percepção dos participantes do estudo. Para fins de uma maior compreensão, a categoria subdivide-se em três: Fragmentação do processo de avaliação – (Des) conhecimento sobre o THC; sentimentos relacionados ao THC e postura do tutor no THC e Evolução da aprendizagem.

Sub-Categoria 01: Fragmentação no processo de avaliação - (Des)conhecimento sobre o Teste de Habilidades Clínicas

O processo ensino-aprendizagem é formado através de um complexo inter-relacionado de oportunidades, vivências, habilidades, observações e aplicações que estão em uma dinâmica contínua. A simples consideração do produto (valorização dos resultados) tira a característica do processo, tornando-a alienante e descomprometida[27] e o THC é percebido pelos estudantes como uma avaliação isolada da prática que os mesmos desenvolvem durante a vivência na prática assistencial.

Algumas falas evidenciam a percepção de que o THC corrobora para um processo de avaliação fragmentada e pontual. Esse aspecto parece se relacionar com o conhecimento insuficiente ou desconhecimento sobre alguns elementos do THC, bem como os componentes que o estruturam, como podemos perceber nas falas:

> *(E4) [...] porque não se faz um profissional por uma prova, por um THC, se faz um profissional pelo dia-a-dia da gente.*
>
> *(E5). Porque a gente vê a teoria, mas não sabe o que daquela teoria vai cair, que a gente tem paralelo ao laboratório, mas qual é aquela estação, vai cair alguma coisa que a gente viu no laboratório? Porque sempre as estações não são idênticas.*

O processo ensino-aprendizagem na formação dos profissionais da saúde deve ter como foco principal o desenvolvimento tanto de capacidades gerais que compreendem as capacidades relacionadas à área da saúde como um todo, quanto daquelas que constituem especificamente cada profissão.[28] Assim, considerando apenas o momento do THC se negligencia a atuação e o processo de apredizagem em si, tornando-o frágil e sem sentido para os estudantes.

Em alguns momentos, os participantes não referem propriedade sobre o THC e seus componentes avaliativos, indicando uma fragilidade de conhecimento sobre o processo ao qual são submetidos.

> *(E7) Isso por si só, já mostra que nem a gente sabe como tá sendo avaliado, porque o certo mesmo era pra gente saber isso.*
>
> *(E2) A gente não vê aquele papel. [...] o check list.*
>
> *(E4) [...] o que foi avaliado, o quanto você ganhou, você não sabe.*

Conhecer o método avaliativo é fundamental para que o estudante reconheça o instrumento de avaliação como influenciador no processo de aprendizado. É necessário valorizar a devolutiva feita pelos estudantes sobre os métodos utilizados no processo ensino-aprendizagem, afim de aprimorar e modificar algo conforme necessidade vigente. As observações feitas pelos estudantes possibilitam ao professor encontrar o próprio caminho docente.[29]

Assim, torna-se fundamental o aprofundamento do conhecimento e acesso às informações acerca do método avaliativo utilizado, para que os estudantes possam se sentir integrantes e participantes em um processo de aprendizagem complexo. Resgatar didaticamente o processo de avaliação, explicando etapas e descrevendo procedimentos, tal como proposto pelos instrumentos de base que são utilizados (Mini-CEX e OSCE) parece ser importante para um maior envolvimento dos estudantes com o processo.

Sub-categoria 02: Sentimentos relacionados ao THC e postura do tutor no THC

Avaliar é uma atividade presente na vida do professor em diversos momentos e as suas modalidades diferentes favorece um melhor acompanhamento da evolução de seus estudantes. O professor deve garantir que o momento da avaliação seja favorável a ativação dos conhecimentos e capacidades que os aprendizes já tenham tido acesso.[24] Espera-se que o professor possa contribuir para a construção da sua práxis, sendo a avaliação da aprendizagem realizada de forma justa. Nessa perspectiva, apesar de haver tutores com postura positiva, evidenciaram-se posturas incoerentes de alguns tutores durante o THC:

> *(E3) Tem tutores que explicam, tem tutor que é mal preparado [...].*
>
> *(E4) [...] ruim também é quando você esta fazendo o THC e você é corrigido na frente do paciente, porque tem gente que corrige tipo: não é assim, não é assim.*
>
> *(E11) [...] ai ela diz na frente do paciente que você errou tudo, ai ela vai embora e a gente fica no setor com aquele paciente, que diz: eu não quero mais não, ela errou tudo na prova dela.*
>
> *(E6) [...] as vezes você não se dá bem com o tutor [...]*

Estudos que abordam avaliação de competências enfatizam a importância da participação do avaliador, onde o modo de agir dele interfere no resultado da avaliação, quando utilizado os instrumentos de avaliação baseados no trabalho.[5] Portanto é necessário que seja estabelecido uma boa relação entre tutor e estudante, para que o processo ensino-aprendizagem tenha resultado satisfatório.

