

Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina

Dr. Luiz E. A. Troncon
Clínica Médica
CRM-SP 20.735

Organizadores

Iolanda de Fátima Lopes Calvo Tibério

Renata Mahfuz Daud-Gallotti

Luiz Ernesto de Almeida Troncon

Milton de Arruda Martins

 **Atheneu**

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tel.: (11) 2858-8750
Fax: (11) 2858-8766
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21)3094-1295
Fax: (21)3094-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Belo Horizonte — Rua Domingos Vieira, 319 — conj. 1.104

CAPA: produzida pela Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: Equipe Atheneu
PROJETO GRÁFICO/DIAGRAMAÇÃO: Triall Composição Editorial Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina / editor Iolanda de Fátima Calvo Tibério... [et al.].
-- São Paulo : Editora Atheneu, 2012.

Outros editores: Renata Mahfuz Daud-Gallotti, Luiz Ernesto de Almeida Troncon, Milton de Arruda Martins

Bibliografia.
ISBN 978-85-388-0321-8

1. Clínica médica 2. Habilidades clínicas 3. Medicina - Estudantes I. Tibério, Iolanda de Fátima Calvo. II. Daud-Gallotti, Renata Mahfuz. III. Troncon, Luiz Ernesto de Almeida. IV. Martins, Milton de Arruda.

12-11399

CDD-610
NLM-WB 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Habilidades clínicas em medicina 610

TIBÉRIO, I. F. L. C.; DAUD-GALLOTTI, R. M.; TRONCON, L. E. A.; MARTINS, M. A.
Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina

© EDITORA ATHENEU
São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, 2012

Iolanda de F
Professora Liv
Comissão de
Coordenadora

Renata Mahf
Médica Coord
de Medicina d
Universidade

Luiz Ernesto
Professor Titu
Preto da Univ

Milton de Ar
Professor Titu
Universidade
Hospital das C

Médica Gera
da Faculdade

Acio Maria I

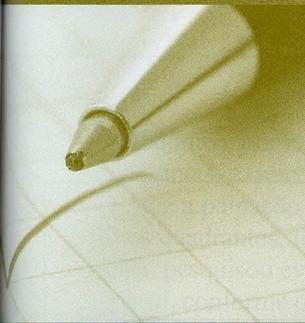
Docente de
Assessoria P
Mendoza, Ar

Angélica M
Professora A
Universidade

Antonio Pitt
Docente de I

Angélica Sa

Professor A
Universidade
Faculdade de



capítulo 3

Edna Regina Silva Pereira

Elaboração de Protocolos de Observação (*checklists*) para a Avaliação de Habilidades Clínicas

INTRODUÇÃO

A avaliação de habilidades clínicas desempenha importante papel no processo de ensino-aprendizagem, em especial na avaliação de competências, tais como a realização de anamnese e do exame clínico, habilidades de comunicação, tomada de decisão e profissionalismo, as quais, em geral, não são avaliadas pelos métodos tradicionais (testes, provas escrita e oral). O *OSCE* (*Objective Structured Clinical Examination*) constitui um dos mais válidos e confiáveis métodos de avaliação de habilidades clínicas¹. O avaliando percorre um circuito de estações, durante o qual várias competências são avaliadas. O registro do comportamento observado na estação de avaliação requer um instrumento específico, denominado protocolo de observação ou *checklist*, desenvolvido para verificação do desempenho na tarefa solicitada naquela estação. As informações recolhidas a partir do *checklist* podem ser utilizadas para fornecer *feedback* nas avaliações formativas, para atribuir uma nota nas avaliações somativas, e para fins pedagógicos, na análise dos dados para fins de avaliação de programas e disciplinas.

COMPONENTES PRINCIPAIS DOS PROTOCOLOS

Os protocolos ou *checklists* permitem o registro da verificação do comportamento que expressa o desempenho desejado por meio de diferentes subitens ou passos que compõem a competência avaliada. Na elaboração dos *checklists* ou folhas de verificação é recomendável que se siga uma série de passos, descritos a seguir.

A – Elaboração de itens

Antes de iniciar a composição dos itens propriamente ditos, incluir na folha de verificação o cabeçalho, com dados de identificação da instituição, da estação, do candidato, do avaliador, além da data da avaliação (Tabela 3.1).

Vários modelos de *checklists* podem ser utilizados:

a) *Checklist* – específico para aquela tarefa, com itens bem detalhados, tais como: cumprimentar o paciente, apresentar-se, convidar o paciente para sentar, perguntar generalidades para deixar o paciente à vontade, manter contato visual. Quando da realização de exame clíni-

Dr. Luiz F. de Vasconcelos
Clínica Médica
PAA-CE 203 234

Tabela 3.1 Identificação do *checklist*.

FACULDADE DE MEDICINA CHECKLIST ESTAÇÃO A Relação Médico-paciente	
Nome do Candidato: _____	
Nome do Avaliador: _____	
Data: ____ / ____ / ____	

Tabela 3.2 Exemplo de *checklist* detalhado, específico para habilidades de comunicação e exame clínico focado no abdômen.

