



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

REBECA CARVALHO BRESSA

**AUTOEFICÁCIA DO DOCENTE DE MEDICINA NA UTILIZAÇÃO DO *OBJECTIVE  
STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION* (OSCE)**

Presidente Prudente - SP  
2018



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**REBECA CARVALHO BRESSA**

**AUTOEFICÁCIA DO DOCENTE DE MEDICINA NA UTILIZAÇÃO DO *OBJECTIVE  
STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION* (OSCE)**

**REBECA CARVALHO BRESSA**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Camélia Santana Murgó

Coorientador:

Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilár da Silva

Presidente Prudente - SP  
2018

610.7  
B754a

Bressa, Rebeca Carvalho

Autoeficácia do docente de medicina na utilização do objective structured clinical examination (osce). / Rebeca Carvalho Bressa. – Presidente Prudente, 2018. 197 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) -- Universidade do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP, 2018.

Bibliografia.

Orientadora: Camélia Santana Murgio

1. Autoeficácia Docente. PBL. 2. Exame Clínico Objetivo Estruturado. 3. OSCE. Título.

**REBECA CARVALHO BRESSA**

**AUTOEFICÁCIA DO DOCENTE DE MEDICINA NA UTILIZAÇÃO DO *OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION* (OSCE)**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Presidente Prudente, 12 de abril de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Orientadora Camélia Santana Murgio  
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE  
Presidente Prudente-SP

---

Prof. Dra. Raimunda Abou Gebran  
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE  
Presidente Prudente-SP

---

Prof. Dr. José Aloyseo Bzuneck  
Universidade de Londrina – UEL  
Londrina – PR

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, José Artur e Maria Licânia, que souberam me ensinar a viver com integridade, fortificando minhas crenças no aprendizado e na força do trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a minha família, que sempre me deu apoio e incentivo, especialmente ao meu marido, José Bressa e, aos meus filhos, Giuseppe e Laís, que me dão infinitas alegrias e tiveram paciência para entender meus períodos de ausência.*

*Muito obrigada ao Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilár da Silva por ter colaborado com minha formação e despertado minha curiosidade sobre as metodologias ativas de aprendizagem.*

*Um especial agradecimento a minha querida orientadora Prof. Dra. Camélia Santana Murgó que com sua gentileza e carinho manteve minha motivação para completar essa etapa da minha vida.*

*Também gostaria de gratular a banca examinadora desta dissertação. Ao Prof. Dr. José Aloyseo Bzúnec e à Prof. Dra. Raimunda Abou Gebran pela disposição, valorosas contribuições na construção deste estudo e por serem inspiração constante.*

*“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”*

*(Fernando Pessoa)*

## RESUMO

### **Autoeficácia do docente de medicina na utilização do *OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION* (OSCE)**

A crença de autoeficácia docente (AED) é definida como o julgamento que o professor faz de suas capacidades em alcançar os resultados de comprometimento e aprendizagem do aluno. O Objective Structured Clinical Examination (OSCE) é uma ferramenta padronizada utilizada na avaliação do desempenho profissional. Associar os conceitos de AED e uso do OSCE na prática do professor de Medicina é um desafio inovador. Assim, esta dissertação foi construída com três estudos: o primeiro revisou as publicações nacionais sobre OSCE e sua relação com o contexto atual da educação médica brasileira; o segundo apresentou os principais estudos brasileiros sobre AED e, o terceiro analisou as associações entre AED e a aplicação do OSCE. No primeiro estudo foram selecionados 32 textos, dos quais, apenas 18,8% descreveram conceitos teóricos sobre o OSCE, o que traduz pouco tempo de experimentação do método no Brasil. No segundo foram encontrados 32 artigos e 37,5% objetivaram Investigar a AED em diferentes contextos educacionais, o que demonstra preocupação em divulgar o constructo no meio acadêmico. No terceiro foram aplicadas duas escalas (Escala de Autoeficácia do Professor – EAEP e Escala sobre Fontes de Autoeficácia - EFAE) e um questionário de caracterização que, além das características sócio demográficas dos examinados, apresentava perguntas direcionadas a percepção docente sobre seu processo de trabalho e as principais propriedades de atividades simuladas como o OSCE. Participaram 47 docentes de Medicina de uma universidade privada do interior do estado de São Paulo, sendo 55,3% do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, com idade variando entre 31 e 78 anos, cuja experiência na docência era dispersa entre 1 e 35 anos, com média de 11,5 anos. Nos resultados da EFAE, os fatores Persuasão Social e Aprendizagem Vicária foram os mais endossados, indicando que estas fontes são as de maior interferência na formação das crenças dos professores. A maioria dos participantes tiveram pontuações de classificações baixa e média no que se refere às crenças de autoeficácia. As maiores médias encontradas foram em relação ao fator Eficácia na Intencionalidade da Ação. No que concerne às correlações estatisticamente significativas, estas foram em sentido negativo e com magnitudes moderadas entre os fatores de autoeficácia e as fontes de Estados Fisiológicos e Afetivos, indicando que quanto maior a crença na capacidade de ensinar ou controlar o ambiente acadêmico, menores são as influências de tensões fisiológicas e emocionais no desempenho e formação dessas crenças. Houve apenas uma correlação positiva com magnitude fraca, estabelecida entre Eficácia na Intencionalidade da Ação e Aprendizagem Vicária, sugerindo que os docentes que acreditam na sua capacidade de mobilizar os alunos para o processo de ensino-aprendizagem podem ter essas crenças formadas a partir das experiências de seu processo formativo como um todo. A associação de professores com elevados níveis de AED e aplicação do OSCE necessita ser mais explorada, inclusive em estudos com abordagens qualitativas, mas a priori, essa associação hipotética parece ser promissora no fortalecimento da qualidade do ensino.

**Palavras-chave:** Autoeficácia Docente. Exame Clínico Objetivo Estruturado. OSCE.



## ABSTRACT

### Self-efficacy of the medical teacher in the use of OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE)

The belief in teacher self-efficacy (AED) is defined as the teacher's judgment of his or her abilities to achieve student engagement and learning outcomes. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is a standardized tool used in the evaluation of professional performance. Associating the concepts of AED and OSCE use in the practice of the medical professor is an innovative challenge. Thus, this dissertation was constructed with three studies: the first one reviewed the national publications on OSCE and their relationship with the current context of Brazilian medical education; the second presented the main Brazilian studies on EDA and the third analyzed the associations between EDA and the OSCE application. In the first study, 32 texts were selected, of which only 18.8% described theoretical concepts about the OSCE, which means little time for experimentation of the method in Brazil. In the second, 32 articles were found, and 37.5% were aimed at investigating AED in different educational contexts, which demonstrates the concern of disseminating the construct in the academic environment. In the third one, two scales (Teacher Self-efficacy Scale - EAEP and Self-efficacy Scale - EFAE) were applied and a characterization questionnaire that, besides the socio demographic characteristics of the examined ones, presented questions directed to teacher perception about their work process and the main properties of simulated activities such as the OSCE. A total of 47 medical professors from a private university in the interior of the state of São Paulo were 55.3% male and 44.7% female, ranging in age from 31 to 78, whose teaching experience was dispersed between 1 and 35 years, with a mean of 11.5 years. In the results of the EFAE, the factors Social Persuasion and Vicarious Learning were the most endorsed, indicating that these sources are those of greater interference in the formation of the teachers' beliefs. Most of the participants had low and average scores on self-efficacy beliefs. The highest averages found were in relation to the Effectiveness factor in the Intentionality of the Action. In relation to the statistically significant correlations, these were negative and with moderate magnitudes between the factors of self-efficacy and the sources of Physiological and Affective States, indicating that the greater the belief in the capacity to teach or control the academic environment, the smaller the influences of physiological and emotional tensions in the performance and formation of these beliefs. There was only a positive correlation with weak magnitude, established between Action Intentional Efficacy and Vicarious Learning, suggesting that teachers who believe in their ability to mobilize students for the teaching-learning process may have these beliefs formed from the experiences of its formative process as a whole. The association of teachers with high levels of AED and OSCE implementation needs to be further explored, including in studies with qualitative approaches, but a priori, this hypothetical association appears to be promising in strengthening the quality of teaching.

**Keywords:** Teaching self-efficacy. Objective Structured Clinical Examination. OSCE.

## LISTA DE SIGLAS

AE	- Autoeficácia
AED	- Autoeficácia Docente
AFC	- Análise Fatorial de Correspondência
BDTD	- Banco Digital de Teses e Dissertações
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	- Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	- Classificação Hierárquica Descendente
DCN	- Diretrizes Curriculares Nacionais
EJA	- Educação de Jovens e Adultos
EAEP	- Escala de Autoeficácia do Professor
EFAE	- Escala sobre Fontes de Autoeficácia
FMC	- Física Moderna Contemporânea
IES	- Instituição de Ensino Superior
IRaMuTeQ	- Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
Lhabsim	- Laboratório de Habilidades Clínicas
OSCE	- Objective Structured Clinical Examination
PBL	- Problem-Based Learning
PDCONTEXTO	- Percepção Docente sobre o Contexto de Trabalho
PDOSCE	- Percepção Docente sobre o OSCE
PubMed	- Public Medline ou Publisher Medline
SPSS	- Statistical Package of Social Sciences
TAS	- Teoria da Aprendizagem Social
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	- Teoria Social Cognitiva

## LISTA DE TABELAS

### Estudo 1

Tabela 1 - Caracterização geral das produções encontradas .....	30
Tabela 2 - Objetivo da Publicação.....	31

### Estudo 2

Tabela 1 - Caracterização geral das produções encontradas.....	90
Tabela 2 - Objetivo da Publicação.....	91

### Estudo 3

Tabela 1 - Estatísticas Descritivas dos resultados obtidos do QCP, subdivisão PDCONTEXTTO e PDOSCE.....	147
Tabela 2 - Estatísticas Descritivas dos resultados das EAEP, EFAE e subdivisão QCP (PDCONTEXTTO, PDOSCE).....	148
Tabela 3 - Distribuição dos participantes em relação aos níveis de autoeficácia.....	150
Tabela 4 - Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTTO E PDOSCE) e a Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP).....	152
Tabela 5 - Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTTO E PDOSCE) e a Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP)	155
Tabela 6 - Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTTO E PDOSCE) e a Escala sobre Fontes de Autoeficácia (EFAE)	162
Tabela 7 - Correlações entre fatores da Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP) e da Escala sobre Fontes de Autoeficácia (EFAE).....	165

## LISTA DE FIGURAS

### **Estudo 1**

Figura 1 - Pirâmide de Miller..... 20

### **Estudo 2**

Figura 1 - Comportamento Humano segundo a reciprocidade triádica..... 80

## LISTA DE GRÁFICOS

### Estudo 1

Gráfico 1	Nuvem de Palavras das publicações em português.....	32
Gráfico 2	Nuvem de Palavras das publicações em inglês.....	34
Gráfico 3	Especificidades de Grupos dos textos em português.....	35
Gráfico 4	Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em português.....	37
Gráfico 5	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português A.....	39
Gráfico 6	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português B.....	40
Gráfico 7	Especificidades de Grupos dos textos em inglês .....	42
Gráfico 8	Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em inglês	43
Gráfico 9	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês A.....	44
Gráfico10	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês B .....	45
Gráfico11	Análise de Similitude dos textos em português .....	46
Gráfico12	Análise de Similitude dos textos em inglês .....	47

### Estudo 2

Gráfico 1 -	Nuvem de Palavras das publicações em português.....	92
Gráfico 2 -	Nuvem de Palavras das publicações em inglês.....	93
Gráfico 3 -	Especificidades de Grupos dos textos em português.....	94
Gráfico 4 -	Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em português.....	96
Gráfico 5 -	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português A.....	97
Gráfico 6 -	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português B .....	98
Gráfico 7 -	Especificidades de Grupos dos textos em inglês.....	100

Gráfico 8 -	Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em inglês.....	102
Gráfico 9 -	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês A.....	103
Gráfico10	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês B .....	104
Gráfico11	Análise de Similitude dos textos em português .....	105
Gráfico12	Análise de Similitude dos textos em inglês .....	106

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	15
1 OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE) NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA .....	17
2 AUTOEFICÁCIA DOCENTE: REVISÃO DAS PUBLICAÇÕES NACIONAIS .....	76
3 ASSOCIAÇÕES ENTRE A AUTOEFICÁCIA DOCENTE E O OSCE ...	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO.....	173
REFERÊNCIAS .....	177
ANEXOS.....	189

## APRESENTAÇÃO

A vontade de estudar a ação docente na Faculdade de Medicina foi despertada na vida acadêmica da pesquisadora com as mudanças curriculares sugeridas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014. A partir destas Diretrizes, a mesma que é médica especialista em Hematologia e Hemoterapia há 15 anos e professora universitária há 10 anos, iniciou processo de reflexão sobre sua própria atuação como educadora. Nessa época, na instituição em que trabalha, novos recursos didáticos com metodologias ativas de ensino como a Problematização e o PBL (*Problem-Based Learning*) foram disponibilizados e, a avaliação formativa de habilidades clínicas se tornou alvo de maior interesse para investigação.

No início de 2011, a IES (Instituição de Ensino Superior) em que participa inaugura o Lhabsim (Laboratório de Habilidades Clínicas) e, em julho de 2015 inicia prática avaliativa tipo OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) em dois módulos: Clínica Médica (3 estações) e Cirúrgica (4 estações), sendo utilizados “pacientes simulados” e/ou simuladores. Essa primeira avaliação teve caráter formativo (sem atribuição de nota) e contou com 147 discentes do quinto ano do curso. No mês seguinte foram incluídas as áreas de ginecologia, obstetrícia, pediatria e saúde coletiva com atribuição de nota (caráter somativo). Desde então, as avaliações são realizadas bimestralmente e a pesquisadora participa integralmente dessas avaliações contribuindo em todas as fases da construção do OSCE de Clínica Médica.

Cursando o mestrado como aluna especial durante seis meses teve contato com sua orientadora e as primeiras conversas sobre autoeficácia docente. Na construção do projeto de pesquisa, o desafio de estudar o constructo de autoeficácia do professor de Medicina que usa o OSCE como instrumento de avaliação formativa poderia auxiliar no cotidiano da atividade docente e beneficiar o aprendizado discente.

Assim surgiu o estudo intitulado “Autoeficácia do docente de medicina na utilização do *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE)”, vinculado a linha de pesquisa: Formação e Prática Pedagógica do Profissional Docente, Programa de Mestrado em Educação, com a intenção de analisar as possíveis associações entre a Autoeficácia Docente e o uso do OSCE. A principal hipótese era de que



professores com crenças disfuncionais de autoeficácia não aplicam corretamente o método OSCE, o que pode prejudicar o desempenho dos alunos.

O desenho da dissertação foi constituído por três estudos: o primeiro teve intenção de revisar as publicações nacionais sobre OSCE e relacionar com o contexto atual da educação médica brasileira; o segundo pretendeu apresentar os principais estudos brasileiros sobre autoeficácia docente e, o terceiro investigou possíveis associações entre as crenças de autoeficácia docente e a aplicação do OSCE.

Para enriquecer a análise dos dados e auxiliar na discussão dos artigos, nos estudos 1 e 2 foi utilizado o *software* IRaMuTeQ. No estudo 3 para instrumentalizar e relacionar Autoeficácia com OSCE foram aplicados duas escalas e um questionário de caracterização do participante. As escalas escolhidas foram: Escala de Autoeficácia do Professor (POLYDORO et al., 2004) e Escala sobre Fontes de Autoeficácia (IAOCHITE, 2007). A Escala de Autoeficácia do Professor permitiu avaliar a Autoeficácia Docente (AED) em relação ao manejo de sala de aula e a intencionalidade da ação docente. A Escala sobre Fontes de Autoeficácia (AE) garantiu avaliar a interferência das quatro fontes das crenças de AE.

O questionário de caracterização do participante foi construído com intuito de dimensionar os atributos sócio demográficos dos professores da pesquisa e as características do OSCE percebidas pelos mesmos. As assertivas referentes as atribuições de uma avaliação OSCE foram embasadas no estudo de Issenberg et al. (2005) que fazem uma revisão sistemática e dispõem as prioridades de uma atividade simulada, categoria que participa o OSCE nas novas metodologias ativas de aprendizagem. Essas assertivas eram direcionadas a dois subgrupos: a percepção docente sobre seu ambiente de trabalho e as principais peculiaridades deste tipo de atividade avaliativa.

Depois foi realizado uma análise estatística das relações entre as duas escalas de autoeficácia e o questionário de caracterização docente. O resultado desta pesquisa significou muito para a pesquisadora, pois iniciou a compreensão sobre a autoeficácia docente e a aplicação de uma avaliação com perspectiva formativa, evidenciou a importância do papel do professor como facilitador na aprendizagem significativa dos alunos de Medicina e, na sua realidade, ratificou a necessidade das mudanças curriculares sugeridas pelas DCNs 2014.

## **1 - OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION (OSCE) NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA.**

### **RESUMO**

OSCE é uma ferramenta de avaliação padronizada e objetiva, onde os candidatos percorrem um circuito de estações de tempo limitado e em um ambiente seguro e simulado, com objetivo de avaliar o desempenho profissional. Em cada estação, os candidatos são avaliados através de uma lista com pontuação padronizada e por avaliadores treinados. O objetivo geral deste estudo é analisar as publicações sobre OSCE no contexto da educação médica brasileira através da revisão das publicações nacionais. Os descritores utilizados foram: “OSCE”, “Exame Clínico Objetivo Estruturado”, “Avaliação de Habilidades Clínicas” e “Avaliação em Medicina”, os quais poderiam estar presentes no título do texto, no resumo (*abstract*) ou nas palavras-chave do resumo. As bases de dados foram: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (Public Medline ou Publisher Medline), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e Portal Periódicos CAPES. 32 textos, sendo cinco dissertações, três teses e 24 artigos. Dos artigos a maioria era relato de pesquisa (81,3%), sendo 28,2% selecionados na base Capes e 31,2% na BVS. 27 textos eram em português e cinco em inglês. Os artigos em inglês foram encontrados na base PubMed e não havia revisão teórica, apenas pesquisas quantitativas, 18,8% dos estudos focavam em descrever conceitos teóricos sobre o OSCE, o que traduz pouco tempo de experimentação do método no Brasil.

**Palavras-Chave:** OSCE, Exame Clínico Objetivo Estruturado, Avaliação de Habilidades Médicas.

## INTRODUÇÃO

Os avanços científicos da Medicina e as mudanças das relações sócio-políticas repercutem profundamente no exercício da profissão médica e exigem a formação de profissionais com novo perfil. O Brasil acompanha essa transição com a construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina datada de 2001 e, posteriormente, revogada pela Resolução CNE/CES 3/2014, de 23 de junho de 2014, com ratificações definitivas para a educação médica brasileira. Conforme as DCNs (BRASIL, 2014, art. 3): “o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde”.

O cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) direciona as escolas médicas brasileiras a conhecer, entender e aplicar metodologias ativas de aprendizagem focadas no modelo epistemológico do Construtivismo, da Psicologia Cognitivista e da Teoria da Aprendizagem Significativa desenvolvida por David Paul Ausubel a partir da década de 60. Como no trecho em que descreve o que a estrutura de um Curso de Graduação em Medicina deve ter ou fazer: “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos” (BRASIL, 2014, art. 29, item II).