Segundo estudo sobre avaliação formativa de professores, para um bom *feedback*, o professor tem que analisar todo o processo considerando aspectos positivos e negativos do estudante, necessitando dominar bem a técnica para este ir ao encontro dos objetivos definidos e evitar a não aceitação além de interferir no desenvolvimento educacional.[30] Assim, quanto mais aperfeiçoamento e mais experiência do avaliador, melhor o resultado da avaliação.[18] Mas o treinamento contínuo dos avaliadores e a determinação de linhas gerais de como avaliar podem melhorar o ensino-aprendizado e a confiabilidade do instrumento.[10]

A percepção do THC também evidencia alguns aspectos emocionais e sentimentos negativos despertados durante esse teste. As falas a seguir traduzem essa percepção:

> *(E6) Por um nervosismo, por uma questão de não querer que minha nota fosse diminuída, você acaba perdendo.*
>
> *(E6) [...] igual a frustração, igual a medo, igual a terror.*
>
> *(E2) [...] estresse, pressão.*
>
> *(E5) [...] a ansiedade, o maior ponto negativo é a ansiedade, porque você não sabe o que vai cair [...]*

Estudo sobre avaliação de estudantes refere que o processo avaliativo muitas vezes por questões culturais é percebido como algo punitivo que vem de forma intrínseca se perpetuando aterrorizando estudantes que só almejava nota/conceito para a aprovação,[2] porém, o meio pedagógico vem tentando resignificar essa avaliação que tem por finalidade fornecer indicadores sobre a eficácia do currículo e a adequação do discente ao mesmo.[26]

É valido refletir sobre uma possível interferência que a postura de alguns tutores pode potencializar sentimentos negativos e situações de constrangimento. Um estudo sobre avaliação de estudantes aponta a infuência cultural do professor/avaliador como protagonista do processo avaliativo que, em alguns casos, pode abusar do seu cargo e os instrumentos avaliativos passam a ter função punitiva.[2] Apesar de não ser referido pelos entrevistados a prática punitiva associada a avaliação, muitas posturas inadequadas podem reportar o estudante a sentimentos negativos e a vivência de situações constrangedoras.

Errar individualmente tem um peso. Errar coletivamente e ser corrigido na frente dos outros e dos pacientes tem um impacto emocional negativo muito forte. Em algumas situações as falas apontaram para o sentimento de terror e nervosismo que perpassa o processo avaliativo e isso parece interferir diretamente no desempenho com erros que não correspondem ao conhecimento do estudante ou falta de envolvimento e investimento durante o THC.

Estudos sobre avaliação evidenciam que um bom instrumento vai favorecer a aferição das competências, habilidades e atitudes clínicas como também contribuir para o aprimoramento das mesmas abordadas nesse evento.[11,16] Assim, embora o THC demonstre direcionamento para atingir boa parte dos seus objetivos no processo de

ensino-aprendizagem do estudante, ainda pode estar sendo sub-utilizado quando são considerados os aspectos afetivos e sentimentos negativos despertados nos estudantes.

Sub-categoria 03: Evolução da aprendizagem

Foi evidenciado, através das falas dos estudantes participantes da pesquisa, a percepção de que o THC corrobora para um processo de evolução da aprendizagem, cuja a representação das contribuições do teste no processo de ensino-aprendizagem se restringiram a dois conceitos amplos, como pode-se perceber nas falas:

> *(E2) [...] ele me proporciona um conhecimento de onde eu preciso melhorar mais [...] a evolução.*
>
> *(E3) O aprendizado, só!*

Estudos sobre avaliação evidenciam que um bom instrumento vai favorecer a aferição dos conhecimentos, habilidades e atitudes clínicas como também contribuir para o aprimoramento das mesmas abordadas nesse evento.[11,18] Assim, pode-se afirmar que o THC consegue atingir o seus objetivos de ensino-aprendizagem proporcionando evolução da aprendizagem no que se é avaliado.

Conclusão

Nesse estudo foi observado que os estudantes têm conhecimento sobre o conceito de avaliação, porém, sua relação mais direta relaciona-se a aspectos somativos. Mesmo estando inseridos em uma metodologia ativa, baseada em discussão de casos e problemas, voltada ao desenvolvimento e autonomia do estudante, o aspecto cultural da educação tradicional com foco nos aspectos quantitativos ainda predomina.

Especificamente em relação ao THC, há a percepção do aumento no nível de complexidade do instrumento ao longo do curso, porém, sua efetividade avaliativa parece sofrer interferência direta da falta de informações sobre a importância pedagógica da avaliação através dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo. Porém, embora haja certa incompreensão dos domínios acima citados, a avaliação através do THC, é um processo válido e reconhecido pelos estudantes.