CHECKLIST		
Interação e comunicação	Sim	Não
Cumprimentou o paciente		
Apresentou-se ao paciente antes de iniciar a entrevista		
Convidou o paciente a sentar		
Inicia a entrevista com questão aberta		
Trata o paciente pelo nome		
Manteve contato visual		
Utilizou linguagem clara e acessível		
Estabeleceu uma relação cordial		
Deixou margem a outros questionamentos		
Usa adequadamente linguagem não verbal		
Agradece e se despede ao terminar		
Exame clínico abdominal		
Lavou as mãos		
Explicou o procedimento ao paciente		
Pediu permissão para examinar		
Posicionou-se à direita do paciente		
Fez a inspeção do abdômen		
Palpação superficial dos quadrantes		
Palpação profunda (fígado e baço)		
Pesquisa do sinal de Murphy		
Percussão de fígado e bexiga		
Ausculta		
Pesquisa de orifícios de hérnia		

co do abdômen, p
as mãos antes, e
ciente, fez a palp
todos os quadran
ausculta, pesquis
peritoneal, confo
la 3.2). O exemp
apresentado na T
cia quando da rea
manobras do exa
o professor a foc
específicas, aume
de falhas e ofer
concretos, bem c
edback aos estud

b) *Checklists*
tes, tais como: a
temente, fazer u
exemplo, "Você
detalhes a dor no

c) *Checklist* –
conceito global
Quando se utiliz

Tabela 3.3 Exem

Nome do Avaliador: _____

Data: ____ / ____ / ____

- | | |
|-----|-----------|
| 1. | Indaga se |
| 2. | Indaga se |
| 3. | Pergunta |
| 4. | Questiona |
| 5. | Indaga se |
| 6. | Indaga se |
| 7. | Questiona |
| 8. | Questiona |
| 9. | Questiona |
| 10. | Questiona |

Tabela 3.4 Exemplo de *checklist* utilizando avaliação mais global, com descritores para cada item.

ESTAÇÃO ____
(TOMADA DE HISTÓRIA CLÍNICA – DOR TORÁCICA)
CHECKLIST

Nome do Candidato: _____

Nome do Avaliador: _____

Data: ____ / ____ / ____

Avalie desempenho dos examinados em seus vários aspectos, atribuindo a cada um os graus:
B – BOM (peso: 2,0), S – SATISFATÓRIO (peso: 1,0) ou I – INSATISFATÓRIO (peso (0,0):

Aspecto	B (2,0)	S (1,0)	I (0,0)
INTERAÇÃO COM PACIENTE (apresentação/acolhimento, respeito no trato, empatia)			
COMUNICAÇÃO (técnica de questionamento, vocabulário, recursos não verbais)			
DINÂMICA DA ENTREVISTA (organização, fluência, uso do tempo)			
CARACTERIZAÇÃO DO SINTOMA PRINCIPAL (natureza, localização, duração, manifestações associadas)			
CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO (evolução, fatores de risco, antecedentes pessoais e familiares)			
SCORE TOTAL (somatória)			

Observações: _____

respondendo, obviamente, ao comportamento que foi ou que não foi exibido por quem está sendo avaliado. Há, também, opções que indicam se a atividade foi exercida completamente (“completa”, “parcial” ou “ausente”) ou corretamente (“total”, “parcial” ou “incorreta”). O instrumento de avaliação ainda pode conter escala do tipo *Likert* (por exemplo: “concordo totalmente”, “concordo”, “nem concordo nem discordo”, “discordo”, “discordo totalmente”) ou escala numérica, variando de 4 a 9 pontos, utilizando descritores claros do desempenho.

A escala aplicada pela *American Board of Internal Medicine (ABIM)* na avaliação de desempenho de residentes e *fellows*, abran-

gendo as seis competências gerais para médicos da *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, contém os seguintes itens: a) cuidado com o paciente; b) conhecimento médico; c) profissionalismo; d) habilidades interpessoais e de comunicação; e) aprendizagem e melhoria com base na prática; e f) prática baseada em sistemas. Este tipo de protocolo da *ABIM*, apresentado na Tabela 3.6, utiliza uma escala de 9 pontos, na qual, a faixa de 1 a 3 denota desempenho insatisfatório, a faixa de 4 a 6 satisfatório e a faixa de 7 a 9 indica desempenho superior⁴. Neste exemplo, os descritores estão detalhados explicitamente nos extremos superiores e inferiores (Tabela 3.6).

Tabela 3.5 Exem

Nome do Candi

Nome do Avalic

Data: ____ / ____ / ____

1. Cumprime

2. Realizou
(retirou a
te, retifica3. Fez diagn
(interpreto4. Orientou
(introduçã
materno)

5. Orientou

6. Orientou

7. Orientou

8. Contrainc
(danonin)

Avaliação glob

() Muito ruim

O número ic
uma escala num
tido, mas a mai
da que contenha
Escala de nov
compara grand
nos exames de
dentes⁵. Muitos
dica ou de inte
quatro gradaçõe
“satisfatório” e
gradações (“in
“aceitável”, “a

Tabela 3.5 Exemplo de checklist com itens mais detalhados e avaliação global ao final.

ESTAÇÃO _____
EXAME CLÍNICO E ORIENTAÇÃO À MÃE DO LACTANTE
CHECKLIST

Nome do Candidato: _____
Nome do Avaliador: _____
Data: ____ / ____ / ____

Critérios	S (1,0)	Parcial (0,5)	N (0,0)
1. Cumprimentou a mãe e se apresentou adequadamente?			
2. Realizou medidas antropométricas de maneira adequada? (retirou a roupa do bebê, posicionou a régua adequadamente, retificou as pernas do bebê)			
3. Fez diagnóstico correto do estado nutricional? (interpretou curvas de percentis e considerou a curva normal)			
4. Orientou alimentação? (introdução de sucos, frutas, sopa no almoço, manter leite materno)			
5. Orientou banho de sol e vitamina D oral?			
6. Orientou profilaxia com sulfato ferroso?			
7. Orientou sobre higiene bucal			
8. Contraindicou alimentos industrializados (dannoninho, macarrão instantâneo)			

Avaliação global do observador sobre a atuação do aluno:
() Muito ruim () Ruim () Regular () Muito boa

O número ideal ou ótimo de gradações de uma escala numérica é um aspecto muito debatido, mas a maioria dos especialistas recomenda que contenha entre quatro e nove gradações. Escalas de nove pontos são úteis quando se compara grande número de candidatos, como nos exames de certificação ou seleção de residentes⁵. Muitos programas de residência médica ou de internato têm utilizado escalas de quatro gradações (“insatisfatório”, “marginal”, “satisfatório” e “superior”) ou, ainda, de cinco gradações (“inaceitável”, “precisa melhorar”, “aceitável”, “acima da média” e “superior”),

acreditando-se que, durante uma avaliação individual, é difícil a distinção de mais de quatro ou cinco níveis de desempenho⁶ (Tabela 3.7).