Outro exemplo está no seguimento: “O Curso de Graduação em Medicina terá projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo” (BRASIL, 2014, art. 26). Ou como em outra transcrição quando orienta quais objetivos o graduando deverá buscar: “aprender a aprender, como parte do processo de ensino-aprendizagem, identificando conhecimentos prévios, desenvolvendo a curiosidade e formulando questões para a busca de respostas cientificamente consolidadas” (BRASIL, 2014, art. 7, item I).

O processo de ensino-aprendizagem começa a ser ativo e o estudante passa a ser o protagonista principal desse caminho, sendo o professor um facilitador e motivador do conhecimento integrado. Assim, o projeto pedagógico das escolas médicas no Brasil sofreu profundas modificações passando a integrar e objetivar as competências profissionais e não mais o padrão tradicional de ensino baseado nas disciplinas.

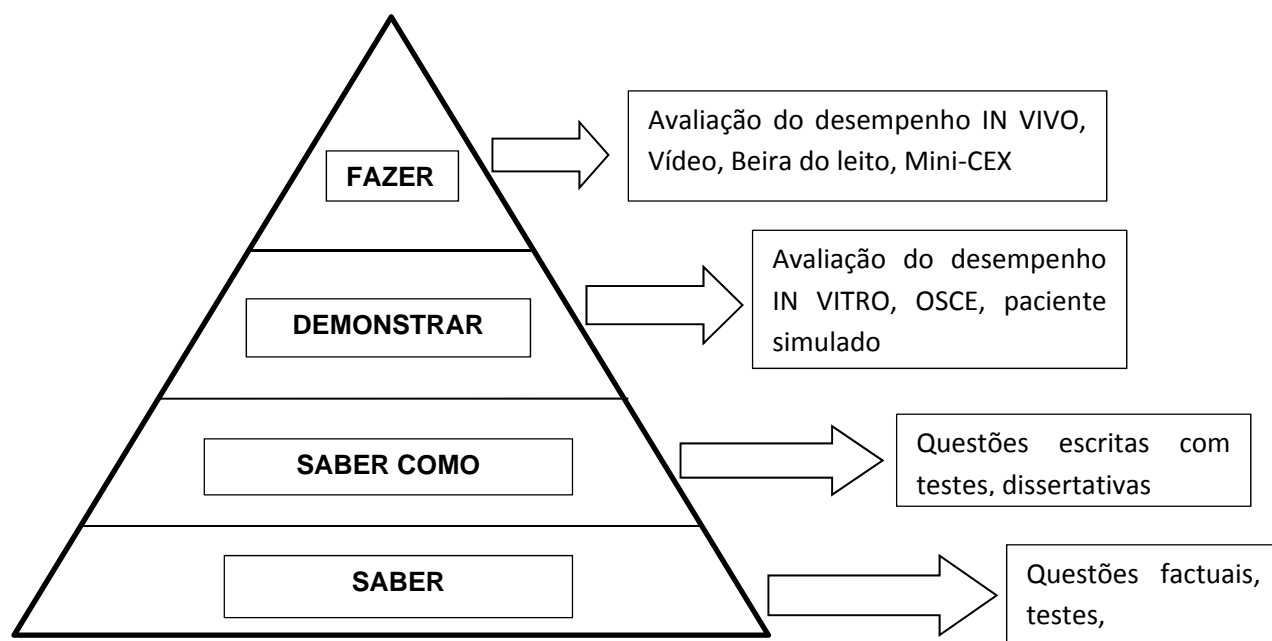
Confirmando a tendência Cognitivista e a necessidade de implantação

de metodologias ativas de aprendizagem, as DCNs descrevem que: “o Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso” (BRASIL, 2014, art. 32).

Neste contexto, a avaliação tem fundamental importância, pois é um instrumento que revela a efetividade da aprendizagem e a dinâmica pedagógica. Para averiguar competências é necessário dimensionar o desempenho do aluno e suas habilidades ao realizar procedimentos e atitudes inerentes a prática profissional. A competência profissional conforme Epstein e Hundert (2002) é de natureza multidimensional e, em sua construção, necessita de várias dimensões cognitivas, afetivas, técnicas, relacionais, integrativas e contextuais. Já Hissachi e Aguilar-da-Silva (2006, p.1) definem que competência é “capacidade circunstancial de mobilizar, articuladamente, os recursos cognitivos, psicomotores e afetivos, visando a abordagem ou resolução de uma situação complexa de vigilância de saúde individual ou coletiva, e gestão do trabalho”.

De acordo com essa nova tendência do currículo médico, uma avaliação cognitiva isolada não é suficiente para verificar uma habilidade ou competência (SANTOS, 2011). Por isso, as avaliações são estratificadas em função do desempenho do estudante. Nesse sentido, Miller, em 1990, conceituou os níveis que devem ser atingidos pelos graduandos de medicina durante o processo de aquisição das competências. Conforme a Pirâmide de Miller a aquisição de competências se distribui em quatro níveis. Os primeiros dois níveis têm referência ao “saber” e “saber como”, ou seja, ao componente cognitivo. Os dois últimos referenciam o “demonstrar” e o “fazer” e, portanto, averigam o desempenho do aluno, conforme observado na Figura 1 (MILLER, 1990; VAN DER VLEUTEN, SCHUWIRTH, 2005).

Figura 1 - Pirâmide de Miller.



Fonte: MILLER, 1990; VAN DER VLEUTEN, SCHUWIRTH, 2005.

Para avaliar desempenho são usados métodos vinculados a ambientes controlados ou realísticos (WASS, 2001). Isso é previsto pelas DCNs (BRASIL, 2014, art. 7, item IV) quando descrevem que o graduando deve: “aprender em situações e ambientes protegidos e controlados, ou em simulações da realidade, identificando e avaliando o erro, como insumo da aprendizagem profissional e organizacional e como suporte pedagógico”. Essas Diretrizes ainda informam que “as avaliações dos alunos basear-se-ão nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs” (BRASIL, 2014, art. 31), confirmando as tendências e mudanças na forma de ensinar e avaliar os discentes de Medicina na atualidade.

Além das DCNs outras normatizações brasileiras exigem as modificações nas práxis do egresso e garantem, por meio de avaliações externas, o cumprimento das mesmas. Ato impactante é a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que estabelece o Programa Mais Médicos, cuja intenção é formar mais médicos para atender o Sistema Único de Saúde (SUS) e prevê a criação da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), a qual é instituída em 25 de agosto de 2016 pela Portaria MEC nº 982 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Assim conforme essa Lei: “é instituída a avaliação específica para curso de graduação em Medicina, com instrumentos e métodos que avaliem

conhecimentos, habilidades e atitudes, conforme ato do Ministro de Estado da Educação” (BRASIL, 2013, art. 9). Esta avaliação também foi confirmada pelas DCNs quando descrevem: “fica instituída a avaliação específica do aluno para o Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, devendo ser implantada no prazo de 2 (dois) anos” (BRASIL, 2014, art.36). A ANASEM tem como objetivo avaliar os estudantes de Medicina a cada 2 anos “por meio de instrumentos e métodos que considerem os conhecimentos, as habilidades e as atitudes previstos nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina” (BRASIL, 2016, art. 1).

Fica claro a necessidade do egresso dominar não só conhecimentos, mas habilidades e competências quando as DCNs tornam obrigatório e classificatório a nota da ANASEM para programas de Residência Médica, o que influenciará o futuro profissional destes estudantes e, mesmo para a diplomação, como descrito na Portaria MEC nº 982: “a ANASEM constitui componente curricular obrigatório e a situação de sua regularidade deve ser inserida no histórico escolar do estudante, sendo condição para a diplomação” (BRASIL, 2016, art. 5). E também inferido nas DCNs: “a avaliação de que trata este artigo é de caráter obrigatório e classificatório para os programas de Residência Médica, credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), sendo sua realização de âmbito nacional” (BRASIL, 2014, art. 36, parágrafo 1º).

No documento básico sobre a ANASEM formulada pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) em 2016 sugere que a priori será realizada prova com 63 itens, sendo 60 de múltipla escolha e três discursivas. Depois deve ser feita correção com busca em parâmetros psicométricos para verificar o desempenho do aluno conforme descrito: “os procedimentos de análise dos itens e de cálculo das proficiências na Anasem têm como base a Teoria de Resposta ao Item (TRI)” (MEC, 2016, p. 12).

Existem diversos instrumentos avaliativos para dimensionar a *performance* ou desempenho do discente de Medicina utilizando a simulação em ambiente protegido. O OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*) é um dos métodos mais utilizados e um dos primeiros a ser descrito. Outros exemplos são: CSA (*Clinical Skills Assessment*), Mini-CEX (*Mini Clinical Evaluation Exercise*),

OSLER (*Objective Structured Long Case Examination Record*), PACES (*Practical Assessment of Clinical Examination Skills*), o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP), OSPE (*Objective Structured Practical Examination*), OSATS (*Objective Structured Assessment of Technical Skills*), entre outros. A maioria destes exames é baseada no uso de manequins de baixa, média ou alta complexidade de simulação e na atuação de atores ou pacientes padronizados, reconstruindo atendimentos realísticos em ambiente seguro nos laboratórios de habilidade.

Khan, Ramachandran (2012) caracterizam os fatores que afetam a *performance*: as habilidades cognitivas, as habilidades psicomotoras, as habilidades não-clínicas, a atitude, o envolvimento, o estado emocional, o estado físico e os traços de personalidade. Isso concorda com os domínios da aprendizagem que Krathwohl (1956), Jewett (1971) e Bloom (1974) definiram como as taxonomias da aprendizagem com os seus aspectos afetivos, psicomotores e cognitivos, respectivamente. As taxonomias da aprendizagem são escalonadas em diversos níveis de complexidade, favorecendo recursos para a verificar o aproveitamento discente e o aprofundamento sobre o assunto. “A Taxonomia de Bloom oferece um bom modelo para a definição de competências profissionais” (PANÚNCIO-PINTO, TRONCON, 2014). E o OSCE é uma avaliação que abrange os três domínios de aprendizagem da Taxonomia de Bloom: cognitiva, psicomotora e afetiva, cumprindo as recomendações das DCNs. (KHAN et al., 2013; BRASIL, 2014).

A origem da utilização de pacientes simulados no ensino médico tem relação com o neurologista Howard S. Barrows. Quando trabalhava no hospital geral de Los Angeles, vinculado à Southern Califórnia School of Medicine, Barrows participou da produção de um filme didático ensinando a realizar o exame físico neurológico. A partir desta experiência surgiu a ideia de treinar pessoas para simular doenças. E isso podia ser feito com bastante realismo. Teve apoio de outros profissionais renomados o que culminou com o convite para participar do grupo fundador da McMaster University no Canadá. Neste ambiente inovador, desenvolveu a metodologia expondo os estudantes a situações clínicas relevantes, mas não comuns. Além de treinamento de habilidades ou procedimentos antes da exposição a pacientes reais (BARROWS, 1993; TRONCON, 2012).

O OSCE foi primariamente descrito em 1975, por Harden et al., após utilização do método na Universidade de Dundee, na Escócia, como avaliação de habilidades de estudantes de Medicina (HARDEN et al., 1975). É uma técnica de

avaliação em que os avaliados necessitam executar determinadas tarefas clínicas (habilidades) em diversas estações ou cenários com duração de alguns minutos. Nessas estações são utilizados manequins ou pacientes simulados (atores) e as tarefas devem ser expostas de forma clara e objetiva. Em cada etapa da tarefa o avaliador deve medir o desempenho do estudante por meio de um *checklist* elaborado previamente (HARDEN et al., 1975; HOWLEY, 2004; KHAN et al., 2013). Segundo Harden (1988, p. 19): “OSCE é uma abordagem para a avaliação da competência clínica em que os componentes da competência são avaliados de forma planejada ou estruturada, prestando atenção à objetividade do exame”. Já Khan et al. (2013) fornece uma definição fundamentada na revisão da literatura em que o OSCE é uma ferramenta de avaliação padronizada e objetiva, onde os candidatos percorrem um circuito de estações de tempo limitado e em um ambiente seguro e simulado, com objetivo de avaliar o desempenho profissional. Em cada estação, os candidatos são avaliados por meio de uma lista com pontuação padronizada e por avaliadores treinados (KHAN et al., 2013).

O OSCE avalia competência com bom perfil psicométrico e tem como característica envolver o aluno e professor no processo de aprendizagem (SAMPAIO, 2014). Uma avaliação clínica objetiva estruturada deve seguir algumas recomendações: o número de estações de um circuito com aceitável confiabilidade seria, na maioria das vezes, de 12 estações; o tempo de duração para desenvolver a tarefa pode variar entre cinco até 30 minutos em geral, dependendo da complexidade da tarefa e; o exame inteiro geralmente é completado no período compreendido entre uma a quatro horas, mas pode variar até oito horas e quanto maior o intervalo, maior a confiabilidade (OSCE MANUAL, 2014; SAMPAIO, 2014; BRANDÃO, COLLARES, FERNANDES, 2017).

Para utilizar esse método o professor deve estar inserido em um ambiente protegido, em um laboratório de habilidades e deverá trabalhar em equipe, pois existem etapas preliminares para a realização adequada de um cenário simulado avaliativo. Essas etapas são: delineamento, planejamento, redação, recrutamento e treinamento de pacientes, recrutamento e treinamento de avaliadores, teste preliminar e providências finais (TRONCON, 2012). Durante a redação do cenário é importante elaborar as tarefas e definir o conteúdo. Utiliza-se a matriz de avaliação (*Blueprint*) que é um diagrama com intuito de definir a habilidade, o conteúdo e os recursos necessários para cada cenário, fornecendo



uma visão geral das atividades. Depois confeccionar a vinheta clínica com o caso ou contexto e sua devida tarefa que ficará fixada na porta para orientar o aluno. Também preparar o *checklist* com objetividade (lembrar que cada estação deverá ser realizada em 5 a 10 minutos e que nem sempre será um especialista que examinará o estudante e o devido cenário). Ainda é necessário escrever um roteiro para o treinamento do paciente padronizado e outro roteiro para o examinador. Os itens presentes no *checklist* a serem avaliados devem ser relevantes, com base científica e com consenso entre os examinadores (SAMPAIO, 2014; TRONCON, 2012).

O exame termina com o *feedback* que é um processo reflexivo e crítico do examinador sobre o desempenho do estudante, com foco no conhecimento adquirido e nos meios utilizados para a consecução das metas anteriormente traçadas (TRONCON, 1996a; OSCE MANUAL, 2014). Conforme Sampaio (2014, p. 18), o *feedback* seria uma comunicação em retroalimentação em “[...] relação ao desempenho de alguém, isto é, uma comunicação que orienta a relação interpessoal e o comportamento das pessoas. Assim entende-se que o *feedback* promove o ajustamento de comportamentos e desempenho”.

Depois da década de 1970 este método de análise de *performance* passou a ser aplicado em larga escala em todo o mundo e em outras áreas como a Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, etc. Nos Estados Unidos (EUA) tem grande importância e constitui a avaliação de habilidades clínicas do *United States Medical Licensing Examination (USMLE)* para licença profissional neste país. A decisão de adotar avaliações com pacientes padronizados por órgãos reguladores nos EUA foi definida por um projeto piloto com mais de 35 escolas médicas chamado *NBME Standardized Patient Project* (PAPADAKIS, 2004; HOWLEY, 2004; TRONCON, 2012). Este projeto resultou em vasta produção científica que corroborou requisitos de validade e fidedignidade essenciais para utilização do OSCE como instrumento regulador do exercício profissional (PAPADAKIS, 2004; HOWLEY, 2004; TRONCON, 2012).

O OSCE pode cumprir o papel de uma avaliação tanto somativa como formativa visto que apresenta os atributos básicos de um processo avaliativo educacional, que são: validade, confiabilidade, viabilidade, aceitabilidade e impacto (HOWLEY, 2004; EPSTEIN, 2007; CASEY, 2009; TRONCON, 2012; KHAN et al., 2013). É uma avaliação vinculada a aprendizagem significativa porque exige do

graduando conhecimentos prévios e associações sucessivas com cumprimento de ações de maior complexidade. O exame se completa como processo avaliativo formativo após a devolutiva ou *feedback*, onde o professor aponta os erros e acertos do estudante e fornece informações complementares a aprendizagem significativa (EPSTEIN, 2007; NORCINI, MCKINLEY, 2007; AMARAL, DOMINGUES, BICUDO-ZEFERINO, 2012).

Entretanto o método OSCE tem desvantagens descritas: 1 - alto índice de estresse sofrido pelos estudantes; 2 - não garante confiabilidade se não for aplicado com uniformidade e não tiver adequações ao processo formativo; 3 - sua viabilidade pode ser ameaçada pelo seu elevado custo financeiro e operacional; 4 - pode haver dificuldade de aceitação pelos docentes; 5 - artificialidade e; 6 - proporcionar visão fragmentada de uma situação clínica (MAVIS et al., 1996; TRONCON, 2012, MOONEN-VAN-LOON, 2013).

No Brasil, o OSCE começou a participar de currículos médicos em meados da década de 90. A Universidade Estadual de Londrina (UEL) foi a primeira escola a aplicar o OSCE, em 1991, com assessoria da *Mc Master University*, no Canadá, da *Maastricht University*, na Holanda, e da *University of New Mexico*, nos Estados Unidos (EUA) (TURINI et al., 2012). A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) começou aplicando o *Mini-OSCE*, em 1998. Esta primeira avaliação de habilidades clínicas foi experimental com discentes do primeiro ano do Curso Médico. Este exame apresentava seis estações com duração de trinta minutos cada, o que garantiu confiabilidade. Atualmente a FAMEMA aplica o Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP) (MAZZONI; MORAES, 2012). Em meados dos anos 2000, as Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e de Ribeirão Preto (FMRP-USP) introduziram avaliações estilo OSCE no processo seletivo de Residência Médica (DAUD-GALLOTTI, SANTOS, TIBÉRIO, 2012).

Retomando as DCNs, a Lei nº 12.871 do Programa Mais Médicos e a Portaria MEC nº 982 é evidente a urgência que as escolas médicas brasileiras têm em dominar o método OSCE entre outros para poder cumprir as determinações legais exigidas para as avaliações de habilidades e competências em ambiente seguro e simulado. O documento básico do MEC e INEP sobre a ANASEM não estabelece que haverá rapidamente um tipo de avaliação de desempenho mais efetivo como o OSCE, mas a conjuntura vigente do ensino médico brasileiro deixa pressuposto que provas tipo OSCE serão realizadas logo que houver condições

estruturais como já vem acontecendo em outros países.

Sendo o assunto de atual relevância, o objetivo geral deste estudo é analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, as publicações nacionais sobre OSCE no contexto da educação médica brasileira.

## MÉTODO

Com o intuito de alcançar o objetivo principal do estudo foram usados os seguintes descritores no decorrer da busca bibliográfica nas bases de dados: “OSCE”, “Exame Clínico Objetivo Estruturado”, “Avaliação de Habilidades Clínicas” e “Avaliação em Medicina”, os quais poderiam estar presentes no título do texto, no resumo (*abstract*) ou nas palavras-chave do resumo. As bases de dados utilizadas foram: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (*Public Medline* ou *Publisher Medline*), BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações) e Portal Periódicos CAPES. A pesquisa foi delimitada com seguintes critérios: somente textos em português ou inglês de autoria brasileira e com abordagem a estudantes de medicina em todas as séries. Foram, portanto, excluídos artigos internacionais com referência a outras áreas como enfermagem, odontologia, fisioterapia ou farmácia. Também não foram inseridas pesquisas que incluíam profissionais já graduados ou aplicação do OSCE com médicos residentes.