O (des)conhecimento do instrumento evidenciado através de visão fragmentada do THC e a interferência do tutor/avaliador durante o teste é real e pode ter

consequências negativas, por vezes constrangedoras nos estudantes na evolução e demonstração dos conhecimentos, habilidades e atitudes.

De modo geral, o THC é ancorado em instrumentos validados pela literatura em relação a sua efetividade, como é o caso do OSCE e do Mini-CEX e propõe estratégias importantes para a compreensão da aprendizagem e nível de desenvolvimento dos estudantes. As dificuldades relatadas pelos estudantes foram relacionadas principalmente à falta de informações sobre o processo avaliativo e a forma de avaliar de alguns tutores.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não se pode generalizar essas informações para toda a população de estudantes, porém, os resultados apontam para a importância do aspecto informativo do processo de avaliação como instrumento pedagógico de consolidação de conhecimento e desenvolvimento profissional. Além disso, há a necessidade de alinhar posturas profissionais.

REFERENCIAS:

1.Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives. New York: David Mckay, 1: 262; 1956.
2.Panucio-Pinto MP, Troncon LEA. Avaliação do estudante – aspectos gerais. Medicina (ribeirão Preto) 47(3): 314-23, 2014.
3. 10.Bagchi SN, Sharma R. Hierarchy in Bloom's Taxonomy: An Empirical Case-Based Exploration Using MBA Students. Journal of Case Research. 5(2). 2014.
4. Valadares AF, Magro MC. Opinião dos estudantes sobre a simulação realistica e o estágio curricular em cenario hospitalar. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):138-43
5. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier , et al. Criteria for good assesment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach. 2011; 33: 206-14, 2011.
6. Sampaio AMB. Avaliação clínica estruturada. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 5 (2): 410-26; 2014. [acesso em 2014 jul 08]. Disponível em: http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=77&id=5994
7. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 65(9): S63-7, 1990.
8. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ. 13: 41-54, 1979.
9. Amaral FTV, Troncon, LEA. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (Osce). Revista Brasileira De Educação Médica 31 (1) : 81 – 89 ; 2007.
10. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med. 123: 795-9, 1995.
11.Olukayode M. Tokode, Reg Dennick. A qualitative study of foundation doctors'experiences with mini-CEX in the UK International Journal of Medical Education. 2013;4:83-92.

12. Menezes FA. A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. Cadernos ABEM, 5: Outubro; 2009.
13.Manual de Avaliação. Faculdade Pernambucana de Saúde. 2014. [acesso em 2014 jun 28]. Disponível em: https://www.fps.edu.br/downloads/categoria/fps
14 Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; 1-288. 2011.
15. Prado RA, Prado ML, Reibnitz KS. Desvelando o significado da avaliação no ensino por competência para enfermeiros educadores. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):112-21. [acesso em 2015 fev 28]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a13.htm
16. Linda L. Wunder, Derrick C. Glymph, Johanna Newman, Vicente Gonzalez, Juan E. Gonzalez, Jeffrey A. Groom, Objective Structured Clinical Examination as an Educational Initiative for Summative Simulation Competency Evaluation of First-Year Student Registered Nurse Anesthetists' Clinical Skills. AANA Journal „ December 2014, 82(6): 419-425.
17. Jawaid M, Masood Z, Jaleel F. Students' perception of Surgical Objective Structured Clinical Examination (OSCE) at Dow University of Health Sciences. J Postgrad Med Inst 2014; 28(1):19-23.
18. Pelgrim EA, Kramer AW, Mokkink HG, van den Elsen L, Grol RP, van der Vleuten CP. In-training assessment using direct observation of single-patient encounters: a literature review. Adv in Health Sci Educ. 2011; 16: 131-42.
19. Singh T, Sharma M. Mini-clinical examination (CEX) as a tool for formative assessment. Natl Med J India. 2010; 23: 100-2.
20. Muir D, Laxton JC. Experts by experience; the views of service user educators providing feedback on medical students' work based assessments. Nurse Educ Today. 2012; 32: 146-50.
21. Nair BR, Hensley MJ, Parvathy MS, Lloyd DM, Murphy B, Ingham K, Wein JM, Symonds IM. A systematic approach to workplace-based assessment for international medical graduates. Med J Aust. 2012; 196(6): 399-402.
22. Moonen-van Loon JM, Overeem K, Donkers HH, van der Vleuten CP, Driessen EW. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract [periódico online]. 2013 [acesso em: 06 mar. 2015]. 16p. Disponível em: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-013-9450-z
23. Bhowate R, Panchbhai A, Vagha S, Tankhiwale S. Introduction of objective structured clinical examination (OSCE) in dental education in India in the subject of oral medicine and radiology. J Educ Ethics Dent 2014;4:23-7.
24. Batista, HMA. A prática pedagógica dos professores do ensino médio do CEFET – PI: desvelando concepções de avaliação da aprendizagem. / Helenildes Maria de Albuquerque Batista. Teresina: 2007
25. Tan KS, Heng CY, Tan S. Teaching school science within the cognitive and affective domains. Asia-Pacific Forum on Science Learning and Teaching, Volume 14, Issue 1, Article 3, p.1 Jun., 2013.
26.Gezer M, Oner Sunkur M, Fevzi İ. Sahinan Evaluation Of The Exam Questions Of Social Studies Course According To Revized Bloom's Taxonomy. GESJ: Education Science and Psychology 2(28) 2014.
27. Silveira RCP, Robazzi MLC. Modelos e inovações em laboratórios de ensino em enfermagemr. Enferm. Cent. O. Min. 2011 out/dez; 1(4):592-602
28. Cezario J. Parceria ensino-serviço na formação: um estudo exploratório. Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ), 11(2): 492-5, Oct 2012. Disponível em:

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3955>. [Acessado em: 2015 Mar 15.]
29. Reinaldo MAS, Gonçalves AM, Costa ASM Portfólio: uma estratégia para a ação docente na licenciatura em enfermagem. Revista de Enfermagem e atenção à saúde. 1(1): 2012.
30. Luís Henriques, Maria Filomena Gaspar2 & José António Pereira da Silva3 Avaliação Formativa de Professores: Um Passo no Caminho da Melhoria do Desempenho Docente. revista portuguesa de pedagogia ANO 46-I, 2012, 57-72

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo mostra-se relevante para o meio acadêmico a medida que ele propõe perceber o instrumento avaliativo considerando a percepção do estudantes sobre todos os eventos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Durante o estudo do Teste de Habilidades Clínicas Específicas (THC) identificou-se incoerência em sua nomenclatura, logo no manual normativo de avaliação institucional é referido como Avaliação de Atitudes, Habilidades e Competências Clínicas Específicas (THC), mostrando-se redundante, pois atitudes e habilidades pertencem a concepção de competências. Sugere-se alterar para Avaliação de Competências Clínicas Específicas.

Percebeu-se que a influência cultural em torno da avaliação privilegiando os aspectos somativos é presente, porém espera-se que com constantes informações durante todo a graduação sobre o THC e seus objetivos de aprendizagem considerando seus cenários e sua complexidade o qual foi constato o (des)conhecimento de alguns aspectos possa diminuir essa tensão existente nas avaliações.

A postura profissional dos tutores durante a aplicação do THC pode interferir no desempenho dos estudantes podendo desencadear fragilidades no teste. Assim, sugere-se primeiro uma sensibilização do corpo docente sobre a concepção do processo avaliativo e seus objetivos de aprendizagem, bem como a dimensão de sua interferência no desenvolvimento educacional dos estudantes. Em seguida o núcleo de capacitação docente pode construir uma capacitação sobre o THC envolvendo todos os seus objetivos e condutas durante sua aplicação afim de padronizar as abordagens dos avaliadores melhorando algumas fragilidades encontradas.

Alguns sentimentos negativos foram identificados em decorrência do THC interferindo no processo ensino-aprendizagem podendo estar interligando-se a aspectos culturais, (des)conhecimento do instrumentos e postura profissional durante a aplicação da avaliação. Recomenda-se que o apoio psicopedagógico institucional faça uma intervenção psicológica após identificar os estudantes que se mostrarem mais limitados em decorrência de sentimentos relacionados ao teste afim de melhorar seu desempenho. Essa identificação pode ser feita através dos tutores durante a aplicação do THC, que precisaram receber capacitações sobre essa percepção.

Assim, esta possibilidade mostrou-se importante para subsidiar reflexões e indagações pertinentes e estimular uma possível melhora no contexto da formação e avaliação de competências clínicas destes estudantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguiar AC, Cordeiro HA. Integração vertical e horizontal do currículo medico no contexto das novas diretrizes curriculares: o curso de medicina da Universidade Estácio de Sá. Revista Brasileira de Educação Medica, 28 (2): 2004.

2. Albuquerque VS, Tanji S, Silva CMSLMD, Moço ETM, Felippe KC, Miranda JFA. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. Revista brasileira de educação médica, 31 (3): 296 – 303 ; 2007.

3. Crossetti MGO, Bittencourt GKGD, Schaurich D, Tanccini T, Antunes M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 30(4):732-41, 2009.

4. Conselho Nacional De Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. [acesso em 2015 fev 28]. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf

5. Gezer M, Oner Sunkur M, Fevzi İ. Sahinan Evaluation Of The Exam Questions Of Social Studies Course According To Revized Bloom's Taxonomy. GESJ: Education Science and Psychology 2(28) 2014.

6. Fernandes CR, e colaboradores. Ensino de Emergências na Graduação com Participação Ativa do Estudante. Revista Brasileira De Educação Médica. 38 (2) : 261-268; 2014.