ESTRATÉGIAS PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Os itens devem ser formulados e revisados para garantir que sejam: a) apropriados para o nível de formação dos avaliados; b) baseados na tarefa a ser desenvolvida; e (c) observáveis (pelo avaliador docente ou, eventualmente, pelo paciente real ou simulado).

Dr. Luiz E. S. Passos
Clínica Médica
P. 333-CP 30 735

Tabela 3.6 Escala de nove pontos aplicada pela *American Board of Internal Medicine (ABIM)* na avaliação de desempenho de residentes e *fellows*, abrangendo as seis competências gerais para médicos da *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*. Os descritores estão detalhados explicitamente nos extremos superiores e inferiores. Adaptado de Haber RJ, Avins AL. (*J Gen Intern Med.* 1994;5: 214-7).

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA

Nome do Residente: _____

Nome do Observador: _____

Nome do Rodízio: _____

Período do Rodízio: _____

Data de Avaliação: ___/___/___

Ao avaliar o desempenho do residente, use como seu padrão o nível de conhecimento, habilidades e atitudes esperadas do residente claramente satisfatório neste estágio de treinamento. **Para qualquer componente que precise de atenção ou for avaliado com 4 ou menos, por favor forneça comentários específicos e recomendações no verso do formulário.** Seja tão específico quanto possível, incluindo relatórios de incidentes críticos e/ou excelente desempenho. Adjetivos globais ou observações, tais como "bom residente", não fornecem *feedback* significativo para o residente.

1. Cuidado com o paciente	Insatisfatório	Satisfatório	Superior	
Entrevistas médicas incompletas, exames físicos, e revisão de outros dados inexatos. Desempenho incompetente de procedimentos essenciais; falha para analisar dados clínicos e considerar preferências de pacientes quando deveria tomar decisões médicas.	1	2	3	4 5 6 7 8 9
	<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção			
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar				
2. Conhecimento médico	Insatisfatório	Satisfatório	Superior	
Limitado conhecimento de ciências básicas e clínicas; mínimo interesse em aprender; não entende relações complexas e mecanismos de doenças.	1	2	3	4 5 6 7 8 9
	<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção			
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar				

3. Aperfeiçoamento de aprendizado baseado na

Falha em executar avaliação; falta de iniciativa; ou ignora *feedback* falha em usar tecnologia da informação para aumentar cuidado do paciente ou de autoaperfeiçoamento

Contato insuficiente

4. Habilidades interpessoais de comunicação

Não estabelece relacionamentos terapêuticos minimamente efetivos com pacientes e famílias; não demonstra habilidades para construir relacionamentos através de habilidades de ouvir, não demonstra habilidades para não fornecer educação ou aconselhamento para pacientes, famílias e colegas.

Contato insuficiente

5. Profissionalismo

Falta de respeito, falta de compaixão, falta de honestidade; ignora necessidade de supervisão; falha ao reconhecer erros; não reconhece necessidades de pacientes, famílias, colegas; não demonstra comprometimento responsável

Contato insuficiente

Tab. 3.7. Escala de cinco graduações ("insatisfatório", "requer melhoria", "satisfatório", "superior") para a Avaliação... Continuação

3. Aperfeiçoamento de aprendizagem baseado na prática	Insatisfatório	Satisfatório	Superior							
Falha em executar auto-avaliação; falta percepção, iniciativa; resiste ou ignora <i>feedback</i> ; falha em usar tecnologia da informação para aumentar cuidado com o paciente ou aspirar autoaperfeiçoamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Constantemente avalia seu próprio desempenho, incorpora <i>feedback</i> em atividades de aperfeiçoamento; efetivamente usa tecnologia para conseguir informação para o cuidado de pacientes e autoaperfeiçoamento
<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção										
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar										
4. Habilidades interpessoais e de comunicação	Insatisfatório	Satisfatório	Superior							
Não estabelece nem ao menos relacionamentos terapêuticos minimamente efetivos com pacientes e famílias; não demonstra habilidade de construir relacionamentos através de habilidades de ouvir, narrar ou habilidades não verbais; não fornece educação ou aconselhamento a pacientes, famílias ou colegas.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Estabelece um relacionamento terapêutico altamente efetivo com pacientes e famílias; demonstra excelente construção de relacionamentos através de habilidades de ouvir, narrar e habilidades não verbais; excelente educação e aconselhamento de pacientes, famílias e colegas; sempre engajado "interpessoalmente".
<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção										
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar										
5. Profissionalismo	Insatisfatório	Satisfatório	Superior							
Falta de respeito, compaixão, integridade, honestidade; indiferente necessidade de autoavaliação; falha ao reconhecer erros; não considera necessidades de pacientes, famílias, colegas; não demonstra comportamento responsável.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sempre demonstra respeito, compaixão, integridade, honestidade; ensina/demonstra comportamento responsável; total comprometimento com autoavaliação; voluntariamente reconhece erros; sempre considera necessidades de pacientes, famílias, colegas.
<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção										
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar										

Continua

Continua

Dr. Luiz E. A. Frohman
Clínica Médica
Rua: São João, 711

Continuação

6. Aprendizado baseado em sistemas	Insatisfatório	Satisfatório	Superior	
Incapaz de acessar/mobilizar fontes externas; ativamente resiste esforços para aperfeiçoar sistemas de cuidado; não usa abordagens sistemáticas para reduzir erros e melhorar o cuidado com pacientes.	1	2 3 4 5 6	7 8 9	Efetivamente acessa/utiliza fontes externas; efetivamente usa abordagens sistemáticas para reduzir erros e melhorar o cuidado com pacientes; entusiasticamente assiste no desenvolvimento de sistemas de aperfeiçoamento.
<input type="checkbox"/> Desempenho precisa de atenção				
<input type="checkbox"/> Contato insuficiente para julgar				