No primeiro momento foi feita uma abordagem geral nas bases de dados com os descritores e observado mais de 1600 artigos de 1975 a maio de 2017 sobre o tema OSCE na literatura internacional. Ao selecionar pesquisas brasileiras o resultado reduziu para cerca de 50 textos no período de 1996 a 2016 (20 anos). Excluindo as publicações com outras profissões, médicos residentes e graduados, o número total de estudos foi 32 que fez parte da análise desta pesquisa. Para a busca do assunto em inglês na base eletrônica PUBMED foi associado o binômio “OSCE and Brazil”.

Na formulação de gráficos para auxiliar a interpretação e discussão dos resultados foi usado um *Software* de análise textual chamado IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.6 alpha 3, sendo incluídos na construção do *corpus* somente os resumos e *abstract* dos estudos selecionados. Este *software* foi elaborado por Pierre Ratinaud e permite fazer análises estatísticas através da linguagem Python e estruturação básica do *software* R. O IRaMuTeQ disponibiliza cinco tipos de análise textual: I - Estatística Clássica, II - Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), III - Classificação Hierárquica Descendente (CHD), IV - Análise de Similitude e V - Nuvem de Palavras (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016).

O uso de *softwares* para auxiliar a análise de informações dos textos cresceu nos últimos anos, principalmente em estudos em que o *corpus* da pesquisa é volumoso (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016). Nas diversas áreas: Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, os dados encontrados nas pesquisas qualitativas refletem crenças, pensamentos e opiniões. A subjetividade desses resultados e a busca constante do rigor metodológico fazem com que a análise de dados seja uma etapa crucial para o pesquisador. Por isso, optou-se por trazer o IRaMuTeQ para esta revisão: aumentar o rigor metodológico e facilitar a análise dos dados. É importante ressaltar que o IRaMuTeQ é apenas um instrumento de exploração. A interpretação crítica dos gráficos e sua relação com a referência bibliográfica deve ser realizada pelo pesquisador. (LAHLOU, 2012).

Os resultados e discussão desta revisão serão apresentados por quatro tipos de gráficos de análise textual IRaMuTeQ: 1 – Especificidades e AFC, 2 - Análise de Similitude, 3 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e 4 - Nuvem de Palavras, separando os artigos em língua portuguesa e inglesa. Foram usadas as classes gramaticais: adjetivos, substantivos (nomes comuns), verbos e advérbios em todos os gráficos. As demais classes foram programadas como complementares se necessário. Esta abordagem foi tomada, pois eram poucos artigos em inglês e assim obteve-se homogeneidade entre os resultados da língua portuguesa e inglesa. As análises do tipo CHD foram utilizadas porque obtiveram retenção mínima de 75% dos segmentos de texto. Quando isso não acontece recomenda-se que o método CHD seja abandonado, pois não fornece análise adequada, apenas parcial. Sugere-se utilizar apenas a análise de especificidades (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação dos critérios de seleção estabelecidos na metodologia foram relacionados 32 estudos originais recuperados nas bases de dados consultadas, no período de janeiro de 1996 a março de 2017.

Na tabela 1 observa-se algumas características destes estudos: a base de dados com maior número de trabalhos foi a BVS (31,2%), 75% dos estudos foram artigos, 81,3% referentes a relato de pesquisa, 75% publicados depois de 2007, 50% das publicações são da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM). As publicações da BDTD iniciaram em 2008 com uma tese da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Seguiu sequência anual de uma tese ou uma dissertação e em 2015 destaque para três dissertações sobre o assunto. Depois de 2012 houve maior participação das Escolas do Nordeste em especial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com 40% das dissertações e 33,3% das teses da BDTD.

Verifica-se que a produção brasileira sobre OSCE iniciou no ano de 1996, 21 anos após a primeira publicação escocesa de Harden et al. (1975), provavelmente porque este tipo de avaliação só começou a ser praticado no Brasil, por poucas Escolas Médicas, nos meados de 1990 (TURINI et al., 2012; MAZZONI; MORAES, 2012; DAUD-GALLOTTI, SANTOS, TIBÉRIO, 2012).

A partir de 2012 há aumento na participação das Escolas Médicas Nordestinas na produção científica nacional. Isso tem relação com a maior divulgação de metodologias ativas de avaliação e aprendizagem associado ao crescimento de laboratórios de habilidades pelo país, aumento do número de novas escolas médicas, as exigências curriculares dispostas nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 e aplicação de novas avaliações reguladoras dos cursos de Medicina como a ANASEM. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).

A tabela 2 descreve os principais objetivos dos estudos selecionados. A maior parte dos estudos (81%) tem como objetivo comparar métodos avaliativos, descrever as percepções docentes e discentes sobre este tipo de exame ou credenciar as características do OSCE em diversas situações (clínica cirúrgica, pediatria, saúde sexual e reprodutiva, psiquiatria e saúde bucal).

Tabela 1 - Caracterização geral das produções encontradas.

<b>Publicação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Base de Dados Eletrônica</b>		
CAPES	9	28,2
BVS	10	31,2
PUBMED	5	15,6
BDTD	8	25
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Tipo de Publicação</b>		
Artigo	24	75
Dissertação	5	15,6
Tese	3	9,4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Categoria de Estudo</b>		
Relato de Pesquisa	26	81,3
Revisão Teórica	6	18,7
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Período da Publicação</b>		
1996 a 2000	4	12,5
2001 a 2006	4	12,5
2007 a 2011	9	28,2
2012 a 2017	15	46,8
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Revistas (Artigos)</b>		
Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM)	12	50
Revista Associação Médica Brasileira (Rev. Assoc. Med. Bras.)	3	12,5
Revista Medicina Ribeirão Preto (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto)	3	12,5
São Paulo Medical Journal (Revista Paulista de Medicina)	2	8,3
Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões	1	4,2
Revista Eletrônica Gestão &Saúde (Universidade de Brasília)	1	4,2
Medical Teacher	2	8,3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
<b>Dissertações (Escolas)</b>		
Universidade Federal de Rondônia	1	20
Universidade Federal de São Paulo	1	20
Universidade Federal de Goiás	1	20
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2	40
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
<b>Teses (Escolas)</b>		
Universidade Estadual de Campinas	1	<b>33,3</b>
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	1	<b>33,3</b>
Universidade Federal de Minas Gerais	1	<b>33,3</b>
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 – Objetivo da Publicação.

<b>Objetivo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Descrever conceito teóricos sobre as avaliações de habilidades, o método OSCE e divulgar a Avaliação Estruturada (AE) na formação médica.	6	18,8
Comparar métodos avaliativos como Conceito Global Itemizado (CGI), AE, Prova Teórica (PT), Portfólio.	3	9,5
Identificar as dificuldades na avaliação dos estudantes de Medicina, conhecer os sentimentos, conceitos e crenças dos professores frente ao processo e identificar os fatores que dificultam e facilitam esta avaliação.	1	3,1
Avaliar o impacto de reforma curricular no desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina.	2	6,2
Identificar as competências essenciais ao médico para atender crianças e adolescentes e avaliar se os estudantes ao final do curso conseguem executá-las com autonomia e segurança.	2	6,2
Investigar os métodos utilizados na avaliação do aluno ao final do estágio de clínica cirúrgica e implementar o método Objective Structured Practical Examination (OSPE) como instrumento de avaliação em Cirurgia Geral.	3	9,5
Avaliar a confiabilidade e a validade de um OSCE com estações elaboradas para avaliação de componentes atitudinais.	1	3,1
Utilizar o OSCE como instrumento avaliativo em estágio de urgência pré-hospitalar para os cursos de medicina e enfermagem.	1	3,1
Utilizar o OSCE como instrumento avaliativo para relacionar e comprovar a influência do internato mais prolongado na aquisição de habilidades e melhor desempenho nos exames de residência médica.	1	3,1
Descrever as percepções dos alunos e professores sobre o OSCE.	2	6,2
Descrever a participação de estudantes de Medicina como avaliadores no OSCE.	1	3,1
Descrever as etapas de elaboração de um OSCE, bem como a avaliação da qualidade das estações e a percepção do estudante de Medicina sobre a sua realização.	3	9,5
Utilizar o OSCE como instrumento avaliativo para verificar o nível de conhecimento basal de alunos do quinto ano de Medicina sobre saúde bucal e mensurar os ganhos em conhecimento e a habilidade de aconselhamento após treinamento.	1	3,1
Melhorar a avaliação de internos com casos longos estruturados e padronizados.	1	3,1
Investigar se a competência para fazer a história clínica é influenciada pelo desempenho relacionado às habilidades de comunicação e completude do questionamento ao conteúdo com perguntas-chave.	1	3,1
Avaliar a inserção da temática saúde sexual e reprodutiva no currículo do curso de graduação em Medicina.	1	3,1
Relatar uma experiência de ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina.	1	3,1
Avaliar, por meio de <i>checklist</i> , a habilidade de comunicação da má notícia apresentada por acadêmicos de Medicina em prova prática no modelo OSCE.	1	3,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.





Os estudos mostram aplicação deste tipo de exame em várias situações clínicas o que indica crescente preocupação em adequar o OSCE nas Escolas Médicas, abrangendo as condições e complicações mais frequentes, além de verificar a efetividade desse exame no aprendizado do estudante brasileiro, mas a escassez de pesquisas direcionadas para quantificar a validade, confiabilidade, viabilidade, aceitabilidade e impacto destes tipos de avaliação na realidade brasileira pode facilitar a banalização do método (TIBÉRIO et al., 2012).

No gráfico nuvem de palavras da língua inglesa (gráfico 2) predomina as palavras “**student**”, “**skill**”, “**OSCE**” e “**examination**”. Entre os cinco textos em inglês não há revisão teórica ou estudo bibliográfico. Diferente dos textos em português em que dos 27 textos selecionados seis (22%) são revisão teórica.

Nos principais artigos na língua portuguesa o descritor "Avaliação de Habilidades Clínicas" foi o mais prevalente. Verifica-se a preocupação em divulgar e entender os princípios teóricos fundamentais do OSCE conforme documentado em vários Guidelines, Protocolos ou Manuais descritos na literatura internacional (KHAN et al., 2013; MCC, 2013; OSCE MANUAL, 2014).

Os artigos em inglês são todos relatos de pesquisas quantitativas com índices estatísticos dimensionando o desempenho dos alunos em diversas condições, por isso predomina a palavra “**student**” na nuvem de palavras do gráfico 2.

Ambas as nuvens de palavras (português e inglês) evidenciam a preocupação dos estudos analisados sobre a avaliação das habilidades clínicas dos estudantes pelo corpo docente de forma estruturada e profissional. Nos últimos anos, a evolução tecnológica na educação médica disponibilizou ampla variedade de simulação, aumentando o crescimento do conhecimento discente, proporcionando prática segura e controlada e moldando a aquisição de habilidades clínicas dos jovens médicos. De acordo com Issenberg et al. (2005, p.7) pelo menos cinco fatores contribuem para o aumento das simulações na educação médica: “(a) problemas com o ensino clínico; (b) novas tecnologias para diagnóstico e gestão; (c) avaliação de competência profissional; (d) erros médicos, segurança do paciente e treinamento em equipe; e (e) o papel da prática deliberada”.

Gráfico 2. Nuvem de Palavras das publicações em inglês (5 textos).



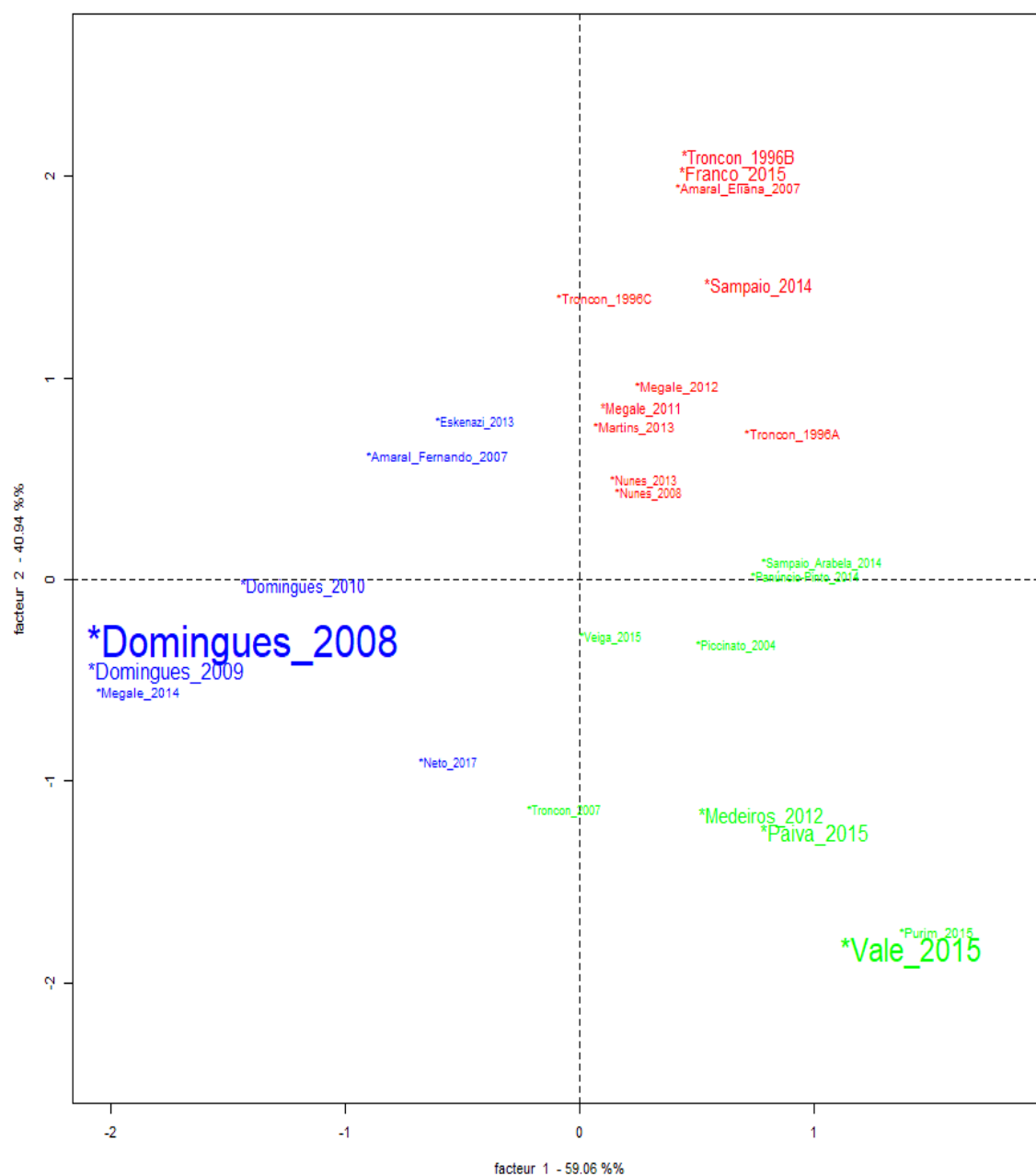
Fonte: Dados da pesquisa.

Os gráficos 3, 4, 5 e 6 descrevem os principais autores encontrados e sua importância com o grupo léxico específico entre os estudos da língua portuguesa. Já os gráficos 7, 8, 9 e 10 comparam os artigos em inglês.

No gráfico 3 observa-se que os pesquisadores Domingues et al (2008) se destacam no grupo azul, no qual predomina a sigla "**CGI**", seguido de "**mediano**" e "**docente**", visível no gráfico 4, classe 3 no gráfico 5 e 6. Isso acontece porque

Domingues et al (2008) escreveram estudo comparando métodos avaliativos como a Avaliação Estruturada tipo OSCE e o Conceito Global Itemizado (CGI). Ainda se destaca o artigo de Megale et al. (2015) sobre as percepções e sentimentos de professores de Medicina frente à Avaliação dos Estudantes e Sombra-Neto et al. (2017) que fazem referência a habilidade de comunicação de más notícias.

Gráfico 3. Especificidades de Grupos dos textos em português.



Fonte: Dados da pesquisa.

Eskenazi, Martins, Ferreira-Junior (2013, p.235) aparecem mais distante do centro no grupo azul, pois tinham como objetivo “verificar o nível de conhecimento basal de alunos do quinto ano de Medicina sobre saúde bucal e mensurar os ganhos em conhecimento e a habilidade de aconselhamento após treinamento”, mas para isso, treinaram os alunos presencialmente e a distância com tele-educação e curso supervisionado on-line.

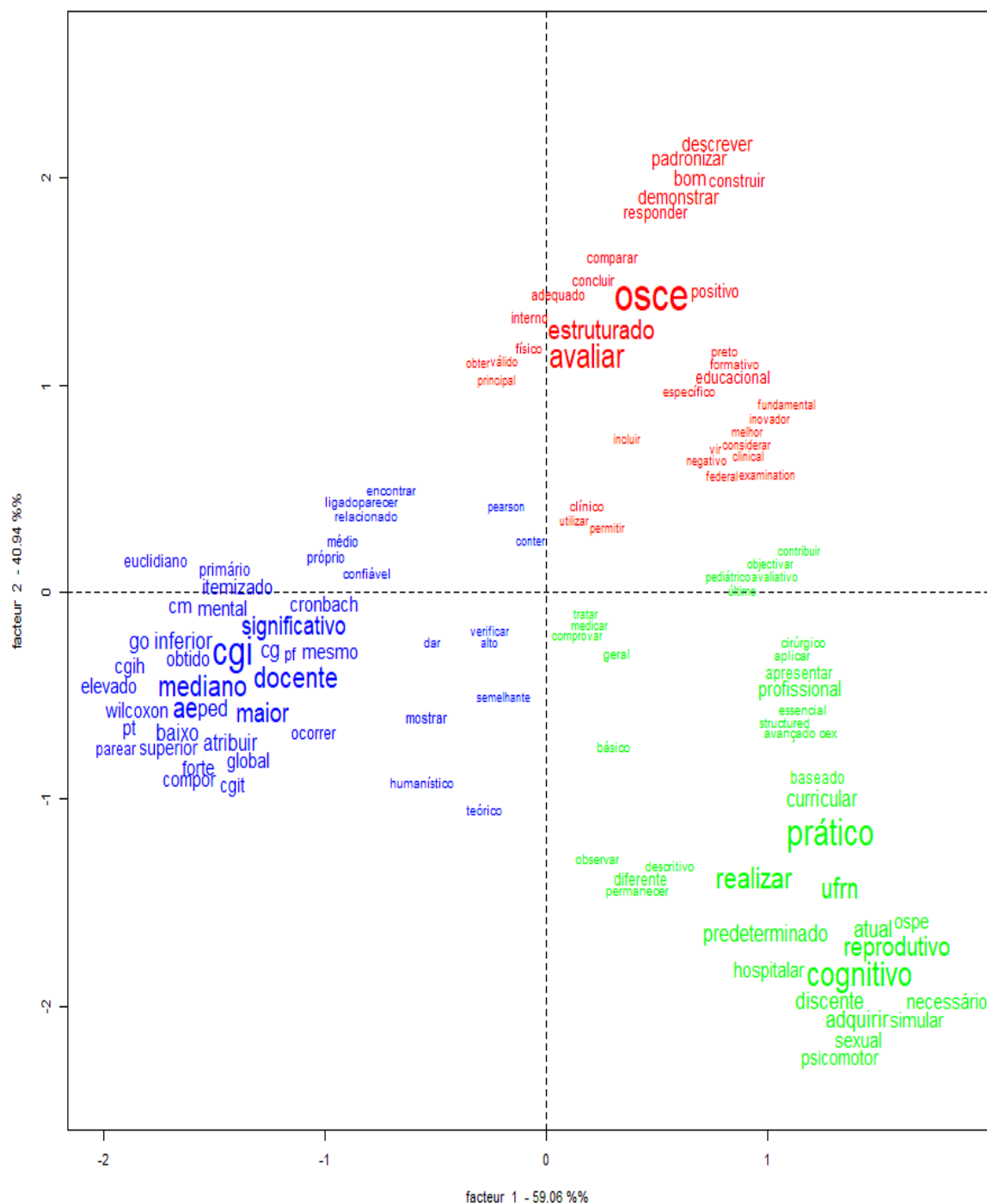
Ainda no grupo azul mais distante do centro estão Amaral, Troncon (2007, p. 81) que “descrevem duas experiências realizadas com o objetivo de verificar se estudantes de Medicina de etapas avançadas podem ser utilizados em OSCE para avaliar habilidades clínicas básicas de alunos iniciantes”. Eles compararam as notas dadas por alunos avaliadores e professores e concluíram estatisticamente que “estudantes em fase de treinamento podem ser utilizados como examinadores confiáveis em exame de habilidades clínicas de estudantes iniciantes” (AMARAL, TRONCON, 2007, p.81).