7. Moraes MAA, Manzini EJ. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. 30 (3) : 125 – 135 ; 2006.

8. Sampaio AMB. Avaliação clínica estruturada. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 5 (2): 410-26; 2014. [acesso em 2014 jul 08]. Disponível em: file:///C:/Users/hp/Downloads/753-4305-1-PB.pdf

9. Pecka SL, Kotcherlakota S, Berger AM. Community of Inquiry Model: Advancing Distance Learning in Nurse Anesthesia Education. AANA Journal ,, June 82(3) 2014.

10. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2011.

11. Da Silva Junior CAP. Engenharia de transportes no ensino de graduação: competências, habilidades, processo de ensino-aprendizagem e avaliação. Tese (Doutorado). Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2014.

12. Prado RA, Prado ML, Reibnitz KS. Desvelando o significado da avaliação no ensino por competência para enfermeiros educadores. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jan/mar;14(1):112-21. [acesso em 2015 fev 28]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a13.htm

13. Harasym PH, Tsai TC, Munshi FM. Is problem-based learning an ideal format for developing ethical decision skills? Kaohsiung journal of medical sciences 29: 523-529, 2013.

14. Hallinger P, Lu J. Implementing problem-based learning in higher education in Asia: challenges, strategies and effect. Journal of Higher Education Policy and Management. 33 (3): 267–285, 2011.

15. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva. 13(Sup 2):2133-2144, 2008.

16. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. Taxonomy of educational objectives. New York: David Mckay, 1: 262; 1956.

17. Zegarra G, Canastra F. O metodo problem based learning (pbl) no cotexto da formação de futuros(as) enfermeiros(as). O relato de uma experiencia. Revista Saúde e desenvolvimento humano 2014 nov. 30; 2(2): p.105-114.

18. Panucio-Pinto MP, Troncon LEA. Avaliação do estudante – aspectos gerais. Medicina (ribeirão Preto) 47(3): 314-23, 2014.

19. Bagchi SN, Sharma R. Hierarchy in Bloom's Taxonomy: An Empirical Case-Based Exploration Using MBA Students. Journal of Case Research. 5(2). 2014.

20. Dong FM. Teaching Learning Strategies: Connections to Bloom's Taxonomy. Journal of Food Science Education v.13, 2014.

21. Gardiner A, Anderson J. Cognitive apprenticeship: a key component of contemporary endoscopy education. Gastrointestinal Nursing 11(7) September 2013.

22. Siaki LA, Mark DD, Denise L. Hopkins-ChadwickAchieving Army Nursing Evidence-Based Practice Competencies Through a Civilian-Military Nurse Partnership. The United States Army Medical Department Journal. 2014.

23. Tan KS, Heng CY, Tan S. Teaching school science within the cognitive and affective domains. Asia-Pacific Forum on Science Learning and Teaching, Volume 14, Issue 1, Article 3, p.1 Jun., 2013.

24. Costa SS, Pfeuti MLM, Nova SPCC. As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos docentes e sua relação com o envolvimento dos alunos. Revista Evidenciação Contábil & Finanças, João Pessoa, 2(1); 59-74, jan./abr. 2014.

25 Machado Filho R. A Importância Do Futsal Para O Desenvolvimento Cognitivo, Afetivo E Psicomotor. Revista Brasileira de Futsal e Futebol, Edição Especial: Pedagogia do Esporte, São Paulo, 6(22). 287-293. Jan/Dez. 2014.

26 Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom - revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. Revista Gestão e Produção, 17(2) 421-431, 2010.

27. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. Medicina (Ribeirão Preto) 40 (2): 180-91, 2007.

28. Grisi SJFE. A avaliação e o processo de formação do médico. Pediatria (São Paulo) 26(4):217-8, 2004.

29. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. Medicina, Ribeirão Preto, 29:429-439, out./dez.1996.

30. Andrade AF, Madeira CAG, Aires SF. OSCE Virtual: Simulação de Avaliação de Casos Clínicos. II Congresso Brasileiro de Informática na Educação (CBIE 2013), Workshops (WCBIE 2013).

31. Troncon LEA, Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo "OSCE." Olho Mágico, 8(1) jan./abr.2001. [acesso em 2014 jun 28]. Disponível em:
file:///C:/Users/hp/Documents/Documentos/Mestrado/artigos%20usados%20na%20dissertação/Untitled%20Document.htm

32. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier , et al. Criteria for good assesment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Med Teach. 2011; 33: 206-14, 2011.

33. Al-Kadri HM, Al-Moamary MS, Roberts C, van der Vleuten CP. Exploring assessment factors contributing to students' study strategies: literature review. Med Teach. 34 Suppl1: S42-50, 2012.

34.Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 65(9): S63-7, 1990.

35. Costa JRB, Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: Percepções Discentes. Revista Brasileira De Educação Médica 36 (3) : 387 – 400 ; 2012.