Competência Clínica Geral do Residente Interno de Medicina em Rodízio

Comentário do observador: _____

Assinaturas: _____

Residente: _____

Observador: _____

Tabela 3.7 Escala de "dia" e "superior") por do de Pangaro L, H

Nome do Aluno: _____
 Data de Avaliação: _____
 Local: _____
 Para cada área de **cumulativas** como clínico, supõe que que constatações s

História Inicial/H
Superior
Talentoso, eficiente, valoriza sutilezas, prepara para o tratamento
Habilidade em
Superior
Obtém constatações sutis

Histórias Escrit
Superior
Conciso, reflete através de entendimento do processo da doença & situação do paciente

Notas de Progr
Superior
Análítico em avaliação e planejamento

Apresentações
Superior
Feito para situação (tipo de rodada); ênfase e seleção de fatos ensina outros pontos-chave

Tabela 3.7 Escala de cinco graduações ("inaceitável", "requer melhora", "aceitável", "acima da média" e "superior") para avaliação global do estudante após cumprir um rodízio no internato. Adaptado de Pangaro L, Holmboe ES. In Holmboe ES, Hawkins ER (ed). Elsevier. Philadelphia, 2008.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RODÍZIOS EM MEDICINA

Nome do Aluno: _____

Data de Avaliação: ___/___/___

Local: _____

Para cada área de avaliação, favor checar o nível de habilidade apropriado. Qualidades devem ser **cumulativas** como aumento de nota. Por exemplo, uma nota excelente para habilidades em exame clínico, supõe que maiores constatações sejam identificadas de uma maneira organizada, focada. E que constatações sutis sejam obtidas. Indica que o nível em que o aluno se encontra é **consistente**.

COLETA DE DADOS

História Inicial/Habilidade de Entrevista					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Talentoso, eficiente, valoriza sutilezas, prepara para o tratamento	Preciso, detalhado, ambiente apropriado (reparação ou clínica), focado/seletivo	Obtém história básica. Identifica novos problemas. Coleta precisa de dados	Relatório inconsistente. Incompleto ou disperso. Coleta de dados inconsistente	Relatório não confiável. Inexato, grandes omissões, inapropriado	
Habilidade em Exame Clínico					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Obtém constatações sutis	Organizado, focado, relevante	Grandes constatações identificadas	Incompleto, ou insensível ao conforto do paciente	Exame clínico não confiável, incapaz de coletar constatações; grandes lacunas	

REGISTRO DE DADOS

Histórias Escritas & Medicina					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Conciso, reflete através de entendimento do processo da doença & situação do paciente	Informação chave para documentos, focado, compreensível, relatório implica em interpretação	Preciso, completo, relatório oportuno. Cumpre o papel de repórter	incompletas de problemas. Lacunas em relatórios	Dados não precisos ou grandes omissões. Relatório, registro não confiável	
Notas de Progresso/Notas Clínicas					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Analítico em avaliação e planejamento	Preciso, conciso, organizado	Identifica problemas atuais & planeja documentos	Precisa de organização, omite dados relevantes	Não primordial ou dados inexatos	
Apresentações Oraís					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Feito para situação (tipo de rodada); ênfase e seleção de fatos ensina outros pontos-chave	Relatório fluente; focado; bom contato visual; seleção de fatos implica em interpretação	Mantém formato, inclui toda informação básica; uso mínimo de anotações	Omissões maiores, geralmente incluem fatos irrelevantes, divagantes	Consistentemente mal preparado, não sabe fatos sobre o paciente, reporta informação inexata	

Continua

Continuação

CONHECIMENTO				
Em geral Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>				
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Entende intervenções terapêuticas, totalmente embasadas	Através do entendimento da abordagem de diagnóstico, pode levar à interpretação	Demonstra entendimento de fisiopatologias básicas	Entendimento marginal de termos básicos. Esforça-se para interpretar os dados para outros	Deficiência maior em conhecimento básico
Relatório para os Próprios Pacientes Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>				
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
(chegar se é aplicável) Amplo domínio do livro-texto. Pesquisa por literatura direcionada. Educador de outros	Diagnósticos diferenciais expandidos, pode discutir problemas menores; suficiente para sugerir tratamento	Sabe diagnóstico diferenciais básicos de problemas ativos em próprios pacientes; dá esperança de conhecimento crescente	Entendimento inconsistente, insuficiente para interpretar consistentemente seus próprios pacientes	Falta conhecimento para entender os problemas de seus próprios pacientes; raramente suficiente para interpretar
INTERPRETAÇÃO DE DADOS				
Análise Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>				
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Entende assuntos complexos, inter-relaciona problemas de pacientes	Consistentemente oferece interpretação razoável de dados	Constrói lista de problemas, aplica diagnósticos diferenciais básicos, razoáveis	Frequentemente reporta dados sem análise; listas de problemas precisam de aperfeiçoamento	Não pode interpretar dados básicos; listas de problemas inexatas/ não atualizadas
Julgamento/Administração Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>				
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Criteriosa abordagem de planos de administração	Decisões de diagnóstico são consistentemente razoáveis	Apropriado cuidado de pacientes, ciente de suas próprias limitações	Priorização inconsistente de assuntos clínicos	Julgamento pobre, ações afetam o paciente contrariamente

Continua

Atividades de

Superior

Funciona no nível graduado, negocia com pacientes, coordena o time de cuidados da saúde

Procedimentos

Superior

Proficiente e habilidoso

Confiabilidade

Superior

Aceita total pessoal em educação e cuidado com paciente

Resposta à in

Superior

Continuada autoavaliação leva a posterior crescimento reflexão criteriosa

Aprendizado (habilidades)