O grupo vermelho no gráfico 3 é mais homogêneo com discreto predomínio dos autores Troncon et al. (1996b) e Franco et al. (2015). Os estudos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) se destacam na primeira década da produção científica brasileira sobre OSCE. As principais e primeiras revisões sobre o assunto são dos autores vinculados a esta IES como também os primeiros experimentos do método no Brasil com estudantes de Medicina. Já Franco et al. (2015) descrevem a aplicação do OSCE na Pontifícia Universidade Católica do Paraná em associação com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Este estudo tem como objetivo descrever o OSCE e a percepção dos alunos com cenários que avaliem as competências de comunicação e profissionalismo. Neste grupo vermelho está concentrado a maior parte dos artigos de revisão ou estudo bibliográficos e, por isso vai predominar as palavras "OSCE", "avaliar" e "estruturado", vide gráfico 4.

Ainda no grupo vermelho, observa-se dois artigos de Nunes et al. (2008) e Nunes et al. (2013). Estes autores desenvolveram suas pesquisas na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Fazem referência a experiência sobre o ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado. O OSCE foi usado avaliação de desempenho no final do curso e a experiência descrita “no ensino de Habilidades e Atitudes permitiu a integração entre o conhecimento dedutivo e cognitivo da prática clínica e um sistema de vários

métodos de avaliação de competências clínicas” (NUNES et al., 2013, p.130).

Gráfico 4. Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em português.



Fonte: Dados da pesquisa.

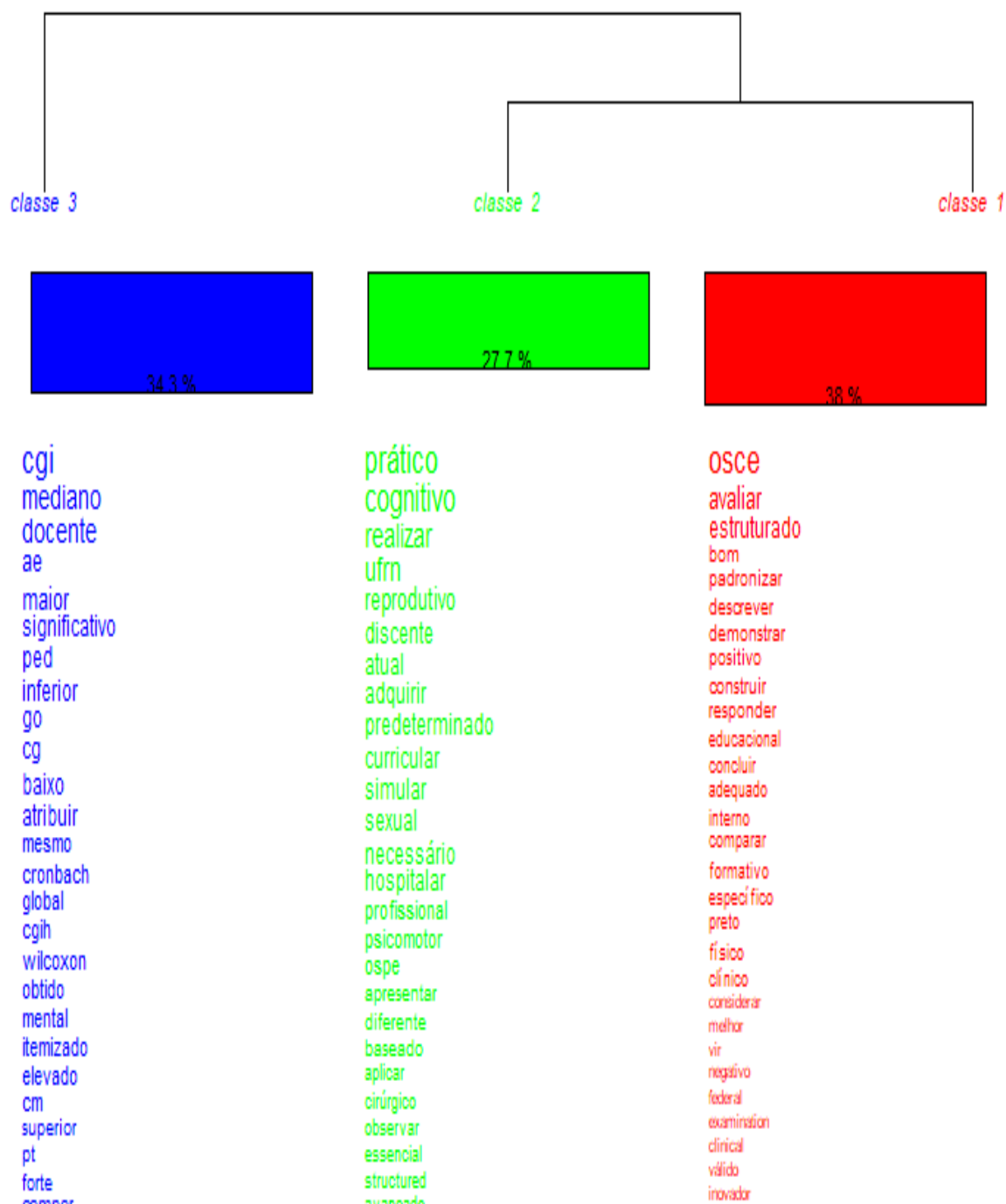
No grupo verde há destaque para o autor Vale (2015) que escreveu dissertação sobre o uso do OSCE para avaliar o desempenho de estudantes de

medicina e enfermagem no atendimento de urgência pré-hospitalar. Neste grupo predomina autores que descrevem o OSCE para avaliar diversas situações como: urgência e emergência, saúde sexual e reprodutiva e clínica cirúrgica. Medeiros (2012) com uma dissertação na área de saúde sexual e reprodutiva; Vale (2015) na urgência e; Paiva (2015) e Veiga (2015) na clínica cirúrgica. A maioria das dissertações específicas estão neste grupo com predomínio das palavras "**prático**", "**cognitivo**", "**realizar**" e "**UFRN**", vide gráfico 4. "UFRN" referente a Universidade Federal do Rio Grande do Norte com destaque as dissertações dos autores Vale (2015) e Medeiros (2012), ambos desta instituição.

Piccinato et al. (2004) tiveram como objetivo principal "avaliar o impacto de reforma curricular no desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)". Utilizaram três métodos avaliativos para verificar desempenho dos alunos em duas propostas curriculares diferentes. Um destes métodos foi o OSCE. A conclusão foi que a nova estrutura curricular implantada "[...] associou-se ao aumento da aquisição de conhecimentos nas áreas mais gerais de atuação médica e a melhora do desempenho prático em habilidades clínicas fundamentais" (PICCINATO et al., 2004, p. 68).

Destaque ainda neste grupo verde para dissertação de Veiga (2015). Este autor, vinculado a Universidade Federal de Rondônia, comparou três métodos avaliativos em alunos do quinto ano de medicina em estágio supervisionado em Clínica Cirúrgica. Observou que o OSCE não teve alto índice de confiabilidade porque tinha poucas estações: "[...] uma ou duas estações de cirurgia não são suficientes para avaliar de forma completa competências" (VEIGA, 2015, p.48). Este fato é condizente com a literatura que sugere pelo menos 12 estações para cada área, variando ainda de 14 a 18 estações como ideal, com um avaliador diferente em cada cenário, duração de duas a quatro horas, sendo mais confiável OSCE com quatro a oito horas de execução e, duração entre cinco a dez minutos para procedimentos e cenários com pacientes entre 15 e 30 minutos (KHAN et al., 2013; MCC, 2013; OSCE MANUAL, 2014; BRANDÃO, COLLARES, FERNANDES, 2017).

Gráfico 5. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português A.



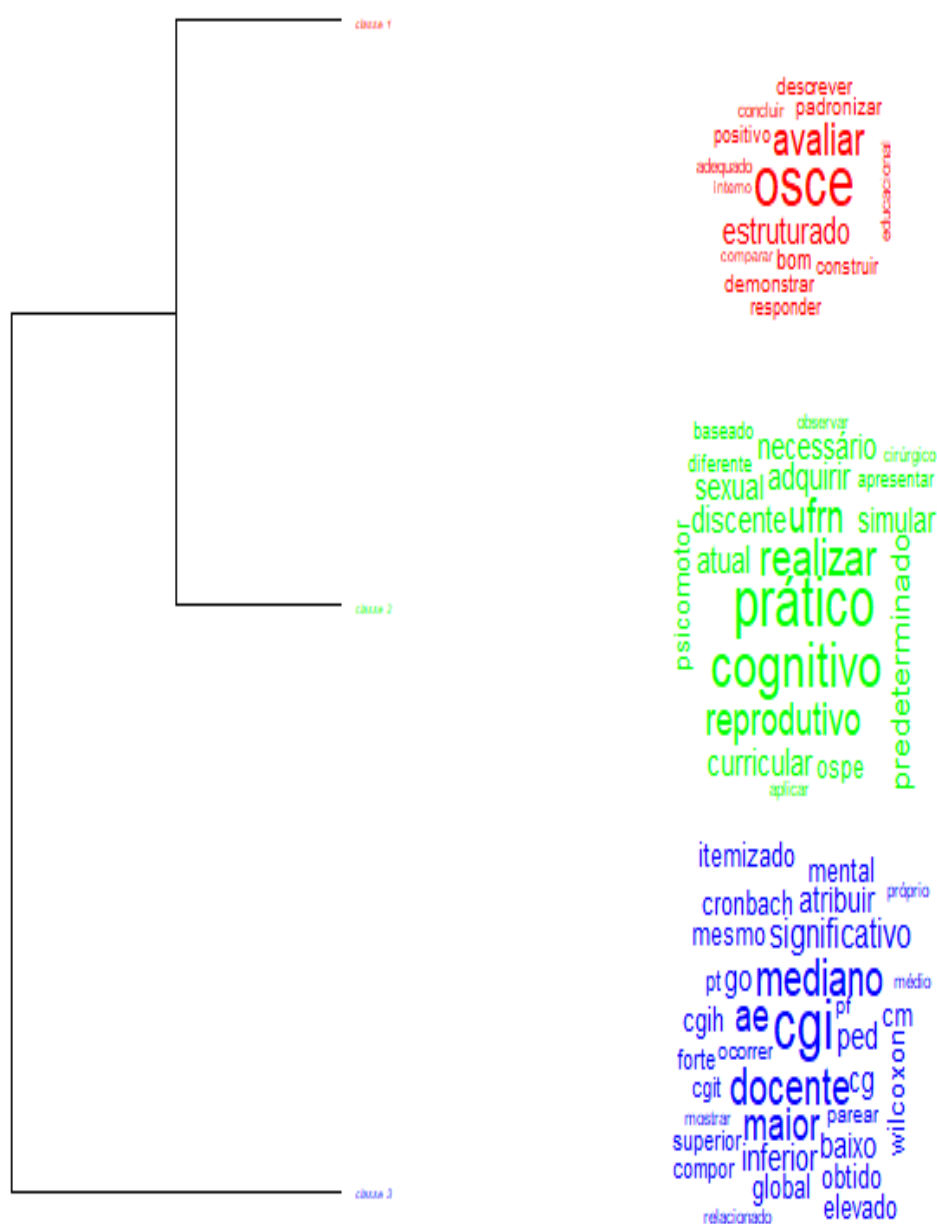
Fonte: Dados da pesquisa.

A principal característica educativa do OSCE é seu caráter formativo e nesse processo para melhorar o desempenho dos estudantes, o professor é fundamental. O docente deve ter em mente que a avaliação é um momento de aprendizagem e o uso apropriado do feedback pode facilitar o aprendizado significativo do aluno. Logo os docentes devem estar bem preparados como clínicos e avaliadores (AMARAL, DOMINGUES, BICUDO-ZEFERINO, 2007). “Estudos



demonstram falta de homogeneidade nos critérios usados pelos docentes para atribuir notas e falhas na detecção de erros cometidos pelos alunos” (AMARAL, DOMINGUES, BICUDO-ZEFERINO, 2007, p.289). Vários trabalhos selecionados por esta revisão comprovam a necessidade da qualificação docente ou melhor estruturação institucional para aumentar a confiabilidade e validade dos testes. Exemplo: Amaral, Domingues, Bicudo-Zeferino (2007); Domingues, Amaral, Bicudo-Zeferino (2010) e a dissertação de Veiga (2015).

Gráfico 6. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português B.



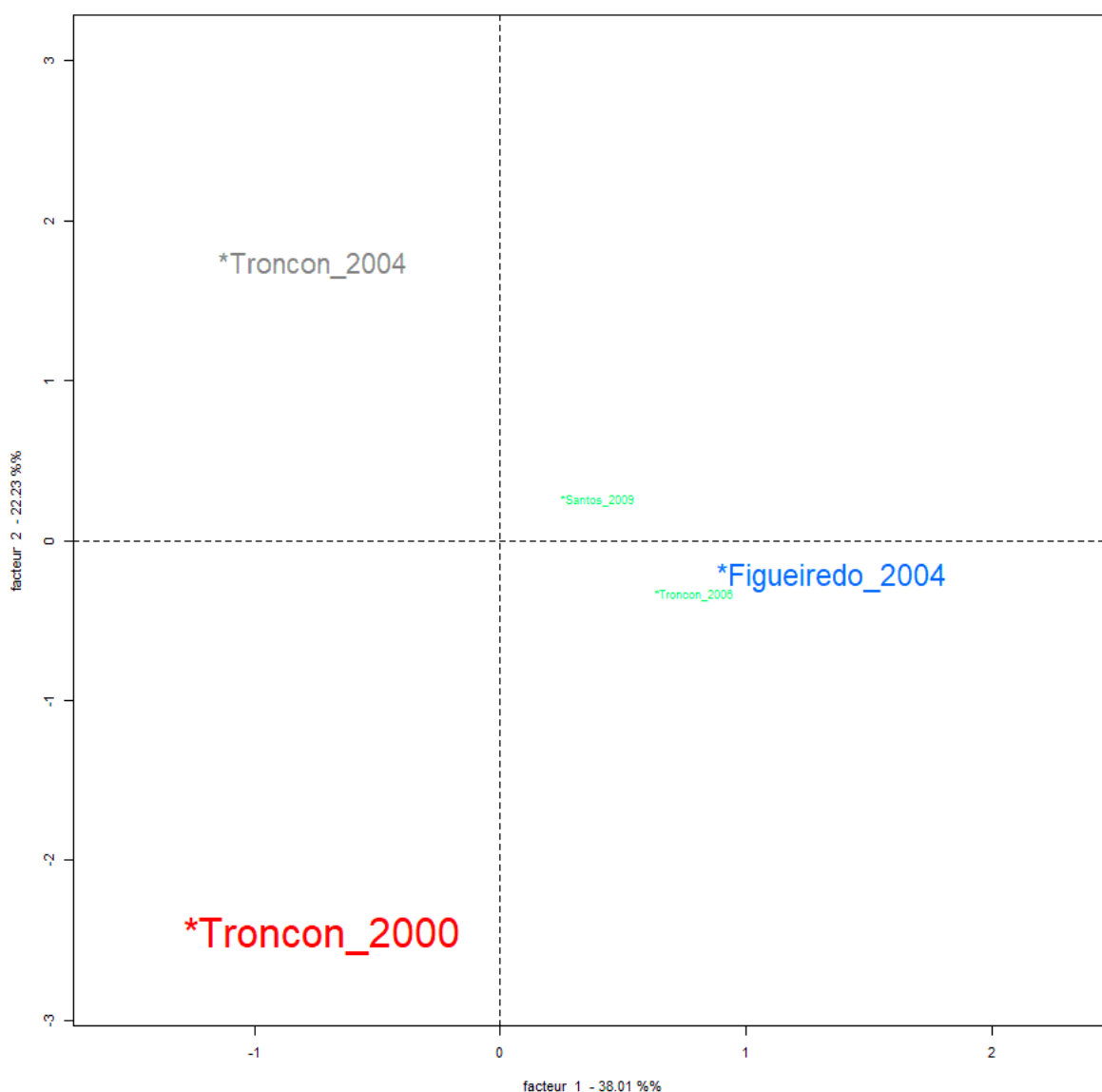
Fonte: Dados da pesquisa.

Naqueles estudos em que o objetivo é a percepção discente e docente, como os trabalhos de Megale (2011), Megale et al. (2012) e Sampaio et al. (2014), conclui-se satisfação dos avaliados sobre o OSCE e perspectiva de aprendizado das habilidades essenciais para o exercício da boa prática médica. Estas habilidades essenciais (coleta de anamnese, realização de exame físico e boa comunicação) são fundamentadas em estudos que definiram as competências básicas do médico (TRONCON, 1996; CORE COMMITTEE, 2002; STERN, WOJTCZAK, SCHWARZ, 2003).

Os gráficos 7, 8, 9 e 10 são pertinentes aos artigos em inglês. Nesta pesquisa não foram encontrados artigos exclusivamente em inglês depois do ano de 2010. Apenas cinco textos integralmente em inglês com destaque a produção da FMRP-USP e FMUSP, sendo quatro artigos da FMRP-USP e um dos autores Santos, Vieira, Nunes (2009) da FMUSP.

Nestes gráficos observa-se um maior distanciamento dos autores porque são apenas cinco textos e praticamente cada artigo gera seu próprio léxico e grupo lexical. Mas há coerência de produção pois no gráfico de nuvens de palavras (gráfico 2) e de similitude (gráfico 12) visualiza-se forte relação entre as palavras principais "student", "skill", "OSCE" e "examination". Os dois últimos artigos Troncon (2006) e Santos, Vieira, Nunes (2009), apesar de serem de escolas diferentes tem semelhanças, conforme visualizado nos gráficos 7, 8, 9 e 10 que mostram estes estudos no mesmo grupo (verde) lexical com predomínio das palavras "score", "group" e "year".

Gráfico 7. Especificidades de Grupos dos textos em inglês.