36. Luna rA, Spight D. Simulação em educação medica: uma mudança necessaria. Revista HUPE, rio de Janeiro, 2014; 13(4):57-61

37 Figueiredo AE. Laboratório de enfermagem: estratégias criativas de simulações como procedimento pedagógico. Rev Enferm UFSM 2014 Out/Dez;4(4):844-849.

38. Valadares AF, Magro MC. Opinião dos estudantes sobre a simulação realistica e o estágio curricular em cenario hospitalar. Acta Paul Enferm. 2014;27(2):138-43

39. Sandra Odebrecht Vargas Nunes et al. O Ensino de Habilidades e Atitudes: um Relato de Experiências. Revista Brasileira De Educação Médica 37 (1) : 126-131; 2013.

40.Manual de Avaliação. Faculdade Pernambucana de Saúde. 2014. [acesso em 2014 jun 28]. Disponível em: https://www.fps.edu.br/downloads/categoria/fps

41. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). Med Educ. 13: 41-54, 1979.

42. Amaral FTV, Troncon, LEA. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (Osce). Revista Brasileira De Educação Médica 31 (1) : 81 – 89 ; 2007.

43. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The Mini-CEX (Clinical Evaluation Exercise): a preliminary investigation. Ann Intern Med. 123: 795-9, 1995.

44. Norcini JJ, Blank LL, Duffy D, Fortna GS. The Mini-CEX: a method for assessing clinical skills. Ann Intern Med. 138: 476-81, 2003.

45. Olukayode M. Tokode, Reg Dennick. A qualitative study of foundation doctors'experiences with mini-CEX in the UK International Journal of Medical Education. 2013;4:83-92.

46. Menezes FA. A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. Cadernos ABEM, 5: Outubro; 2009.

47. Vieira JE, Tamousauskas, MRG, Avaliação das Resistências de Docentes a Propostas de Renovações em Currículos de Graduação em Medicina. Revista Brasileira De Educação Médica 37 (1) : 32 – 38 ; 2013.

48. Corrêa LC, Beccaria LM, Amorim RC, Pacheco SS, Vacondio S, Fechio PB. Coleta de dados de enfermagem em unidade coronária: validação de instrumento. Arq Ciênc Saúde. 2008; 15(2): 65-9.

49. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; 1-288. 2011.

VII APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Impacto da Avaliação de Habilidades e Competências Clínicas Específicas (THC) em cenários simulados e de prática real no processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem.

Instituição participante: Faculdade Pernambucana de Saúde.

Prezado(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa por ser acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem e ter participado do processo avaliativo Avaliação de Habilidades e Competências Clínicas Específicas (THC).

O objetivo geral desta pesquisa é Compreender qual o impacto da Avaliação de Atitudes, Habilidades e Competências Clínicas Específicas (THC) em Cenários Simulados e de Prática Real para a consolidação da relação ensino-aprendizagem em estudantes de enfermagem. Sua participação é voluntária, podendo se recusar a responder quaisquer pergunta como também desistir da pesquisa em qualquer momento.

O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: Por meio de um Grupo focal, que é uma técnica que oferece ao entrevistado a oportunidade de refletir sobre suas concepções, permitindo mudanças de opinião, e obtenção de consenso entre as respostas, que talvez não pudesse ser obtida sem a interação encontrada neste grupo.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Existe um desconforto referente à um possível constrangimento, sendo que se justifica devido a divergência de conceitos no processo de exposição a temática.

Caso seja identificado algum sinal de constrangimento o participante será encaminhado para um profissional instruído em um local reservado para dar suporte e o participante sinta-se confortável.

Oferece como benefício o subsidio para indagações pertinentes para estimular um possível aperfeiçoamento ou mudança no contexto avaliativo na formação e percepção dos futuros profissionais de Enfermagem.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Milécyo de Lima Silva, Mônica Cristina Batista de Melo e Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Milécyo de Lima Silva através do telefone (81) 9767-5670 ou endereço Av. Floriano Peixoto, n. 1059, ap.23, centro, Campina Grande, Paraíba; Mônica Cristina Batista de Melo através do telefone (81) 9998-1301 e Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (81) 9245-1890

ambos no endereço Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira.

Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 9, sala 9.1.10 B, 1º andar e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital

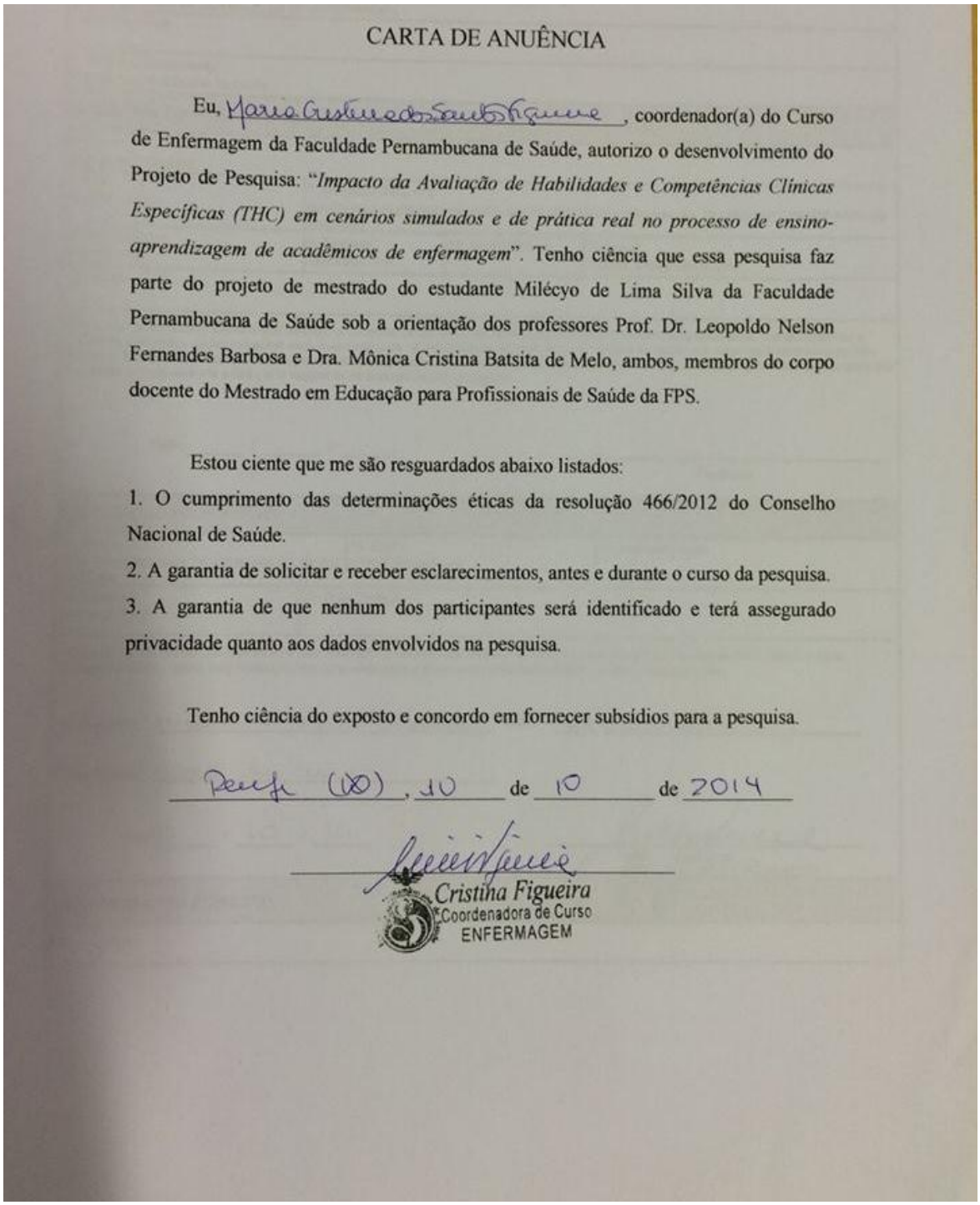
APÊNDICE 2

Entrevista Semi-Estruturada

Antes de iniciar as perguntas, os facilitadores do grupo irão se apresentar, explicar os objetivos da pesquisa e depois iniciar as perguntas. Todos os participantes, antes do momento do grupo, já estarão cientes do objetivo da pesquisa e com o TCLE assinados.

1. Gostaria que vocês se apresentassem também: idade, sexo, egresso da escola pública ou privada, formação anterior, motivo da escolha do curso.
2. O que vocês entendem por avaliação?
3. Como vocês descreve o processo avaliativo do Teste de Habilidades Clinicas?
4. Para vocês, qual a importância do Teste de Habilidades Clinicas?
5. Para vocês, como o THC avalia os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor?
6. Como vocês identificam se os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor são avaliados em um THC?
7. Como você descreve as limitações e contribuições do THC no processo de ensino-aprendizagem?
8. Vocês gostariam de complementar alguma informação já abordada ou acrescentar algo que não foi perguntado?

APÊNDICE 3



CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Maria Cristina dos Santos Figueira, coordenador(a) do Curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde, autorizo o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa: "*Impacto da Avaliação de Habilidades e Competências Clínicas Específicas (THC) em cenários simulados e de prática real no processo de ensino-aprendizagem de acadêmicos de enfermagem*". Tenho ciência que essa pesquisa faz parte do projeto de mestrado do estudante Milécyo de Lima Silva da Faculdade Pernambucana de Saúde sob a orientação dos professores Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e Dra. Mônica Cristina Batsita de Melo, ambos, membros do corpo docente do Mestrado em Educação para Profissionais de Saúde da FPS.