Superior

Excelente iniciativa, consistentemente educa outros

Continuação

HABILIDADES DE ADMINISTRAÇÃO

Atividades de Cuidado de Pacientes		Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>		
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Funciona no nível graduado, negocia com pacientes, coordena o time de cuidado da saúde	Eficiente e efetivo, frequentemente toma iniciativa de acompanhamento (clínica ou repartição)	Monitora problemas ativos; mantém registros de pacientes, completa função em relação ao paciente	Precisa de estímulo para completar tarefas; acompanhamento é inconsistente	Relutante em fazer as atividades esperadas de cuidado com pacientes; não confiável
Procedimentos		Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>		
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Proficiente e habilidoso	Cuidadoso, confiante, compassivo.	Mostra razoável habilidade em preparar para e executar procedimentos	Desajeitado, relutante em tentar até mesmo procedimentos básicos	Nenhuma melhora mesmo com treinamento intensivo

ATITUDES PROFISSIONAIS

Confiabilidade/Compromisso		Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>		
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Aceita total posse pessoal em educação e cuidado com paciente	Procura responsabilidade como gerente; se vê como participante ativo no cuidado do paciente	Cumprir responsabilidade, aceita posse de papéis essenciais no cuidado	Frequentemente despreparado, não consistentemente presente e não reporta corretamente	Faltas inexplicadas, não confiável. Não tem compromisso com o trabalho
Resposta à instrução/Feedback		Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>		
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Continuada autoavaliação leva a posterior crescimento; reflexão criteriosa	Procura e consistentemente melhora com <i>feedback</i> ; autorrefletivo	Geralmente melhora com <i>feedback</i>	Inconsistente, não mantém melhora	Falta de melhora; defensivo/argumentativo; evita responsabilidade
Aprendizado Autodirecionado (conhecimento e habilidades)		Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>		
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável
Excelente iniciativa, consistentemente educa outros	Estabelece seus próprios objetivos; lê, prepara com antecedência quando possível	Lê apropriadamente e aceita posse para autoeducação	Precisa de estímulo, não encontrando compromisso de crescimento de especialidade	Relutante, falta de introspecção. Não tem compromisso com especialidade

Continua

ado, marque aqui

Inaceitável
Deficiência maior em conhecimento básico

ado, marque aqui

Inaceitável
Falta conhecimento para entender os problemas de seus próprios pacientes; raramente suficiente para interpretar

ado, marque aqui

Inaceitável
Não pode interpretar dados básicos; listas de problemas inexatas/não atualizadas

ado, marque aqui

Inaceitável
Julgamento pobre, ações afetam o paciente contrariamente

Continua

Dr. Luiz E. Z. Trovati
Clínica Médica
P.M. - CP 28 738

Continuação

COMPORTAMENTO PROFISSIONAL

Interações com Pacientes					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Provedor preferido; visto como gerente de cuidado pelos pacientes/professores	Ganha confiança, o trabalho é evidente para pacientes/time de cuidado com a saúde	Simpático, respeitoso, desenvolve compreensão, ganha confiança	Ocasionalmente insensível, desatencioso	Evita contato pessoal, sem tato, grosseiro, desrespeitoso	
Resposta ao Estresse					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Excelente equilíbrio, soluções construtivas	Flexível, assistente	Ajuste apropriado	Inflexível ou perde a compostura facilmente	Confronto impróprio	
Relacionamentos de Trabalho					Se não observado, marque aqui <input type="checkbox"/>
Superior	Acima da Média	Aceitável	Requer Melhora	Inaceitável	
Estabelece tom de mútuo respeito e dignidade	Bom entendimento com outros funcionários do hospital	Cooperativo, membro produtivo do próprio time	Falta de consideração pelos outros	Hostil ou tumultuante	

COMENTÁRIOS: (Comentários escritos também são requeridos. Qual o "próximo passo" para esse aluno? Obrigado.)

Por favor cheque cada passo que o aluno **consistentemente** alcançou:

Repórter (relator) Intérprete Administrador (gerente) Educador

Nome Recomendada: _____

Você já discutiu esse relatório com o aluno? _____

Nome impresso _____

Assinatura _____

Data: ___ / ___ / ___

Interno _____

Residente _____

Observador _____

Professor _____

Nosso sistema é baseado mais em critério de desempenho do que em percentagens. Por favor, use-o para descrever o atual nível do trabalho do aluno.

APROVADO (Repórter): desempenho satisfatório. Obtém e reporta informações básicas completamente, exatamente, confiavelmente; está começando a interpretar; qualidades profissionais são sólidas. Qualidades pessoais distintas devem ser reconhecidas em comentários descritivos.

APROVADO SUPERIOR (Intérprete): claramente mais que um típico trabalho na maioria das áreas de avaliação. Procede consistentemente para interpretar dados; boa fundamentação de conhecimento no trabalho; um participante ativo no cuidado. Consistente preparação para clínicas. Compromisso com trabalho/perícia evidente.

HONRAS (Gerente/Educador): excelentes notas na grande maioria das áreas de avaliação. Nível elevado no cuidado de pacientes, ativamente sugerindo opções de tratamento; excelente fundamentação geral de conhecimento, excelente (amplo/profundo) conhecimento de seus próprios pacientes. Fortes qualidades de liderança e excelente em relacionamentos interpessoais; capaz de liderar pacientes/famílias/profissionais em soluções. Compromisso com o trabalho e crescente perícia claramente evidente e excepcional.

APROVADO INFERIOR: desempenho geral marginal – execução aceitável em algumas áreas, mas claramente necessita melhorar em outras. Mostrou evidência de progresso e pode ser capaz de executar aceitavelmente como médico com experiência adicional em Medicina, sem necessidade de repetir o rodízio.