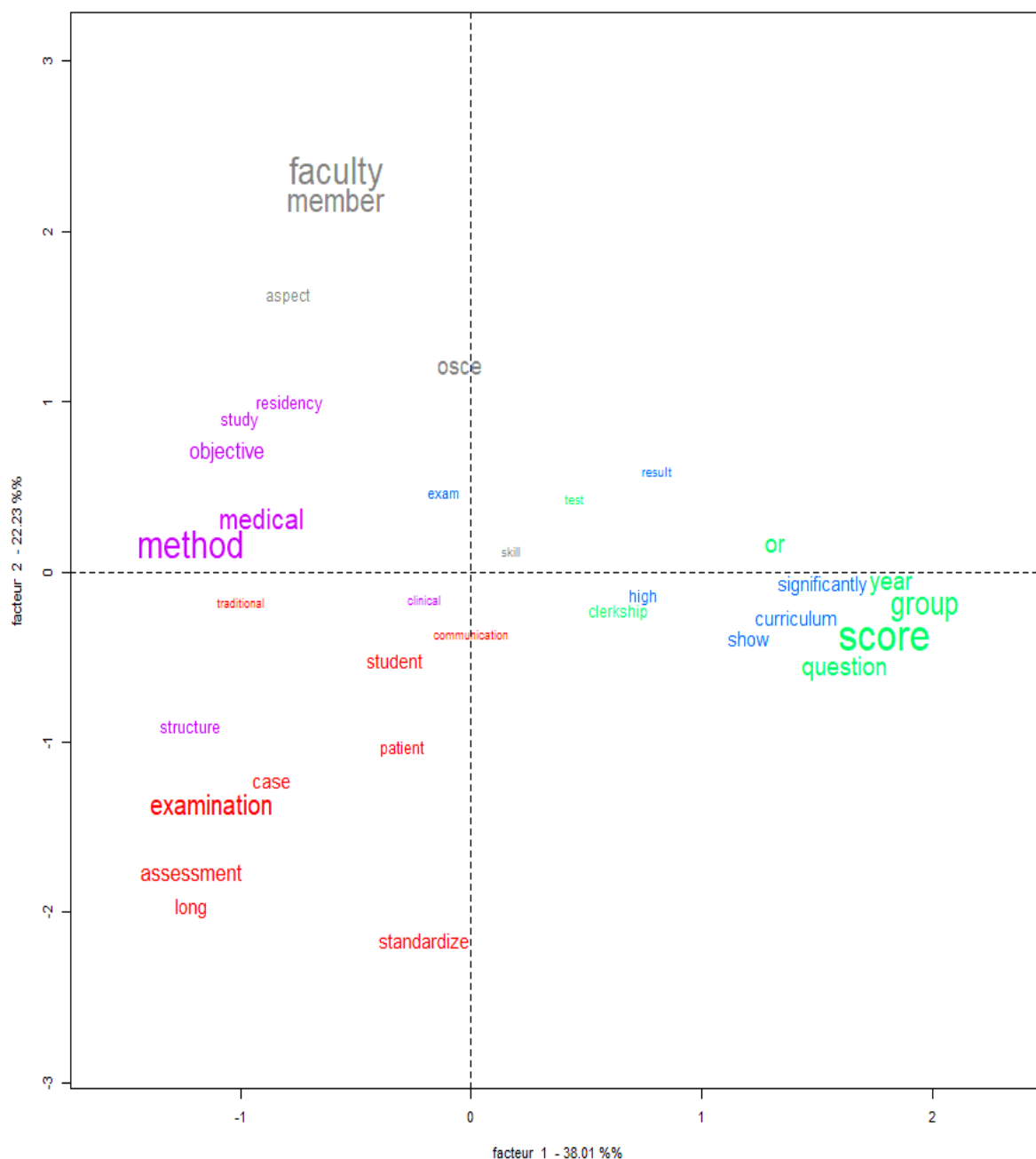


Fonte: Dados da pesquisa.

Nas publicações na língua inglesa há ênfase na validação do OSCE em algumas escolas brasileiras. Procura-se comprovar a efetividade do método com estudantes brasileiros, através de dados estatísticos de confiabilidade como Cronbach's alpha ou coeficiente G. Para realçar a qualidade de avaliações tipo OSCE é essencial verificar a performance psicométrica dos avaliados. Departamentos e instituições que aplicam o OSCE deveriam dispor de especialista na área Psicométrica para auxiliar este processo. A análise psicométrica das estações da OSCE é pouco descrita na literatura de educação médica em comparação com testes baseados no conhecimento. (TAVAKOL, DENNICK, 2011;

KHAN et al., 2013).

Gráfico 8. Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em inglês.



Fonte: Dados da pesquisa.

Mas vale ressaltar que a validade do OSCE vai depender mais das pessoas que o desenvolvem, aplicam e utilizam do que do instrumento em si. “Desse modo, deve-se reconhecer que a garantia da qualidade psicométrica do OSCE depende das condições de seu planejamento e de sua efetiva

implementação” (BRANDÃO, COLLARES, FERNANDES, 2017, p. 86). Entretanto, alguns fatores podem invalidar o OSCE: aqueles relacionados a sub-representação do constructo avaliado e a variância irrelevante do constructo. A sub-representação é exemplificado com número insuficiente de estações para avaliar determinada competência. Para evitar este fenômeno deve ser adotado o *blueprint*. Com isso, a equipe tem uma visão panorâmica das tarefas similares a serem cumpridas naquelas estações. Outro exemplo de sub-representação é a incompatibilidade da tarefa com o nível dos participantes. Assim o cenário provocará muitos insucessos e resultados muito variados, ocasionando baixa confiabilidade (BRANDÃO, COLLARES, FERNANDES, 2017).

Gráfico 9. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês A.

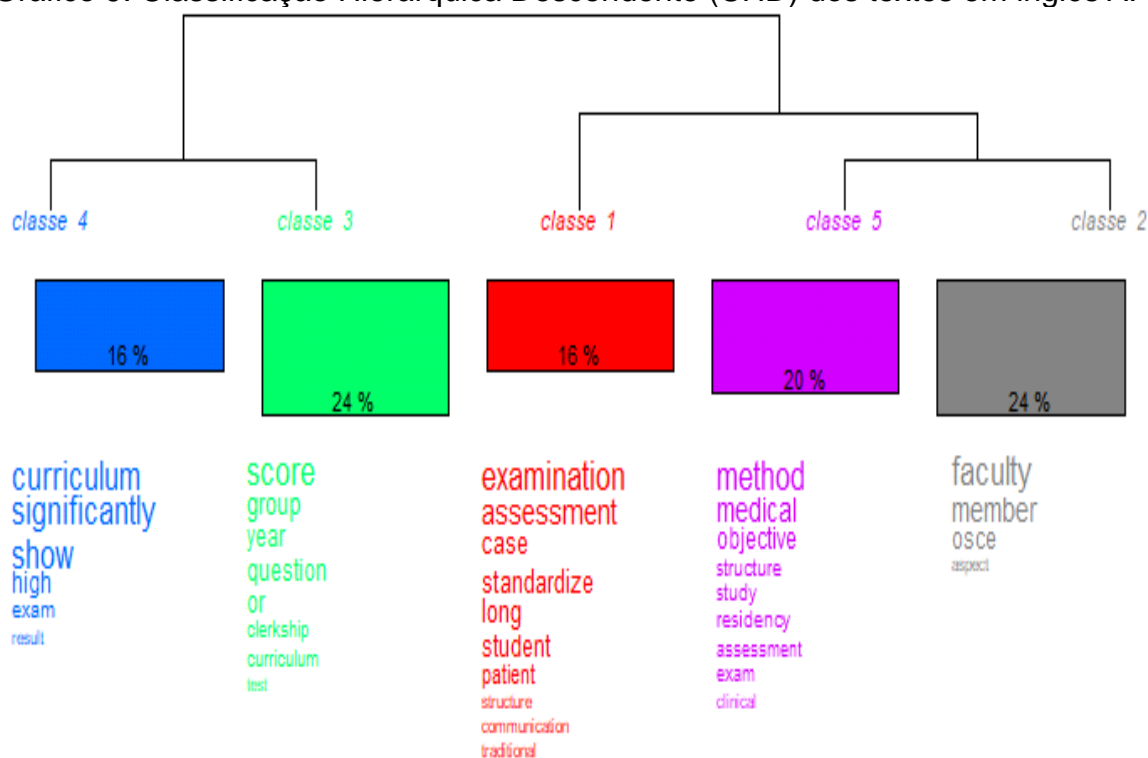
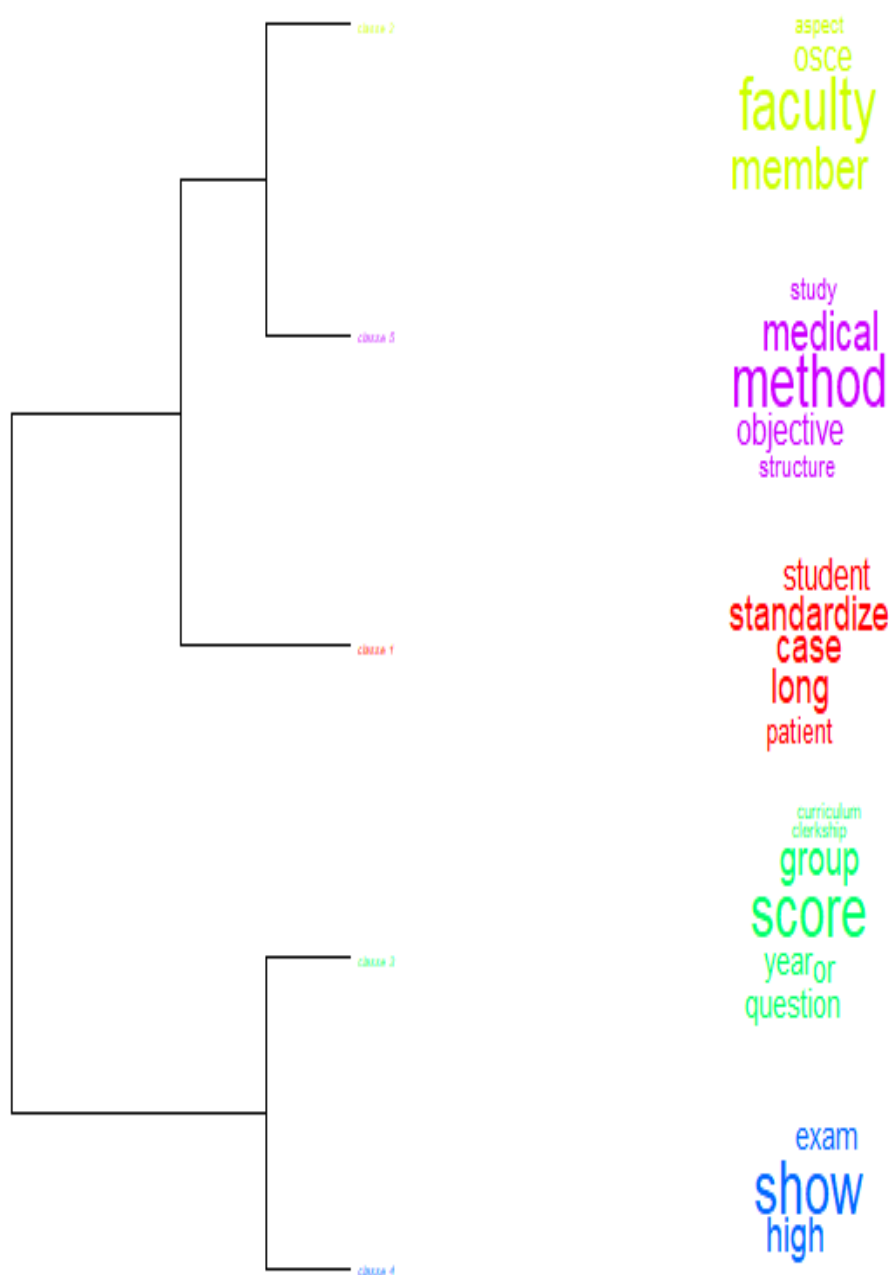


Gráfico 10. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês B.



Fonte: Dados da pesquisa.

Os gráficos 11 e 12 mostram a análise de similitude dos textos em língua portuguesa e inglesa respectivamente. Fica claro a forte relação das palavras "OSCE", "clínico" e "avaliar" na produção portuguesa. Isso evidencia a coerência e proximidade da escrita dos diversos autores. Com a produção inglesa também é evidente a relação das principais palavras, o que comprova similitude destes artigos







Fonte: Dados da pesquisa.

Na amostragem da presente pesquisa, alguns estudos como Veiga (2015) mostram que os métodos de avaliação utilizados na sua instituição não possuem confiabilidade em sua aplicação e não avaliam todos os níveis da Pirâmide de Miller. Esse fato condiz com Issenberg et al. (2005), os quais fizeram ampla revisão sistemática sobre o uso da simulação na educação médica e concluíram que os resultados das pesquisas sobre o uso e eficácia da tecnologia de simulação na educação médica é dispersa, inconsistente e varia amplamente em rigor metodológico e foco substantivo.

Nesta revisão sistemática Issenberg et al. (2005) sugerem dez características básicas para que a simulação médica facilite o aprendizado significativo. Estas incluem o seguinte: 1 – *Feedback*; 2 - Prática repetitiva; 3 - Integração curricular; 4 - Alcance do nível de dificuldade; 5 - Várias estratégias de aprendizagem; 6 – Captura da variação clínica; 7 – Ambiente controlado; 8 – Aprendizagem individualizada; 9 – Resultados definidos; 10 – Validade do simulador. Sendo que o *feedback* e a prática repetitiva foram encontrados como principal característica em 47% e 39% dos artigos revisados, respectivamente.

Com vasta evidência literária fica claro que o OSCE é um método no qual sua sistemática deve ser respeitada para poder cumprir seu objetivo educacional. Em resumo, a equipe envolvida no OSCE deve definir as competências a serem avaliadas; elaborar o cenário de forma objetiva com as instruções adequadas a todos os componentes, inclusive o aluno; o assunto cobrado deve ter fundamentação teórica em Medicina Baseada em evidências; *script* e preparo (*moulage*) do ator deve ser exaustivo, sem interferências pessoais e pouca fidelidade; elaborar *checklist* com exatidão e clareza; fazer *blueprint* dos cenários e testá-los antes da aplicação avaliativa formal, detectando precocemente ajustes necessários e; privilegiar o enfoque principal deste exame na graduação que é a realização de *feedback* positivo e construtivo na aprendizagem significativa dimensionada pelo professor.

## SÍNTESE DAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS

Nesta sessão, será exposta uma síntese dos estudos selecionados. A descrição dos textos seguirá a ordem cronológica de publicação.

Na década de 90, tem-se os trabalhos iniciais sobre OSCE no Brasil. Estes estudos são de autoria de pesquisadores vinculados a FMRP-USP. São três: Troncon (1996a), Troncon et al. (1996b), Troncon et al. (1996c).

Em Troncon (1996a) prioriza-se a discussão sobre avaliação do estudante de Medicina e as competências médicas a serem adquiridas. É um artigo teórico de revisão sobre o assunto e com ênfase no processo educativo da avaliação de competências. Descreve os tipos de avaliação e destaca o exame formativo, conceituando-o e priorizando o *feedback* como a sua principal característica. A avaliação é um momento de aprendizagem significativa quando cumpre esse conceito básico. Mas o instrumento ideal de avaliação dispõe de três atributos fundamentais: validade, fidedignidade e viabilidade. O autor define competências na Medicina como sendo as habilidades intelectuais ou físicas necessárias para um determinado fim, passíveis de serem ensinadas, aprendidas e avaliadas. E refere a importância da Taxonomia de Bloom para caracterizar essas habilidades que podem estar presentes em um de três grandes domínios: o cognitivo, o psicomotor e o afetivo. Depois o autor foca no OSCE como método avaliativo que abrange os três domínios acima, além de garantir validade, fidedignidade e viabilidade.

Neste primeiro artigo Troncon (1996a) critica a avaliação tradicional somativa que preza somente pela cognição e não valoriza outras habilidades. Esse tipo de exame é como o binômio prêmio-castigo, pois prestigia quem tem excelentes notas e desvaloriza ou menospreza aquele com piores notas, mas não oferece condições para superar os erros ou não avalia as habilidades motoras e afetivas.

Troncon et al. (1996b) e Troncon et al. (1996c) relatam a primeira descrição de avaliação tipo OSCE no Brasil. Os alunos selecionados para essa avaliação estavam cursando a disciplina de Semiologia Geral da FMRP-USP, a qual era ministrada no primeiro semestre do terceiro ano do curso durante seis semanas. Decidiu-se aplicar seis estações sobre exame físico e anamnese (tomada de história clínica), sendo usados quatro pacientes reais para avaliar a habilidade de exame físico e dois simulados para avaliar a tomada da história clínica. Depois de estruturado o "*blueprint*", o "*checklist*" e o treinamento dos pacientes simulados e

reais foi aplicado o exame em condições de infraestrutura adequadas. Cada cenário tinha a duração de seis minutos. Uma semana após a prova, os alunos responderam um questionário de opinião. A maioria dos estudantes (69,6%) consideraram o exame estressante e houve maior aceitação as duas estações relativas a anamnese, do que aquelas envolvendo o exame físico. Os itens "tempo disponível para cada estação" e "estresse" foram mencionados por muitos alunos como tendo impacto negativo no seu desempenho e dos 41 estudantes examinados 6 (14,6%) tiveram desempenho Excelente, 13(31,7%) Bom, 19(46,4%) Médio e apenas 3 alunos (7,3%) Ruim (TRONCON *et al.*, 1996c).

Com estes estudos os autores concluíram que a avaliação tradicional não conseguia verificar as falhas e deficiências dos estudantes como o OSCE. Com o OSCE “foi possível discriminar com muito mais segurança, dispondo com dados documentais mais concretos, os estudantes com padrão insuficiente de desempenho” (TRONCON *et al.*, 1996c, p.56). Entretanto avaliações tipo OSCE dependem de grandes investimentos de tempo, de dinheiro e esforço, indispensáveis para sua organização e conclusão de forma satisfatória. Estes fatores, muitas vezes, não estão disponíveis nas escolas médicas brasileiras e a obrigação pode recair exclusivamente sobre o corpo docente. Os professores podem ficar sobrecarregados e apresentar resistência a este tipo de exame.

Troncon *et al.* (2000) escrevem o primeiro artigo em inglês. Publicado na revista *Medical Teacher* os autores descrevem a aplicação de um exame clínico objetivo estruturado com casos longos para estudantes do internato (dois últimos anos do curso de Medicina). O exame proposto consistiu em uma sequência de dois casos longos inteiramente observados e organizados. O aluno ficava 25 minutos com o primeiro paciente e focava na história e exame físico, depois tinha dois minutos para se organizar para a entrevista com o examinador. Durante oito minutos respondia quatro perguntas estruturadas visando avaliar a perspicácia clínica, o raciocínio clínico e gerenciamento de pacientes. Depois recebia imediatamente *feedback* do examinador sobre seu desempenho. Seguiu então para outro cenário com novo paciente e fazia a mesma sequência com outro avaliador. Todos os 27 alunos examinados realizaram as tarefas esperadas, além disso, os pacientes selecionados cumpriram o cronograma proposto e nenhum incidente ou abandono foi gravado em qualquer uma das duas corridas do exame. Em 89% das decisões tomadas, houve um acordo total ou parcial entre os dois examinadores e a taxa de

desacordo foi bastante baixa (11,0%).