Estou ciente que me são resguardados abaixo listados:

1. O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
2. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa.
3. A garantia de que nenhum dos participantes será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife (PE), 10 de 10 de 2014

Cristina Figueira
Coordenadora de Curso
ENFERMAGEM

VIII ANEXO

ANEXO 1

FPS
Pernambucana de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 121-15- IMPACTO DA AVALIAÇÃO DE HABILIDADES E COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS (THC) EM CENÁRIOS SIMULADOS E DE PRÁTICA REAL NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM, apresentada pelo (a) pesquisador (a) Milécyo de Lima Silva foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), em reunião ordinária em 27 Janeiro de 2015.

Recife, 27 de Janeiro de 2015.

Drª. Ariani Impieri de Souza

Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Ariani Impieri de Souza
Coordenadora do CEP/FPS

Rua Jean-Emile Favre, 422, Imbiribeira, Recife, PE | CEP: 51200-060 | Tel.: (81) 3035-7777 | Fax: (81) 3035-7727 | www.fps.edu.br

ANEXO 2

Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de enfermagem

A **REBEn** tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis fascículos regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **REBEn**, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da revista, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

A **REBEn** adota a exigência da Organização Mundial da Saúde e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados por estas duas organizações. O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

- **Declaração sobre Ética e Integridade em Pesquisa**

Para a publicação, a **REBEn** considera uma condição *sine qua non* que os manuscritos a ela submetidos tenham cumprido as diretrizes ético-legais que envolvem a elaboração de trabalhos acadêmicos e / ou técnico-científicos e a pesquisa com seres humanos ou com animais.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 466/2012, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no manuscrito os procedimentos

adotados para obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

Nos trabalhos de pesquisa experimental envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, que regulamenta o inciso VII do § 1º do Art. 225 da Constituição Federal, estabelecendo procedimentos para o uso científico de animais; e as normas estabelecidas no *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C.,* Estados Unidos), de 1996, e nos Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA, disponível em: <www.cobea.org.br>), de 1991. O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

A **REBEn** apoia as Recomendações para a Condução, Relatório, Edição e Publicação de Trabalhos Acadêmicos em Revistas Médicas (*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors*). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>. Do mesmo modo, apoia os padrões internacionais para publicação de pesquisa responsável, desenvolvidos pelo COPE (Committee on Publication Ethics) e destinados a editores e autores (disponíveis em: <http://publicationethics.org/international-standards-editors-and-authors>).

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Categorias de Manuscritos

Editorial – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas** (**2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa – Estudo original e inédito, que contribui para agregar informação nova ou para corroborar o conhecimento disponível sobre objeto de investigação relacionado ao escopo da Enfermagem e Saúde. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Revisão – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista** (**máximo de 3 páginas**) com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado** (**máximo de 15 páginas**, incluindo resumos e referências); **Carta ao Editor** (**1 página**); e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International*

Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo*Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à **REBEn** deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado$^{(5)}$,]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado$^{(1-5)}$;]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado$^{(1,3,5)}$.].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo

título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à **REBEn** deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto:

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) **Página de identificação**

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) **Resumo e Descritores**

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda).** Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os

aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS*(<http://decs.bvs.br>).

c) **Corpo do texto**

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) **Agradecimentos (opcional)**

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) **Referências**

O número de referências deve ser limitado a **trinta (30)** nos artigos de **Pesquisa** e a **dez (10**) nos artigos de**Reflexão** e **Relato de Experiência**. Para os artigos de **Revisão** não se estabelecem limites no número de referências, ressaltando-se, porém, a necessidade de se atentar para o número máximo de páginas desta categoria de manuscrito, que deve ser rigorosamente observado. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo*Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine* – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <http://www.scielo.br/reben/>, acessando-se o link *Submissão Online*.

Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá inserir no sistema, como Documento Suplementar (ver aba "RESUMO", Docs. Sup., INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR), uma DECLARAÇÃO, assinada por ele e, quando for o caso, por todos os demais autores, **na ordem exata de autoria**, afirmando haver participado em sua elaboração e, assim, podendo assumir a responsabilidade por sua autoria; que o manuscrito se destina exclusivamente à Revista Brasileira de Enfermagem e que nenhum outro manuscrito com conteúdo semelhante foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico; finalmente, que, se aceito para publicação, concorda(m) com a transferência de direitos autorais para a Revista Brasileira de Enfermagem, podendo o manuscrito ser reproduzido, distribuído, transmitido ou reutilizado, desde que seja para uso não comercial e com a citação obrigatória da fonte. (Modelo de Declaração)

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cônscios de relações

financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo o responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O responsável pela submissão receberá uma mensagem informando a URL do manuscrito e um login, para que possa acompanhar, na interface de administração do sistema, o progresso do documento nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado*ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).