REPROVADO: desempenho geral inadequado ou desempenho inaceitável em qualquer grande área de avaliação. Pequena melhora com direção. Uma nota de **Reprovado** requer repetir o rodízio.

Nesta etapa, os
boração da tarefa e

1. Definir um coo
intuito de mant
ração de tarefas
2. Definir os obj
somativa, certi
3. Definir o obje
da anamnese,
co-paciente, o
ca, outras habi
4. Constituir uma
tarefas e do ch
tante a particip
- Por exemplo, r
diovascular, i
estação do ap
reumatologista
5. Elaborar os it
do fundament
por painel de
6. Testar prelim
cklist e reform

Na escolha de
volvimento da ta
atenta à escolha
sendo prudente
são apoiados pe
consenso entre
com aquele con
itens, admite-se
em que se está
mnese, pode cor
avaliador seja un
maior o número
lidade de algum
tenção, o que re
da avaliação. De
resultados plena
dos utilizando-s
itens variando e
menor número d
mulado está pre
que se sugere qu
checklists mais
do paciente sim
são os element
do examinando
antes menciona

Observado, marque aqui <input type="checkbox"/>	
hora	Inaceitável
mente desatenta	Evita contato pessoal, sem tato, grosseiro, desrespeitoso
Observado, marque aqui <input type="checkbox"/>	
hora	Inaceitável
percepção	Confronto impróprio
Observado, marque aqui <input type="checkbox"/>	
hora	Inaceitável
insistentes	Hostil ou tumultuante

próximo passo" para esse

nte) Educador

Professor

centagens. Por favor, use-o

ões básicas completamente profissionais são sólidas. escritos.

o na maioria das áreas de atuação de conhecimento no clínicas. Compromisso com

de avaliação. Nível elevado de fundamentação geral de fontes. Fortes qualidades de testes/famílias/profissionais em e excepcional.

algumas áreas, mas claramente capaz de executar aceitação de repetir o rodízio.

em qualquer grande área de repetir o rodízio.

Nesta etapa, os passos sugeridos para a elaboração da tarefa e do *checklist* são os seguintes:

1. Definir um coordenador para a prova, com o intuito de manter o mesmo padrão na elaboração de tarefas e *checklists* correspondentes;
2. Definir os objetivos da prova (formativa, somativa, certificação, etc.);
3. Definir o objetivo de cada estação (dados da anamnese, exame clínico, relação médico-paciente, orientação, conduta terapêutica, outras habilidades);
4. Constituir uma equipe para a elaboração das tarefas e do *checklist*. Nesta etapa, é importante a participação de especialistas no tema. Por exemplo, na anamnese do aparelho cardiovascular, incluir um cardiologista; na estação do aparelho locomotor, incluir um reumatologista, e assim por diante;
5. Elaborar os itens do *checklist* com conteúdo fundamentado na literatura ou validado por painel de especialistas;
6. Testar preliminarmente a tarefa e o *checklist* e reformular os itens, se necessário.

Na escolha do conteúdo, a equipe de desenvolvimento da tarefa e do *checklist* deve ficar atenta à escolha de itens que sejam relevantes, sendo prudente manter somente aqueles que são apoiados por evidência clínica ou claro consenso entre os professores familiarizados com aquele conteúdo. Quanto ao número de itens, admite-se que uma estação de 5 minutos, em que se está avaliando habilidades de anamnese, pode conter até 25 itens, desde que o avaliador seja um docente⁷. No entanto, quanto maior o número de itens, maior será a probabilidade de algum não ser preenchido por desatenção, o que resulta em prejuízo à qualidade da avaliação. Deste modo, em muitos exames, resultados plenamente satisfatórios são obtidos utilizando-se protocolos com número de itens variando entre 12 e 15. Deve-se utilizar menor número de itens quando um paciente simulado está preenchendo o *checklist*, caso em que se sugere que haja entre 10 e 20 itens, pois *checklists* mais longos excedem a capacidade do paciente simulado em recordar com precisão os elementos específicos do desempenho do examinando⁸. De modo análogo ao que foi antes mencionado, resultados plenamente sa-

tisfatórios podem ser obtidos com protocolos contendo somente seis itens, em estações em que o paciente simulado é também o avaliador. Cuidado especial deve ser tomado quando se dispõe de médicos especialistas na equipe de elaboração dos *checklists*, uma vez que eles têm uma tendência natural de incluir itens demais, o que deve, obviamente, ser evitado.

Testar preliminarmente a tarefa e o *checklist* fazendo simulações com estudantes mais avançados ou submetendo uma versão preliminar a outros docentes que não estão familiarizados com os detalhes do caso são medidas que podem constituir importante teste de veracidade do instrumento. Esse processo, muitas vezes, serve para reduzir o número de itens desnecessários no *checklist* e, ocasionalmente, pode resultar na adição de um ou mais itens importantes que os desenvolvedores do caso não haviam, inicialmente, considerado. Portanto, os itens do *checklist* podem ser refinados com base na realização de estudos pilotos.

PONTUAÇÃO

Um importante aspecto da elaboração e mesmo da utilização dos protocolos de observação e avaliação do desempenho é a pontuação que se confere aos vários itens do *checklist*. Da mesma forma ao que foi comentado antes, quando da elaboração dos protocolos e da escolha dos itens que serão neles incluídos, as decisões sobre a pontuação devem ser produto do consenso entre os profissionais envolvidos na produção do material do exame. No entanto, algumas considerações gerais devem ser feitas sobre a pontuação. Quando em avaliação somativa, a pontuação para cada item pode variar de 0, 0,5 a 1 ou ter pesos diferentes para determinados itens com base em sua relevância clínica. Alguns estudos classificam os itens em quatro categorias ("essencial", "importante", "indicado" e "não contribui"), de acordo com o seu peso relativo na decisão final associada à avaliação, com correspondentes pesos numéricos (3, 2, 1 e 0)⁹. Contudo, dada a interdependência entre a tomada da história e as manobras do exame clínico, além das dificuldades inerentes à decisão sobre qual ação seria a mais importante em comparação com as outras, o uso de pesos pode ser problemático e não apresentar significativa diferença nos resultados da avaliação (Tabela 3.8).