Troncon et al. (2000) observam que alguns alunos apresentaram deficiências na habilidade de exame físico, o que os autores acreditaram ser consequência de um declínio gradual no tempo disponível para ensino de habilidades clínicas no currículo de graduação. O fornecimento de *feedback* imediato após o exame foi reconhecido como uma melhoria substancial no valor educacional e, apesar de o estudo não ter avaliado a resposta dos estudantes ao método proposto, muitos discentes expressaram informalmente sua satisfação em relação a este ponto específico do exame.

Em 2004, têm-se três artigos: Piccinato et al. (2004), Troncon (2004) e Figueiredo et al. (2004). Todos vinculados a FMRP-USP. Piccinato et al. (2004) pretenderam avaliar o impacto de reforma curricular no desempenho dos discentes em relação aos objetivos educacionais da Faculdade de Medicina. Segundo os autores, experiências similares foram realizadas em outras escolas médicas como na *Harvard Medical School* e na *New Mexico School of Medicine*. Para alcançar o objetivo foram selecionados, por sorteio, 222 alunos cursando os três últimos anos da estrutura curricular anterior e 261 nos três primeiros anos da estrutura curricular nova. Os estudantes foram avaliados com provas de habilidades cognitivas, psicomotoras e clínicas, utilizando métodos diversos como: OSCE e *Problem Management Patient* (PMP). Passavam por três módulos. Os dois primeiros eram usados cenários de procedimentos e pacientes padronizados, ou seja, avaliação tipo OSCE e no terceiro módulo requerida avaliação tipo PMP para testar competências específicas, como a escrita de uma prescrição médica hospitalar admissional e o preenchimento do atestado de óbito.

A análise estatísticas dos resultados das provas práticas deste estudo de Piccinato et al. (2004) foi feito pelo método do  $X^2$  (com correção de Yates) e adotou-se um nível de significância estatística de 5%. Os alunos do currículo novo obtiveram desempenho significativamente superior aos do antigo nas provas avaliativas tipo OSCE, mas inferior na avaliação PMP. A explicação para esse acontecido deve ser porque dominar habilidades mais complexas requer maior treinamento para poder integrar conhecimentos e desenvolver o raciocínio clínico do que o que foi fornecido. Os autores concluem que a implantação da nova estrutura curricular aumentou a aquisição de conhecimentos dos alunos nas áreas gerais de atuação profissional e melhorou o desempenho de atividades clínicas fundamentais.

Troncon (2004) escreve outro artigo em inglês na revista *São Paulo Medical Journal* (Revista Paulista de Medicina). Nesta pesquisa Troncon (2004) descreve as percepções de alunos e professores sobre a introdução do OSCE em um curso de Medicina. Participaram 258 estudantes de medicina finalizando o ciclo introdutório sobre habilidades clínicas básicas e seis docentes envolvidos profundamente com a organização do OSCE. A coleta de dados foi feita durante três anos. No primeiro OSCE, 8% dos alunos falharam no exame. Esta porcentagem foi ligeiramente superior à taxa de falha de 3-5% historicamente descrito para o curso. Durante os dois anos seguintes, a taxa de falha caiu para menos que 5%, e a taxa de estudantes aprovados em pelo menos cinco estações ficou superior a 60%.

Conforme os resultados do estudo de Troncon (2004) os estudantes ficaram confortáveis com os casos clínicos e as tarefas propostas, mas quase metade (48%) criticaram a organização do OSCE. Proporções substanciais dos alunos relataram dificuldades com gerenciamento do tempo (70%) e controle do estresse (70%). Melhoria de vários aspectos organizacionais do exame reduziu a crítica a uma minoria (5%) dos estudantes, mas as proporções de alunos que relatam dificuldades com gerenciamento de tempo (40%) e estresse permaneceu alta. O controle do estresse (75%) durante o exame permaneceu praticamente inalterado. Os professores reconheceram a precisão do OSCE, mas criticaram suas limitações para avaliar a abordagem integrada dos pacientes e queixaram-se que o exame exigiu notavelmente tempo e consumo de esforço. O impacto do OSCE no ensino foi considerado limitado, uma vez que outros membros da faculdade não participaram da construção do método e nem se envolveram na discussão dos resultados do exame.

Troncon (2004) constata que vários fatores causaram dificuldade para implantação e mudança no método avaliativo de habilidades clínicas neste curso. E esses fatores não só inclui aspectos práticos, especialmente em relação à escassez de recursos humanos e materiais e dificuldades organizacionais, mas também a fatores culturais locais e circunstâncias que prejudicaram a aceitação do método por estudantes e professores. Particularmente, a ausência de um clima educacional mais favorável foi considerada a mais importante limitação que impediu a utilização permanente do exame proposto nesta Faculdade.

Ainda em 2004, tem-se a pesquisa de Figueiredo et al. (2004), também em inglês e publicada na revista *Medical Teacher*. Os autores pretenderam comparar

a eficácia entre duas estruturas curriculares e verificar qual a melhor grade cumpre os objetivos educacionais da instituição. Para tanto, os alunos eram escritos na pesquisa voluntariamente durante a época em que estavam implementando o novo currículo, logo havia estudantes dos três primeiros anos da nova grade curricular e dos três últimos anos da grade antiga. Deveriam fazer uma prova com 100 questões de múltipla escolha (MCQ), abrangendo medicina interna, pediatria, cirurgia geral e medicina comunitária. Depois faziam três módulos de provas práticas. Os dois primeiros com OSCE e o último com *Patient Management Problem* (PMP). Os dados foram analisados estatisticamente pelo Teste Comparativo Múltiplo Tukey-Kramer para a comparação geral de acordo com o ano de graduação, por análise de variância (ANOVA) para a comparação dos escores médios de acordo com a estrutura curricular, e pelo teste  $X^2$  com Correção de Yates para a comparação de proporções, com o nível de significância estabelecido em 5% em todos os casos.

Segundo Figueiredo et al. (2004) a pontuação média geral dos alunos do novo currículo foram significativamente maiores do que aqueles correspondentes ao anterior. A porcentagem de alunos com pontuação igual ou superior a 70 no novo currículo foi significativamente maior do que o observado na estrutura curricular anterior (24,5% vs. 4,0%;  $p < 0,0001$ ). Por outro lado, a porcentagem de estudantes com escores iguais ou inferiores a 50 foram significativamente inferiores nos participantes da grade curricular antiga (7,7% vs. 26,1%;  $p < 0,0001$ ). Nas avaliações tipo OSCE os discentes do novo currículo obtiveram performance melhor em todos os cenários e nos dois módulos, mas no PMP não tiveram este mesmo resultado, sendo os alunos da grade prévia superiores em performance.

Figueiredo et al. (2004) constatam que a nova grade curricular é superior na aquisição de conhecimento que a anterior. Quanto ao fato da performance não ter sido melhor no módulo 3, refere que situações mais complexas devem ser cobradas em séries mais avançadas do treinamento profissional e que o PMP não é um tipo de avaliação aplicado comumente durante o curso como é o OSCE. Esta técnica (PMP) geralmente requer considerável engajamento e concentração por parte do examinado, um conjunto de condições que provavelmente não foram alcançadas devido à natureza da própria avaliação final, cujo objetivo era avaliar a estrutura curricular e não a estudante que se ofereceu para os exames.

Em 2006, Troncon (2006) escreve mais um texto em inglês na São

*Paulo Medical Journal* (Revista Paulista de Medicina). O presente estudo investigou se as classificações gerais atribuídas por médicos especialistas às habilidades de tomada de história dos estudantes de medicina foram influenciadas por componentes específicos do desempenho. Para cumprir esses objetivos 36 estudantes foram submetidos a estações OSCE. Os examinadores, como médicos experientes, estavam familiarizados com as situações clínicas estruturadas incluídas nos exames objetivos e foram considerados capazes de fazer um julgamento holístico proficiente sobre quão apropriado era a abordagem do examinado para o paciente e o problema clínico. O pessoal padronizado para atuar nas várias estações do exame também estava familiarizado com seus papéis, já que frequentemente serviram em exames anteriores.

No estudo de Troncon (2006) quatro estações foram criadas para o OSCE e as tarefas e conteúdos foram os seguintes: a) caracterizar os sintomas de um paciente do sexo masculino adulto com azia, regurgitação e dispepsia; b) descrever os sintomas de uma mulher adulta com diarreia aguda; c) explorar fatores de risco relacionados a hábitos e estilo de vida para um adulto do sexo masculino com vírus de hepatite B crônico recentemente diagnosticado; e d) caracterizar os hábitos intestinais e fezes de uma criança com diarreia crônica e persistente através da entrevista à mãe. As classificações gerais fornecidas pelo médico especialista em cada estação foram calculadas para formar uma única pontuação agregada para cada aluno. Um resultado geral da performance da OSCE foi obtido pela média dos resultados de todas as outras estações que o aluno passou, após o recálculo, subtraindo o componente de classificação geral para estas quatro estações. Todos os dados foram normalizados e convertidos em porcentagens.

Em Troncon (2006) os dados não mostraram correlação significativa entre os componentes de desempenho investigados e as classificações gerais dos especialistas para a competência dos alunos na tomada de histórico. Isto sugere que esta medida holística abrange uma dimensão particular que merece uma investigação mais aprofundada.

Em 2007, três trabalhos: Amaral, Troncon (2007); Amaral, Domingues, Bicudo-Zeferino (2007) e Troncon (2007). Amaral, Troncon (2007) investigam a participação de estudantes de medicina como avaliadores do OSCE. Eles descrevem duas experiências para verificar se estudantes de Medicina cursando as séries finais da Faculdade podem ser utilizados no OSCE como avaliadores de

habilidades clínicas básicas de alunos iniciantes. Na primeira experiência foram selecionados seis alunos voluntários e interessados em educação médica e treinados para avaliar oito estações sobre habilidades clínicas em cardiologia pediátrica. Na segunda experiência participaram quinze estudantes do último ano do curso com currículo tradicional para avaliar três estações sobre: dor abdominal, aferição da pressão arterial e manipulação de luvas esterilizadas. Eram estudantes do currículo tradicional avaliando 58 alunos dos anos iniciais no currículo *Problem Based Learning* (PBL).

Os resultados em Amaral, Troncon (2007) mostraram que na primeira experiência as notas dos professores foram discretamente maiores do que as dos estudantes examinadores, exceto na estação de habilidade de comunicação. A diferença estatística mais significativa foi vista na estação de exame físico cardíaco, na qual as notas atribuídas pelos estudantes foram significativamente menores do que as dos professores ( $p < 0,001$ ). Na segunda experimentação 50 % das estações tiveram diferenças com significância estatística. As notas dos professores foram menores que as dos estudantes nestas estações, mas as notas dos alunos se mostrou mais uniforme que dos docentes. Os autores ainda verificam que houve alto grau de satisfação dos participantes do estudo e dos avaliados (92%) e impacto positivo sobre o aprendizado (69%) o que reforça a hipótese de que o uso de alunos seniores pode ser eficaz.

O próximo estudo foi de Amaral, Domingues, Bicudo-Zeferino (2007). Os autores trazem um estudo bibliográfico sobre as metodologias de avaliação estruturada observacional, cujo exemplo mais utilizado é o OSCE e discute a necessidade de avaliar competências clínicas dos estudantes de medicina. Apesar dos avanços tecnológicos na Medicina, a semiologia e a relação médico-paciente continuam sendo ferramentas essenciais para o diagnóstico e terapêutica dos pacientes. Entretanto, muitos alunos apresentam deficiências em habilidades clínicas e, na prática clínica hospitalar ou ambulatorial, poucas são as oportunidades do docente observar adequadamente o desempenho do aluno no atendimento aos pacientes reais. Métodos observacionais de avaliação como o OSCE proporcionam situações em que o professor consegue mensurar o desempenho do aluno na prática clínica e aumenta a acurácia na detecção de falhas, auxiliando na aprendizagem significativa dos discentes.

Ainda Amaral, Domingues, Bicudo-Zeferino (2007) descrevem as



características de avaliações estruturadas, valorizando o *checklist* e o *feedback*. Um complemento o outro para a ação docente, pois com o *checklist* o professor consegue avaliar uma habilidade específica e prestar atenção nos detalhes da prática discente e, com o *feedback*, o professor pode reforçar as fortalezas do aluno e corrigir suas deficiências. Mas estudos comprovam que professores não tem homogeneidade nas avaliações e que quando mal preparados como clínicos e avaliadores podem prejudicar a aprendizagem significativa deste estudante. O instrumento também precisa ser válido e confiável. O benefício deste método está em encontrar o equilíbrio entre a validade e confiabilidade do cenário. A avaliação é uma forma de aprendizado e o educador deve usá-la para aumentar a autoconfiança e a criticidade do futuro profissional.

Troncon (2007) traz um histórico sucinto, uma breve revisão sobre a simulação utilizando pessoas normais e suas vantagens e desvantagens com uso de pacientes reais e a avaliação de habilidades clínicas. O uso de pacientes simulados constitui recurso complementar e ao anteceder a prática real, permite repetição das atividades e habilidades com mais segurança e menor desgaste para os doentes e alunos. O autor apresenta quadro com vantagens e desvantagens do uso de pacientes reais no ensino e na avaliação das habilidades clínicas. As principais vantagens são: adequação para o exame físico, credibilidade e aceitabilidade. A desvantagem primordial foi o acesso ao paciente real nas condições adequadas para o ensino, nem sempre o paciente “desejado” está disponível. Depois o autor descreve o histórico e difusão da simulação e, por fim, o uso da simulação na avaliação, que também é o alvo desta revisão. Expõem as condições e sequenciamento para o treinamento de pacientes simulados. E conclui que o emprego desta técnica favorece o aprendizado mais ativo, permite expor os estudantes a ampla variedade de situações clínicas e possibilita conduzir avaliações tecnicamente mais adequadas.

Em 2008 foi encontrado dois trabalhos: Nunes et al. (2008) e a tese de doutorado de Domingues (2008). Nunes et al. Descreve uma experiência de ensino em psiquiatria da UEL (Universidade Estadual de Londrina). Esta escola usa o PBL /ABP (Aprendizagem Baseada em Problema) como metodologia de ensino. Para treinar habilidades de comunicação e atitudes, os professores dispõem de vários meios, como: vídeos, relatos de casos, dramatizações e trabalhos em pequeno grupo.

Para avaliar também usam métodos ativos de aprendizagem com intuito somativo, mas principalmente formativo, com feedback constante. O OSCE faz parte dos instrumentos formativos de avaliação que esta disciplina dispõe. Os autores elaboraram um mapa conceitual para organizar e facilitar uma aprendizagem significativa em psiquiatria e depois trouxe esta experiência neste estudo concluindo que a associação de metodologias ativas de aprendizagem com avaliações formativas (OSCE) propicia que o estudante internalize atitudes.

Domingues (2008) escreveu tese de doutorado objetivando comparar a nota de quatro métodos avaliativos. Participaram da pesquisa 103 estudantes do 4º ano de medicina. As avaliações foram aplicadas ao final do Módulo de Atenção Integral à Saúde em outubro de 2005. Os tipos de avaliação foram: 1. Prova Teórica (PT); 2. Portfólio (PF); 3. Avaliação Estruturada tipo OSCE (AE) e 4. Conceito global itemizado (CGI). Utilizou para analisar os dados a descrição das notas nas quatro provas, com medida de médias, desvio-padrão, medianas e intervalo de confiança populacional. Comparou as diferenças com o teste de Wilcoxon e as correlações estudadas por coeficientes de Pearson. Fez análise fatorial para verificar as inter-relações das notas e o coeficiente alfa-Cronbach calculado para definir confiabilidade.

Domingues (2008) utilizou como avaliadores 19 professores, os colegas e os próprios alunos. O módulo se desenvolveu em seis unidades básicas de saúde, com a supervisão de tutores e docentes de Pediatria (Ped.), Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Clínica Médica (CM). Os docentes resumiam as competências do aluno em uma média chamada Conceito Global (CG). Depois de duas semanas os mesmos professores preenchem o formulário de Conceito Global Itemizado (CGI) para os mesmos alunos. Os alunos faziam a mesma coisa e também avaliavam três a quatro colegas de forma anônima com os mesmos formulários. Os resultados apontaram a predominância de notas altas e discriminação reduzida entre os alunos. As notas do CG dos alunos foram significativamente menores que as dos docentes. Os alunos se sentiram mais confortáveis e preparados para a auto avaliação do que para a avaliação dos colegas. Existiu correlação forte e significativa e maior concordância entre as notas da AE (OSCE) e as do CGI. A conclusão do estudo é que os alunos foram mais rigorosos do que os professores e o CGI mostrou ser uma estratégia válida para ser aplicada como método avaliativo de alunos de medicina em estágio clínico.

Em 2009 dois trabalhos: Domingues, Amaral, Zeferino (2009) e Santos, Vieira, Nunes (2009). Domingues, Amaral, Zeferino (2009) trazem os dados da tese de doutorado de Domingues (2008) em um artigo. Neste estudo os autores comparam apenas o CGI e AE (OSCE) aplicadas em estudantes cursando final de estágio clínico em unidade de saúde de três especialidades: Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica. Estudo transversal e cada estudante foi avaliado por três docentes independentes. O CGI foi usado como avaliação que abrangesse a percepção sobre o estudante ao longo do semestre em treze domínios: seis com relação a competência técnica (CGIt), como qualidade da história, julgamento clínico, solução de problemas, entre outros e, sete com referência a competência humanística (CGIh), como relacionamento e comunicação com o paciente e familiar, respeito, percepção do contexto, entre outros.

Em Domingues, Amaral, Zeferino (2009) participaram 103 estudantes e 19 professores. Os resultados mostraram que as notas ficaram no extremo superior da escala, com medianas mais altas no CGIh em todas as especialidades. Logo os estudantes, em sua maioria, obtiveram nível de competência desejado e satisfatório nas áreas em questão e que os professores podem ter leniência especialmente para os domínios humanísticos. As notas de Pediatria foram inferiores as demais áreas em todas as avaliações, enquanto que entre a Ginecologia e a Clínica Médica a única diferença significativa foram as notas de AE (OSCE). Isso sugere que os docentes de Pediatria são mais exigentes e que há similaridade na percepção docente nas áreas de Ginecologia e Clínica sobre o desempenho do aluno. Apesar das limitações do estudo, os autores acreditam que esta avaliação inicial possa contribuir para entender a diversidade de avaliações e contribuir para o melhor direcionamento na prática docente. A qualificação docente para os métodos avaliativos referenciados pode diminuir o impacto dos diversos e diferentes olhares na avaliação dos estudantes em um estágio supervisionado.

Santos, Vieira, Nunes (2009) investigaram se o internato (estágio final do curso de medicina) mais longo influencia a performance ou desempenho nas provas de residência médica e na avaliação de competências. Os candidatos selecionados para um programa de residência realizaram uma prova de Múltipla Escolha (ME), um questionário Aberto de Perguntas (PA), uma avaliação tipo OSCE, uma entrevista e uma análise curricular para participação científica. Os grupos foram comparados por gênero, ano de graduação, testes e escores do OSCE. Os

participantes foram distribuídos em dois grupos com base na duração do internato: 2 anos ou menos de 2 anos. Não houve diferença para o escore ME entre os grupos ou qualquer uma das atividades da entrevista e análise curricular. Foram selecionados 111 estudantes de um conjunto de 578 total de candidatos. Esta seleção foi resultado das notas das provas MC e PA. O grupo de recrutamento de 2 anos apresentou as notas de PA significativamente maior. O mesmo aconteceu para este grupo com referência aos escores do OSCE com resultados positivos e maiores para os pontos afetivos e de conhecimento.