Dr. Luiz E. A. ...
Clínica Médica
PAA-CP 30 735

Tabela 3.8 Exemplo de *checklist* para avaliação de anamnese e exame clínico focado em dor torácica. O objetivo da estação é avaliar a capacidade de realizar diagnóstico diferencial das causas de dor torácica. O diagnóstico correto da origem da dor nesta estação é de costochondrite. Foi desenvolvido *checklist* contendo itens com diferentes pesos, com base em sua relevância clínica.

CHECKLIST ANAMNESE – DOR TORÁCICA			
	Sim	Não	Pontos
Perguntou se teve gripe/infecção de vias áreas superiores?			0,5
Perguntou se piora com a respiração?			0,5
Perguntou sobre irradiação da dor?			0,5
Auscultou o tórax?			0,5
Palpou o tórax?			0,5
Forneceu o diagnóstico?			2,0
Falou em diagnóstico alternativo?			1,0
Falou em dor coronariana?			0,5
Falou em dor na pleura?			0,5
Falou em pneumonia?			0,5
Falou em síndrome do pânico?			0,5
Falou em refluxo gastroesofágico?			0,5
Explicou porque não era angina?			0,5
Explicou porque não era pneumonia?			1,0
Total de pontos:			1,0

UTILIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Encontra-se documentado o uso de *checklists* na avaliação de competências, tais como cuidados com o paciente (história clínica, realização de exame clínico e de procedimentos), habilidades nas relações interpessoais e de comunicação. São utilizados para prover *feedback* em avaliações formativas e somativas, as quais podem ser realizadas: a) em vários níveis do curso, com caráter mais formativo; b) ao final do curso, para avaliação de caráter mais somativo do que formativo; e c) na avaliação da qualidade de disciplinas, programas e cursos. No Brasil, está crescendo o número de escolas médicas que realizam o OSCE, assim como o de instituições que aplicam este método nas provas de residência médica e como parte da revalidação de diplomas estrangeiros. Os *checklists* podem, também, ser utilizados para autoavaliação de aprendizagem baseada na prática.

CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS

Quando os avaliadores (docentes ou pacientes simulados) são treinados para o uso do *checklist*, escores consistentes podem ser obtidos e tem sido relatado que sua confiabilidade varia de 0,7 a 0,8 (1.0 seria o escore perfeito). O uso de testes psicométricos pode aumentar a confiabilidade do *checklist*, de tal modo que itens com baixo poder de discriminação podem ser revistos e/ou retirados¹⁰.

O desenvolvimento de um *checklist* requer consenso entre os avaliadores quanto ao comportamento esperado, às ações que devem ser desenvolvidas, bem como no que se refere à sequência e aos critérios para avaliar o desempenho. A observação do desempenho e do tempo esperado para a realização da atividade requer treinamento dos avaliadores. A análise psicométrica tem demonstrado que, durante a avaliação de habilidades de comunicação e relações interpessoais, a avaliação

global tem se mostrado eficaz. O uso do *checklist*, podendo ser utilizado em associação com o

EXPERIÊNCIA D

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, a avaliação de habilidades de diagnóstico por imagem do OSCE, sendo desenvolvidos especificamente para aquela tarefa. Os resultados com finalidade formativa foram *feedback* e também formativa, uma vez que representa 40% da avaliação de Clínica Médica na graduação em Medicina.

O formato utilizado para a avaliação consistiu de seis estações, com duração de 10 minutos cada, perfazendo um total de 60 minutos de avaliação para 110 alunos. Em 2010, a disciplina de Diagnóstico por Imagem foi avaliada neste formato com duração de 7 minutos e 2 minutos para o número de estações. O resultado final do OSCE na disciplina de Diagnóstico por Imagem foi avaliado pelos alunos respondendo a uma escala de 0 a 10 para avaliar cada estação em relação aos objetivos da estação, a qualidade do atendimento ministrado, a eficiência e a autoavaliação. Os resultados apresentados no gráfico demonstram o desempenho dos alunos em duas estações que foram avaliadas anteriormente. Em 2007, a interpretação de exames de imagem pelos alunos consideraram-se adequados com o conteúdo ensinado para 42% em 2008. O formato também adotou este formato de avaliação, ao final do curso de graduação. Ao final do curso também o OSCE foi aplicado ao curso por intermédio de um exame de ingresso, com participação de áreas (Clínica Médica, Cirurgia e Psiquiatria). Com o uso do OSCE pelos internos ao fi

ocado em dor torácica. Foi desenvolvido ca.

Não	Pontos
	0,5
	0,5
	0,5
	0,5
	0,5
	2,0
	1,0
	0,5
	0,5
	0,5
	0,5
	0,5
	0,5
	1,0
	1,0

PSICOMÉTRICAS

entes ou pacientes si- a o uso do *checklist*, ser obtidos e tem sido de varia de 0,7 a 0,8. O uso de testes psico- confiabilidade do *che-* com baixo poder de ristos e/ou retirados¹⁰. um *checklist* requer s quanto ao compor- que devem ser desen- e refere à sequência e desempenho. A obser- tempo esperado para quer treinamento dos métrica tem demons- ão de habilidades de pessoais, a avaliação

global tem se mostrado similar ou superior ao *checklist*, podendo ser utilizada isoladamente ou em associação com este.

EXPERIÊNCIA DA UFG

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, utilizamos o *checklist* na avaliação de habilidades clínicas, empregando o *OSCE*, sendo que os *checklists* são desenvolvidos especificamente para a avaliação daquela tarefa. Os *checklists* são utilizados com finalidade formativa para prover *feedback* e também fazem parte da avaliação somativa, uma vez que a nota obtida no *OSCE* representa 40% da nota ao final da disciplina de Clínica Médica no quarto ano do curso de graduação em Medicina.