Santos, Vieira, Nunes (2009) sugerem que a OSCE é confiável para diferenciar aspectos difíceis de detectar em testes de escolha múltipla. É uma técnica de exame capaz de avaliar habilidades e atitudes básicas essencial à prática da residência médica. O OSCE verificou aspectos não notados pelas perguntas abertas e testes de múltiplas escolhas.

Em 2010, apenas o trabalho de Domingues et al. (2010). Neste os autores trazem a comparação e quatro métodos avaliativos baseado nas notas dos alunos do quarto ano de Medicina em estágio supervisionado. Esta pesquisa é resultado da tese de doutorado de Domingues (2008). Em 2010 Domingues et al. (2010) trazem os resultados de todas as quatro provas que aplicou aos alunos de quarto ano ao término de estágio de atenção básica (GO, CM e Ped.). Foram 106 alunos avaliados com base em quatro métodos: Prova Teórica (Pt), Portfólio (Pf), Avaliação Estruturada do Atendimento Clínico (AE/ tipo OSCE) e Conceito Global Itemizado (CGI). As medianas das notas de Pt foram as mais baixas e as notas mais altas foram encontradas na AE. A maior concordância e a correlação mais forte foram entre as notas de AE e CGI. Concluíram que cada método avalia diferentes níveis de competência clínica e conhecimento. AE e CGI foram as provas com competências encontradas semelhantes e, ao contrário aconteceu com as avaliações de Pf e Pt. Sugerem que, na prática diária, nenhum método seja aplicado isoladamente em alunos em estágios clínicos.

Em 2011, tem-se a tese de doutorado de Megale (2011) cujo principal objetivo foi analisar as principais competências no internato de Pediatria e seu processo de avaliação no curso de graduação de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esta pesquisa teve dois momentos: o primeiro, analisando as competências essenciais para a prática pediátrica na visão do aluno, do professor e de profissionais da saúde e a aquisição de competências no final do estágio; o

segundo momento, em uma metodologia qualitativa, procurou-se entender o significado da avaliação para o professor.

Megale (2011) na primeira etapa aplicou Questionário de Competências Específicas em Medicina a 64 professores de Pediatria (95,3% dos efetivos), 30 médicos e 428 estudantes. Os médicos que participaram eram: 10 generalistas da rede básica, 6 pediatras, 4 intensivistas pediátricos, 4 gestores de programa de saúde e 6 especialistas em outras áreas da medicina que atendiam crianças no Programa Saúde da Família. No final do estágio foi aplicada prova OSCE, uma prova escrita e uma avaliação em serviço para verificar o desempenho e aquisição de competências destes estudantes. Na segunda etapa, os professores participaram de grupos focais, sendo separados em três grupos por tempo de docência: 1. Mais de 20 anos; 2. Entre 10 e 20 anos e; 3. Menor que 10 anos. Eles foram arguidos pelos seguintes questionamentos: o conceito de avaliação, o fato de ser colocada em segundo plano nos currículos e nos planejamentos didáticos e as dificuldades e fatores facilitadores na avaliação.

Os resultados de Megale (2011) mostraram que os participantes tiveram respostas semelhantes. As notas das provas escritas e de serviço obtiveram correlação positiva com as notas e desempenho no OSCE. Os docentes expressaram nos grupos focais cinco temas: relação professor-aluno, dificuldade da avaliação de habilidade, sentimentos vivenciados pelos professores durante a avaliação, facilitações e necessidade de mudanças. Todos os participantes apresentaram expectativas semelhantes em relação às competências específicas necessárias para a prática pediátrica. Os professores evidenciaram que quanto aos seus sentimentos ao avaliar, sentem falta de objetivos bem definidos, estruturação e instrumentos avaliativos específicos. Também consideram a avaliação um ato solitário e reconheceram a necessidade de adquirir mais conhecimentos pedagógicos sobre o tema.

Em 2012, dois estudos novamente: Megale, Gontijo, Mota (2012) e Medeiros (2012). Megale, Gontijo, Mota (2012) trazem os resultados da tese de doutorado de Megale (2012) em um artigo da Revista Brasileira de Educação Médica. A consistência interna do Questionário de Competências Específicas em Medicina foi considerada muito boa, confirmando sua fidedignidade. Os alunos deram mais ênfase ao bloco de procedimentos do que os docentes, provavelmente ao uma tendência moderna a tecnológica ou instrumentalização. Outra explicação

seria ao fato de que muitos alunos terminam o curso de medicina sem saber realizar todos os procedimentos pertinentes as áreas básicas. Os autores trazem as comparações das notas dos alunos e os resultados do questionário e evidenciam a importância de avaliar com eficácia com ajuda de métodos combinados para garantir que os estudantes alcancem o desempenho desejado na aquisição de habilidades e competências para a prática pediátrica.

Medeiros (2012) escreve tese de doutorado pesquisando sobre o desempenho e a percepção do discente sobre a inserção da temática Saúde Sexual e Reprodutiva no currículo do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Para tanto, participaram da investigação 183 estudantes, cursando o internato em 2011. Foi proposto três tipos de avaliação para dimensionar o aprendizado discente: prova escrita, OSCE e Mini-CEX. Os resultados confirmaram a hipótese do autor, pois os alunos que cursaram a Saúde Reprodutiva (SR) obtiveram significativamente maior desempenho em temas como sexualidade, violência institucional, violência sexual, aborto/interrupção legal e DSTs/HIV. De uma forma geral, na avaliação das habilidades clínicas (OSCE), o desempenho dos alunos do grupo que cursaram a Saúde Reprodutiva (SR) foi similar ao dos formandos do grupo não SR.

Medeiros (2012) conclui que a avaliação cognitiva, de habilidades e atitudes em SR no curso de graduação de Medicina é possível e com alta concordância entre os diferentes métodos utilizados. O OSCE e o Mini-CEX podem ser empregados no contexto da saúde sexual e reprodutiva, proporcionando a avaliação de competências importantes para o médico generalista solicitados pelas atuais Diretrizes Curriculares e sociedade.

Em 2013, encontrado três estudos: Martins (2013); Eskenazi, Martins, Ferreira-Júnior (2013) e; Nunes et al. (2013). Martins (2013) escreve sua dissertação de mestrado com estudo que objetiva avaliar o desenvolvimento de atitude profissional em estudantes concluindo o curso de medicina. Participaram da pesquisa 26 alunos do sexto do curso de graduação em Medicina, de uma universidade pública federal. Foi aplicado um exame clínico objetivo estruturado (OSCE) com cinco estações para avaliação de atitudes. Foi aplicado também uma escala de atitudes com abrangência de seis fatores: 1. Aspectos psicológicos das doenças orgânicas; 2. Situações relacionadas à morte; 3. Atenção primária em saúde; 4. Doença mental; 5. Contribuição do médico no avanço científico e; 6.

Outros aspectos da prática médica. Os resultados encontrados em Martins (2013) mostraram que atitudes positivas predominaram nos fatores 1, 3, 5 e 6. Obtiveram atitudes conflitantes nos fatores 2 e 4, com desempenho inferior no gênero feminino. Já no OSCE os alunos obtiveram média geral de 73,3%, tendo melhor desempenho na empatia (80%) e pior na comunicação (56%). O autor conclui que há necessidade de abordar temas de atitude profissional dentro do currículo da escola e qualifica o OSCE como instrumento confiável para avaliar e formar conhecimento nesta temática.

Eskenazi, Martins, Ferreira-Júnior (2013) desenvolveram pesquisa para descobrir o nível de conhecimento dos estudantes de medicina sobre saúde bucal e dimensionar os ganhos cognitivos e de habilidades após treinamento. Para isso foram selecionados 148 alunos do quinto ano de medicina para participar da investigação. Eles foram divididos em quatro turmas e receberam intervenções de ensino presenciais e a distância. O ganho cognitivo foi avaliado por prova escrita antes e após a intervenção e para a avaliação de habilidades foi aplicado o OSCE no final do estágio. 91% dos estudantes acharam inadequado seu nível basal de conhecimento sobre saúde bucal e a turma que teve contato ativo com especialistas adquiriu mais habilidades em aconselhamento que o grupo controle. Os autores estimulam o desenvolvimento de estratégias de ensino interdisciplinar na formação médica.

Nunes et al. (2013) descrevem relato de experiência do ensino de Habilidades e Atitudes na graduação em medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), cuja metodologia de ensino é baseada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). O ensino de Habilidades e Atitudes da UEL é fundamentado no modelo biopsicossocial. Foi realizado um treinamento especial com os estudantes do terceiro ano de medicina com a intenção de melhorar a prática e aprimorar o processo de ensino-aprendizagem sobre Habilidades e Atitudes. Para avaliar o desempenho e aquisição cognitiva foi usado a tutoria com ABP, portfólios reflexivos, relatórios de casos clínicos e o OSCE. O uso de várias metodologias de avaliação contribuiu para integrar conhecimento dedutivo e cognitivo na prática clínica destes alunos. O treinamento e capacitação docente para aplicação de novas e variadas metodologias de avaliação é essencial para processo de ensino-aprendizado no modelo biopsicossocial.

Em 2014, quatro estudos: Sampaio (2014); Megale et al. (2014);

Panúncio-Pinto, Troncon (2014) e; Sampaio, Pricinote, Pereira (2014). Sampaio (2014) traz dissertação de mestrado com objetivo de investigar a percepção discente sobre o OSCE na disciplina de Pediatria. É um estudo quanti-qualitativo com análise dos dados usando Bardin em subcategorias com aspectos positivos e negativos e outra com aspectos neutros. 123 alunos responderam a um questionário semi-estruturado on-line.

Os resultados de Sampaio (2014) apontaram que 89,4% dos estudantes creem que o OSCE avaliou as competências clínicas adequadamente; 87,7% consideraram a prova organizada e 82,1% ficaram satisfeitos com os cenários. 91,1% dos alunos acreditaram que o tempo disponibilizado para realização das tarefas propostas foi suficiente. 87% concordaram que o *feedback* ofereceu oportunidade de aprendizagem, 88,6% afirmaram que ele também contribuiu na formação acadêmica e 75,6% consideraram que os professores bem preparados para dar o *feedback*. Conclui que o OSCE foi um método válido para avaliação de competências clínicas e que prepara os acadêmicos para a prática profissional, devido principalmente pelo *feedback*.

Megale et al. (2014) investigam as crenças e sentimentos dos professores na avaliação dos estudantes de medicina. Participaram da pesquisa 23 docentes do Departamento de Pediatria. Foram divididos em três grupos: mais de 20 anos de docência, entre 10 e 20 anos e menos de 10 anos. Depois realizadas reuniões de grupo focal para poder obter as percepções. Na análise de conteúdo foi feito pelas orientações metodológicas de Bardin e Turato. Deste discurso surgiram cinco temas: dificuldade da avaliação de habilidade clínica e atitudes; relação professor-aluno; sentimentos vivenciados pelos docentes durante a avaliação; fatores facilitadores e necessidade de mudanças. Os autores concluem que os professores sentem falta de objetivos bem definidos nas avaliações, verificam fragilidades no conhecimento pedagógico e veem pouco respaldo institucional para realização da avaliação formativa.

Panúncio-Pinto, Troncon (2014) descrevem estudo bibliográfico sobre os aspectos gerais da avaliação do estudante de medicina. A avaliação deve ser um momento de aprendizagem (formativa) e abranger não só o cognitivo, mas também o os domínios psicomotor e afetivo, principalmente nas profissões da saúde. Aí a importância de exames como o OSCE. A escolha da avaliação específica vai depender de alguns fatores prevaletentes em um bom exame: validade,



fidedignidade, viabilidade, aceitabilidade, impacto educacional e efeito catalítico. No cenário brasileiro ainda predomina a avaliação somativa e cognitiva somente, sem alcançar os outros domínios. Os autores estimulam a transformação deste contexto considerando a perspectiva do estudante e o investimento na capacitação docente.

Sampaio, Pricinote, Pereira (2014) fazem uma revisão teórica sobre as características de uma avaliação clínica estruturada. Introduce lembrando que a sociedade exige um novo perfil profissional para o médico: humanista, generalista, crítico e reflexivo. O modelo de ensino médico tradicional flexneriano está sendo discutido e substituído. E a tendência atual é utilizar metodologias ativas de aprendizagem em que o aluno seja protagonista do seu processo de formação profissional. O ato de avaliar começa a tomar um novo significado. Deixa de ser apenas uma aprovação para ser um instrumento para alcançar os objetivos educacionais, se o aluno adquiriu além do conhecimento técnico, habilidades, competências e atitudes necessárias para o atual perfil profissional solicitado.

Segundo revisão de Sampaio, Pricinote, Pereira (2014) testes escritos não avaliam competências. Para isso é necessário a observação direta. Tradicionalmente a observação direta é feita através de casos clínicos longos ou curtos, mas carecem de padronização e objetividade. Este tipo de exame tradicional é considerado de baixa fidedignidade. Já o uso de *checklist* no OSCE facilita a identificação de habilidades específicas e ao examinador manter o foco na observação do desempenho do aluno. Existem desvantagens no OSCE: a falta de uniformidade dos avaliadores ao atribuir notas; estresse dos alunos e o tempo limitado para realização das tarefas, podendo banalizar a relação médico-paciente. Depois os autores explicam como estruturar um OSCE. Concluem que o professor deve repensar no seu papel de educador, inclusive ao avaliar. O OSCE é uma estratégia de ensino que contribui com a formação de profissionais conforme as DCNs e sua prática deve ser instituída em toda escola médica.

Em 2015, mais quatro estudos: duas dissertações de Vale (2015) e de Veiga (2015); dois artigos Franco et al. (2015) e Purim, Skinovsky, Fernandes (2015). Na dissertação de Vale (2015) o objetivo principal foi experimentar um estágio complementar e optativo interprofissional voltado ao ensino do atendimento de urgência pré-hospitalar (APH) na graduação da medicina e enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A UFRN não tem em seu currículo obrigatório uma disciplina ou inserção sobre o atendimento de urgência

pré-hospitalar (APH) e é uma área que vem avançando nos últimos anos, com mais tecnologia e transporte.

Participaram da investigação de Vale (2015) 24 alunos do internato de medicina e do estágio supervisionado de enfermagem desta Universidade e de forma voluntária. Este curso complementar foi oferecido de agosto a dezembro de 2014. Foi uma pesquisa qualitativa descritiva e exploratória. Para avaliar o aprendizado e a aquisição de habilidades e competências, foi realizado uma avaliação OSCE, onde os alunos ficavam em duplas nos cenários, sendo um da medicina e outro da enfermagem. Os temas abordados foram suporte básico de vida, suporte avançado de vida, transporte segura em urgências ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas e pediátricas. Também foram aplicados pré-testes e pós-testes de múltipla escolha para dimensionar o conhecimento prévio e adquirido.

Os resultados de Vale (2015) apontaram que 88% dos alunos apresentaram aumento dos escores em relação ao pré-teste. Os estudantes responderam questionário sobre suas expectativas antes do curso e questionário de satisfação e auto avaliação ao termino do estágio. Estes dados foram analisados pelo Microsoft Office Excel 2003 e, com a ferramenta Wordle, construído nuvens de palavras para ajudar a análise qualitativa em cada etapa do curso. As expectativas quanto as habilidades essenciais no APH foram semelhantes tanto nos alunos de medicina quanto nos de enfermagem. Na nuvem de palavras sobre a auto avaliação ficou nítido que o estágio trouxe experiência, aprimoramento cognitivo e de habilidades, melhorando competências na prática profissional para estes estudantes.

Veiga (2015) escreve dissertação com a intenção de investigar os métodos avaliativos do aluno de medicina ao final do estágio de clínica cirúrgica. O autor fez uma pesquisa quantitativa descritiva realizada em Porto Velho com duas instituições do ensino superior. Participaram da pesquisa 102 alunos do quinto ano do curso. As notas obtidas foram de três avaliações: prova teórica, OSCE e avaliação por conceito. A avaliação por conceito obteve a maior média e a menor média foi atribuída a prova teórica. As três notas não apresentaram uma associação forte, mas a nota por conceito e o OSCE obtiveram uma associação positiva com significância estatística.

O índice alfa de Cronbach foi baixo, concluindo que os métodos utilizados não mostram confiabilidade em sua aplicação e não avaliam todos os níveis da pirâmide de Miller.

Franco et al. (2015) escrevem artigo com finalidade de descrever as etapas de elaboração e construção de um OSCE, avaliar a qualidade das estações e verificar a percepção do estudante sobre o exame. Foi um estudo observacional transversal e quantitativo. Composto pela aplicação do OSCE e de um questionário avaliativo do aluno. 16 alunos fizeram o OSCE em quatro estações com análise da qualidade psicométrica. Destas estações: duas tiveram confiabilidade, uma precisou de ajuste e uma ficou inconsistente. Os alunos avaliaram satisfatório o exame OSCE e o consideraram como método que melhor avalia e ensina competências. Concluindo os autores sugerem a análise de exames como OSCE para poder garantir sua mensurabilidade e validade.

Purim, Skinovsky, Fernandes (2015) descrevem como foi feito um circuito de habilidades cirúrgicas para os alunos do quarto ano de medicina de uma escola privada da cidade de Curitiba. Após reunião pedagógica ficou estipulado cinco estações e os critérios de avaliação foram: cognitivo, psicomotores e afetivos. Após cada cenário, era realizada o feedback, sendo refeita a técnica cirúrgica corretamente pelo supervisor, seguida por nova demonstração do aluno. Para as habilidades e atitudes as estações ficaram assim: 1. Escovação cirúrgica das mãos; 2. Colocar luvas estéreis e avental, usar mascara, gorro e óculos; 3. Reconhecer e usar instrumental, 4. Colocar e retirar lamina de bisturi, aplicar anestesia local, identificar fios de sutura e porta-agulhas; 5. Fazer sutura e nós básicos, aplicar curativo, descartar perfuro-cortante, conferir receita médica, solicitar anatomopatológico e descrever a cirurgia.

Purim, Skinovsky, Fernandes (2015) não fizeram medição psicométrica e não descreveram análise estatísticas das notas, mas fizeram o relato de experiência concluindo empiricamente que este circuito de habilidades cirúrgicas pode se constituir em recurso avaliativo para os estudantes do quarto ano e beneficiar o processo de ensino-aprendizagem de cirurgia ambulatorial na graduação em Medicina.

O último trabalho desta síntese foi de Sombra-Neto et al. (2017) um estudo transversal quantitativo com o objetivo avaliar a habilidade na comunicação da má notícia ao paciente ou familiar por estudantes de medicina através de um exame OSCE. Foram avaliados 119 estudantes que frequentaram o Módulo de Habilidades Médicas IV em 2014. Este módulo é obrigatório, presente na grade curricular do quarto semestre do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza

(Unifor). No início do curso os alunos assistiram aulas teóricas semanais e participaram de simulações práticas sobre o tema com atores. No final eles faziam um cenário OSCE com *checklist* e estruturado em que tinha a tarefa de informar o diagnóstico de câncer com mau prognóstico a um paciente ator.