O formato utilizado no *OSCE* até 2009 era de seis estações, com 10 minutos de duração cada, perfazendo um total de 60 minutos de avaliação para 110 estudantes. Em maio de 2010, a disciplina de Clínica Médica fez modificações neste formato, reduzindo o tempo de avaliação para 7 minutos (5 minutos de prova e 2 minutos para o *feedback*) e aumentando o número de estações de seis para nove. Ao final do *OSCE* na disciplina de Clínica Médica, os alunos respondem a um questionário para avaliar cada estação quanto a: clareza de objetivos da estação, correlação com o conteúdo ministrado, suficiência do tempo, nível de exigência e autoavaliação sobre o desempenho. Os resultados apresentados em 2008, comparando o desempenho dos estudantes durante dois anos, demonstraram aperfeiçoamento das estações que tiveram problemas no ano anterior. Em 2007, na avaliação da estação de interpretação de exames complementares, os alunos consideraram não ter havido correlação com o conteúdo em 65%, o que foi reduzido para 42% em 2008. A disciplina de Pediatria também adotou esta modalidade de avaliação, ao final do programa, no quarto ano da graduação. Ao final do internato, realizamos também o *OSCE* com o objetivo de avaliar o curso por intermédio do desempenho do futuro egresso, com participação de todas as grandes áreas (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia, Doenças Infecciosas e Psiquiatria). Comparando as notas obtidas pelos internos ao final do curso, obtivemos na

avaliação cognitiva, com 100 testes de múltipla escolha, uma nota média de 6,43, enquanto no *OSCE*, a nota foi 7,24, demonstrando melhores resultados na avaliação de habilidades¹². Quando comparamos a nota obtida na estação de Clínica Médica dos alunos do quarto ano da graduação com as dos alunos do internato, as médias foram 5,26 e 7,26, respectivamente, mostrando melhoria no desempenho em Clínica Médica dos internos. Seguindo este mesmo formato, a instituição também vem realizando, desde 2008, provas de revalidação de diplomas estrangeiros uma vez a cada ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento do *OSCE* com antecedência e a definição da equipe de desenvolvimento das tarefas são de fundamental importância para o sucesso da prova. Na elaboração do *checklist*, a utilização de itens com base em consensos da literatura e não apenas em "opiniões" de especialistas aumenta a validade e a confiabilidade da prova. O uso de *checklist* específico para a tarefa tem maior importância para prover *feedback* e corrigir deficiências. A adequação do *checklist* ao objetivo da tarefa, nível do avaliando e potencial de observação dos itens propostos pelo avaliador não pode ser negligenciada. Também são de primordial relevância testar preliminarmente a tarefa e o *checklist*, reformular os itens sempre que necessário e fazer análise psicométrica dos itens sempre que possível, em especial nas provas de caráter classificatório e eliminatório, tais como as provas de residência e revalidação de diplomas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schuwirth LW, Van der Vleuten CP. ABC of learning and teaching in medicine: Written assessment. *BMJ*. 2003;326(7390):643-5.
2. Norgaard K, Ringsted C, Dolmans D. Validation of a checklist to assess ward round performance of internal medicine. *Med Educ*. 2004;38(7):700-7.
3. Regehr G, MacRae H, Reznick RK, Szalay D. Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance on an *OSCE*-format examination. *Acad Med*. 1998;73:993-7.

4. Haber RJ, Avins AL. Do rating on the American Board of Internal Medicine resident evaluation form detect differences in clinical competence? *J Gen Intern Med.* 1994;5: 214-7.
5. Cook DA, Beckman TJ. Does scale length matter? A comparison of nine-versus five-point rating scales for the mini-CEX. *Adv Health Sci Educ.* 2009;14(5):655-64.
6. Pangaro L, Holmboe ES. Evaluation forms and global rating scales. In Holmboe ES and Hawkins ER (ed). Elsevier. Philadelphia, 2008, pp 24-39.
7. Smee S. ABC of learning and teaching in medicine: Skill based assessment. *BMJ.* 2003;326:703-6.
8. Vu NY, Marcy MM, Colliver JA. Standardized (simulated) patient's accuracy in recording clinical performance check-list items. *Med Educ.* 1992;26(2):99-104.
9. Gorter S, Rethans J-J, Scherpbier A, Van der Heijde D, Houben H, van der Vleuten C, van der Linden S. Developing case-specific checklists for standardized-patient-based assessments in internal medicine: A review of the literature. *Acad Med.* 2000;75:1130-7.
10. McKinley DW, Boulet JR. Using factor analysis to evaluate checklist items. *Acad Med.* 2005;80(suppl. 10):S102-5.
11. Porto LB, Araujo WEC, Mima LA, Sardinha MC, Pereira ERS, Rabahi MF. Comparação da percepção dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás sobre o OSCE em 2007 e 2008. *Rev Bras Educ Med.* 2008 3(2):579.
12. Pereira ERS, Morais VA, Rosa H. Avaliação cognitiva e de competências no internato de um currículo tradicional. *Rev Bras Educ Med.* 2008 3(2):162.

CONTEXTO

A capacitação de alunos em habilidades clínicas era, e ainda é em muitos casos, realizada em um modelo didático tradicional, no qual o professor, em que o aluno é passivo e observador. Essa prática é aplicada em ambientes como laboratórios, enfermarias e pronto-socorros, onde se utiliza pacientes reais com o objetivo de avaliar a aquisição do conhecimento. A avaliação do conhecimento adquiridos é realizada de forma subjetiva e muitas vezes depende da opinião do professor.

Nas últimas décadas, a medicina passou por uma série de mudanças, conduzindo a propostas inovadoras para o currículo.