Em Sombra-Neto et al. (2017) o *checklist* foi elaborado conforme etapas do protocolo *Spikes* (*Strategy, Perception e Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary*). Logo estavam incluídos itens de empatia durante a comunicação da má notícia. Os resultados apontaram que 67% dos estudantes obtiveram escores excelentes e apenas 7%, um total absoluto de 8, tiveram rendimento regular ou ruim. 16% dos participantes concluíram o exame com a nota máxima, e nenhum obteve notas inferiores à metade, sendo a mínima encontrada equivalente a 68% do total. A média de desempenho foi excelente, pois foi 90% do total de pontos da avaliação. O maior número de acertos foi na etapa *Emotions* do protocolo *Spikes*. Nenhum aluno comunicou o ator com eufemismo inapropriado, o que é um comportamento acertado, mas 35% não realizaram um anúncio breve no início da consulta. 28,6% e 26,1% dos alunos erraram no momento de oferecer conforto ao paciente e de manter as esperanças quanto às perspectivas futuras, respectivamente. Embora o desempenho global tenha sido excelente, as falhas observadas nesta avaliação merecem abordagem e recuperação de conceitos para estes estudantes. Os autores incentivam mais pesquisas nas áreas para aprimorar a habilidade de comunicação das más notícias no curso de graduação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O OSCE é um exame que complementa todos os domínios de aprendizagem recomendados na Taxonomia de Bloom (1974) (afetivos, psicomotores e cognitivos) e, portanto, favorece a aprendizagem significativa. As escolas médicas brasileiras estão preocupadas em cumprir as DCN com a aplicação de metodologias ativas de aprendizagem e o OSCE é um instrumento útil para alcançar este objetivo. Aumentar a pesquisa deste tipo de exame nas escolas brasileiras é importante para garantir maior seriedade na execução do mesmo em diversas realidades regionais e evitar qualquer banalização de um recurso primordial na educação médica.

Apesar do OSCE ter todos esses benefícios, não deve ser usado como único método avaliativo. Para alcançar todos os níveis da Pirâmide de Miller o mais recomendado é a realização de vários tipos de exames. O método escolhido deve priorizar o processo de ensino-aprendizagem mais adequado para a aquisição de determinada habilidade ou competência.

Vale ressaltar que as escolas devem priorizar a principal característica do OSCE como recurso da aprendizagem significativa que é o fato de ser uma avaliação formativa. Portanto, o *feedback*, a devolutiva que o professor fornece ao aluno no final do processo é imprescindível. É nesse momento que o docente apontará as fortalezas e fragilidades das competências e habilidades realizadas pelo discente.

Criar comissões internas com professores envolvidos na construção e aplicação destes métodos e acrescentar treinamento psicométrico ao grupo docente em cada escola médica seria apropriado para garantir a efetividade e o processo formativo desses exames.

O primeiro óbice desta revisão foi a tímida produção nacional. Sendo necessário estender a pesquisa a uma longa dimensão temporal (1996 a abril de 2017), 21 anos, para poder obter 32 textos originais, incluindo teses e dissertações. Com intuito de aumentar o rigor científico e aprimoramento dos textos selecionados foi usado o *software* IRaMuTeQ. Aprender e desenvolver as atribuições deste recurso exigiu tempo, empenho e foi a maior complexidade encontrada.

A maioria dos estudos analisados eram revisões sobre o assunto ou pesquisas quantitativas. Poucos tinham componente qualitativo e a análise de

conteúdo de Bardin foi o recurso mais utilizado. É necessário incentivar a pesquisa mista (quanti-qualitativa) destes tipos de exames em âmbito nacional para compreender melhor a dinâmica pedagógica nas instituições brasileiras e, com isso melhorar o processo de ensino-aprendizagem nas avaliações.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, E, DOMINGUES, R.C.L, BICUDO-ZEFERINO, A.M. Avaliando Competência Clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (3): 287 – 290; 2007.

AMARAL, E, DOMINGUES, R.C.L, BICUDO-ZEFERINO, A.M. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de competências clínicas (caso longo estruturado e observação em serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, p. 13 – 24, 2012.

AMARAL, F.T.V, TRONCON, L. E.A. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (OSCE). **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31 (1) : 81 – 89 ; 2007.

BARROWS, H.S. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. **Acad. Med**, 68: 443-51; 1993.

BLOOM, B.S. **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals handbook 1: Cognitive domain**, [S.l.]. New York: Longman, 1974.

BRANDÃO, C.F.S, COLLARES, C.F, FERNANDES, G.C.R. OSCE e *Checklist*. In: SCALABRINI-NETO, A., FONSECA, A.S., BRANDÃO, C. F. S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 77 – 90, 2017.

BRASIL. Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013. **Institui O Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Brasília, DF.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e Dá Outras Providências**. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016. **Institui A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina - Anasem**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 ago. 2016. n. 165, Seção 1, p. 16-16.

CAMARGO, B.V., JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. *Temas em Psicologia*, 21:513-518; 2013.

CAMARGO, B.V, JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf).

CASEY, P.M. et. al. To the point: reviews in medical education — the Objective Structured Clinical Examination. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. 25 – 34; 2009.

CORE COMMITTEE, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION. Global minimum essential requirements in medical education. **Medical Teacher**, Vol. 24, No. 2, pp. 130–135, 2002.

DAUD-GALLOTTI, R.M., SANTOS, I.S., TIBÉRIO, I.F.L.C. Avaliação Prática no Processo Seletivo de Residência Médica. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, p. 173 -179; 2012.

DOMINGUES, R.C.L. **Conceito Global para alunos de medicina em estágio clínico**: comparação entre auto avaliação, avaliação de docentes e pares. 2008. 252 f. Tese (Doutorado apresentado à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

DOMINGUES, R.C.L, AMARAL, E., BICUDO-ZEFERINO, A.M. Os diferentes olhares na avaliação de alunos em estágio clínico supervisionado. **Rev Assoc Med Bras**. 55(4): 458-62; 2009.

DOMINGUES, R.C.L et al. Competência clínica de alunos de Medicina em estágio clínico: comparação entre métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 34 (1): 124–131; 2010.

EPSTEIN, R.M; HUNDERT E.M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**. 287:226-35, 2002.

EPSTEIN, R. M. Assessment in Medical Education. **N Engl J Med**. 356:387-96, 2007.

ESKENAZI, E.S, MARTINS, M.A., FERREIRA-JUNIOR, M. Tele-Educação e Monitoria Ativa no Ensino da Saúde Bucal a Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 37 (2): 235 – 244 ; 2013.

FIGUEIREDO, J.F.C et al. Effect of curriculum reform on graduating student performance. **Medical Teacher**, Vol. 26, No. 3, pp. 244–249, 2004.

FRANCO, C., A., G., S., et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e MetaAvaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (3): 433-441; 2015.

HARDEN, RM et. al. Assessment of clinical competence using Objective Structured Examination. **British Medical Journal**. 1, 447-451, 1975.

HARDEN, RM. What is an OSCE? **Med Teach**. 10:19–23, 1988.

HISSACHI, T.; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Currículo integrado por Competências Profissionais: reflexão sobre o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Revista Gestão Universitária**. [periódico na internet]. Disponível em: <http://www.gestaouniversitaria.com.br> [Links], 2006.

HOWLEY, L.D. Performance Assessment in medical Education. **EVALUATION &**



**THE HEALTH PROFESSIONS**, Vol. 27 No. 3, September, 285-303, 2004.

ISSENBERG, S.B, et. al. Features and uses of highfidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. **Medical Teacher** 27(1), 2005.

JEWETT, A.E et. al. Educational change through a taxonomy for writing physical education objectives. **Quest**, 15:32–38; 1971.

KHAN, K., RAMACHANDRAN, S. Conceptual Framework for Performance Assessment: Competency, Competence and Performance in the Context of Assessments in Healthcare – Deciphering the Terminology. **Medical Teacher**. 34:920–928; 2012.

KHAN, K.Z.et. al. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: An historical and theoretical perspective. **Medical Teacher**. 35: p. 1437–1446, 2013.

KHAN, K.Z. et. al. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organization & Administration. **Medical Teacher**. 35: p. 1447–1463; 2013.

KRATHWOHL, D.R. **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals; handbook 2: Affective domain**, [S.I.]. New York: Longman, 1956.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, 20 (38). pp. 1 - 7, 2012.

MARTINS, S.M.S. **Atitude Profissional: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico**. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

MAVIS, B.E. et. al. The emperor's new clothes: the OSCE reassessed. **Acad. Med**. 71:447-53; 1996.

MAZZONNI, C.J., MORAES, M.A.A. Experiências com OSCE na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, p. 285 – 296, 2012.

MEDEIROS, R.D. **Avaliação do conhecimento e de habilidades clínicas em saúde sexual e reprodutiva na graduação de Medicina**. 2012. 200 f. Tese (Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

MEDICAL COUNCIL OF CANADÁ (MCC). Guidelines for the development of objective structured clinical examination (OSCE) cases. **Le Conseil Médical du Canada**, 2013.

MEGALE, L. **Processos avaliativos no curso de medicina: desempenho dos estudantes em relação às competências em pediatria e sua significação pelo**

docente. 2011. 149 f. Tese (Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MEGALE, L., GONTIJO, E.D, MOTA, J.A.C. Competências Clínicas Essenciais em Pediatria: Estão os Estudantes Aptos a Executá-las? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 36 (4) : 478 – 488 ; 2012.

MEGALE, L. et al. Percepções e Sentimentos de Professores de Medicina frente à Avaliação dos Estudantes – um Processo Solitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (1): 12-22; 2015.

MILLER, G.E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Acad Med**. 65(9):S63-S7; 1990.

MOONEN-VAN-LOON, J.M.W et al. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. **Adv. Health Sci. Educ. Theory Pract**. 18(5):1087–102; 2013.

NORCINI, J.J, MCKINLEY, D.W. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education**. 23:239-50.; 2007.

NUNES, S. O. V et al. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (2) : 210–216 : 2008.

NUNES, S. O. V et al. O Ensino de Habilidades e Atitudes: um Relato de Experiências. **Revista Brasileira de educação Médica**. 37 (1) : 126 – 131 ; 2013.

**OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION: OSCE MANUAL 2014**. Riyadh: Saudi Commission for Health Specialties, 33 p, 2014.

PAIVA, R. T.M. **Objective Structured Practical Examination (OSPE)** como instrumento de avaliação de habilidades no internato de cirurgia geral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. 2015. 53 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2015.

PANÚNCIO-PINTO, M.P, TRONCON, L.E.A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)**;47(3): 314-23, 2014.

PAPADAKIS, M.A. The Step 2 clinical skills examination. **N England J Med**. 350: 1703-5; 2004.

PICCINATO, C.E. et al. Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. **Rev Assoc Med Bras**. 50(1): 68-73, 2004.

PURIM, K.S.M., SKINOVSKY, J., FERNANDES, J. W. Habilidades básicas para

cirurgias ambulatoriais na graduação médica. **Rev. Col. Bras. Cir.** 42(5): 341-344, 2015.

SAMPAIO, A. M.B. **Percepção do discente de medicina sobre o exame clínico objetivo estruturado na formação acadêmica.** 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SAMPAIO, A.M.B, PRICINOTE, S.C.M.N, PEREIRA, E.R.S. Avaliação Clínica Estruturada. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Vol.05, Nº. 02, p.410-26, 2014.

SANTOS, I.S., VIEIRA, J.E., NUNES, M.P.T. Length of internship influences performance on Medical Residency Exam. **Rev Assoc Med Bras.** 55(6): 744-8; 2009.

SANTOS, W.S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 35 (1) : 86-92; 2011.

SOMBRA-NETO, L.L. et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? **Revista Brasileira de Educação Médica.** 41 (2): 260 – 268; 2017.

STERN DT, WOJTCZAK A, SCHWARZ R. The assessment of global minimum essential requirements in medical education. **Medical Teacher.** 25(6):589-595; 2003.

TAVAKOL M, DENNICK R. Post Examination Analysis of Objective Tests: AMEE Guide 54. **Medical Teacher.** 33:245–248; 2011.

TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina.** São Paulo: Atheneu, 2012.

TRONCON, L.E.A. Avaliação do estudante de Medicina. **Medicina, Ribeirão Preto.** 29:429-439, 1996a.

TRONCON, L.E.A, et al. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: Descrição de dois métodos (Parte I). **R. Bras. Educ. Méd.,** Rio de Janeiro, vol. 20, n 2/3, Maio/Dez, 1996b.

TRONCON, L.E.A, et al. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: Uma aplicação no Brasil (Parte II). **R.Bras. Educ. Méd.,** Rio de Janeiro, vol. 20, nº 2/3, Maio/Dez, 1996 c.

TRONCON, L.E.A. et al. A standardized, structured long-case examination of clinical competence of senior medical students. **Medical Teacher,** Vol. 22, No. 4, 2000.

TRONCON, L. E. A. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an “OSCE” (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. **São Paulo Medical Journal — Revista Paulista de Medicina.** 122(1):12-7, 2004.

TRONCON, L.E.A. Significance of experts' overall ratings for medical student competence in relation to history-taking **São Paulo Medical Journal — Revista Paulista de Medicina**. 124(2):101-4, 2006.

TRONCON, L.E.A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina, Ribeirão Preto**, 40 (2): 180-91, abr./jun. 2007.

TRONCON, L.E.A. Métodos Estruturados de Avaliação Prática de Habilidades Clínicas. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, p. 55 – 73, 2012.

TURINI, B. et. al. Experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL) na Avaliação Sistematizada de Habilidades Clínicas e Atitudes: uma Crítica. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, p. 203 – 221, 2012.

VALE, A.J.M. **Atividade de formação Inter profissional em urgência pré-hospitalar**. 2015. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2015.

VAN DER VLEUTEN, C.P.M, SCHUWIRTH, L.W.T. Assessing professional competence: from methods to programmes. **Blackwell Publishing Ltd MEDICAL EDUCATION**. 39: 309–317, 2005.

VEIGA, M.A.M. **Métodos de avaliação na formação médica**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.

WAAS, V. et al. Assessment of Clinical Competence. **Lancet**. 357:945-9, 2001.

## 2 - AUTOEFICÁCIA DOCENTE: REVISÃO DAS PUBLICAÇÕES NACIONAIS.

### RESUMO

A crença de autoeficácia docente (AED) é definida como o julgamento que o professor faz de suas capacidades em alcançar os resultados desejados de comprometimento e aprendizagem do aluno. Este estudo pretende fazer uma revisão das publicações nacionais sobre a AED e, com isso, verificar a influência deste construto nos diversos ambientes educacionais brasileiros. Os descritores utilizados foram: “Autoeficácia docente” e “Autoeficácia do professor”, os quais poderiam estar presentes no título do texto, no resumo (*abstract*) ou nas palavras-chave do resumo. As bases de dados utilizadas foram: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Portal Periódicos CAPES. A pesquisa foi delimitada com seguintes critérios: somente artigos em português ou inglês de autoria brasileira e com abordagem a autoeficácia docente em geral. Selecionados 32 artigos de 1996 a 2017, sendo 84,4% relato de pesquisa e 93,8% descritos após o ano 2007. Investigar AED em diferentes contextos foi o objetivo mais prevalente em 37,5% dos estudos, o que demonstra preocupação em construir o construto no meio acadêmico.

**Palavras-Chave:** Autoeficácia Docente.

## INTRODUÇÃO

A Autoeficácia é um constructo ímpar fundamentado pela Teoria Social Cognitiva (TSC) de Albert Bandura. O autor é um psicólogo canadense e professor de Psicologia da Universidade de Stanford que desenvolveu a TSC a partir das suas experiências sobre a chamada Teoria da Aprendizagem Social (TAS). Albert Bandura começou a publicar seu trabalho sobre a TAS no início dos anos 1960. Em 1986, Bandura lançou oficialmente a TSC com seu livro *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory* (BANDURA, 1986).

Foi a partir do experimento do boneco “João Bobo” em 1961 e 1963, que Bandura começou a refletir e formular os primeiros passos da TSC. Nestes experimentos, Bandura estudou padrões de comportamento associados à agressão (BANDURA, ROSS, ROSS, 1961; 1963). Nessa época ele estava desenvolvendo a TAS e esperava que a TAS explicasse o comportamento agressivo. A TAS dizia que comportamentos como a agressividade são aprendidos através de observação e imitação do comportamento alheio. As crianças foram divididas em três grupos: 1 – Modelo de agressão contra o boneco João Bobo, 2 - Modelo ignorando o boneco e, 3 - Sem nenhum modelo, grupo controle. No modelo de agressão, as crianças observavam adultos agindo de forma agressiva em direção ao palhaço inflável perfurando-o, batendo com um martelo, jogando-o, e gritando. Os modelos de não-agressão ignoravam o boneco e/ou brincavam com outros brinquedos. Em seguida, as crianças foram colocadas em uma sala com um João Bobo e outros brinquedos, sendo observadas por 20 minutos. Os resultados mostraram que as crianças do grupo de agressão eram muito mais propensas a se envolver em comportamentos agressivos com o João Bobo em comparação com o grupo de não-agressão e de controle. Esses experimentos apoiam a TAS, pois as crianças observaram os comportamentos dos modelos de referência e os imitaram. (BANDURA, ROSS, ROSS, 1961; 1963; MCLEOD, 2011).

A TAS tem um histórico rico e referências desde os meados dos anos 1800. Evoluiu sob o desenvolvimento do Behaviorismo, que é um conjunto de teorias psicológicas concentrado no condicionamento do comportamento humano observável. O Behaviorismo, introduzido por John Watson em 1913, tomou uma abordagem extremamente mecanicista para entender o comportamento humano. O Behaviorismo estrito apoia uma via direta e unidirecional entre o estímulo e a

resposta, representando o comportamento humano como uma simples reação aos estímulos externos. Esta via estímulo-resposta tem sido um ponto central de debate entre os behavioristas. O principal interesse é a existência de algum fator mediador entre o estímulo e a resposta que regule o comportamento. As opiniões sobre isso foram divididas sobre se o comportamento é coordenado conseqüentemente - por recompensas ou punições, ou anteriormente - através de *feedback* (THOMAS, 1990; CROSBIE-BRUNETT, LEWIS, 1993). A TAS traz a noção de que a cognição humana seja esse mediador entre o estímulo e a resposta e coloca, portanto, o controle individual como responsável pelos resultados comportamentais observados.

Os conceitos cognitivos são fundamentais no estabelecimento e progressão da TSC de Bandura. Sua teoria se concentra em como crianças e adultos operam cognitivamente em suas experiências sociais e como essas cognições influenciam o seu comportamento e desenvolvimento. A forte ênfase da origem da TSC na cognição sugere que a mente é uma força ativa que codifica seletivamente a informação, gera comportamentos com base em valores e expectativas e impõe estrutura na ação do indivíduo, contribuindo para a construção da sua realidade. É a compreensão dos processos envolvidos na construção da realidade que permite que o comportamento humano seja entendido, previsto e alterado (JONES, 1989). “Na atenção dada às formas em que os indivíduos criam e respondem às realidades pessoais, a TAS reflete algumas das questões encontradas na psicologia existencial-fenomenológica com foco na maneira de estar individualmente no mundo” (JONES, p.32, 1989).

A TSC foi a primeira a incorporar a noção de modelação, ou aprendizado vicário, como uma forma de aprendizagem social. Em 1986, Bandura renomeou a TAS em TSC como melhor proposta teórica ao que ele estava descrevendo e estudando desde a década de 1960 (BANDURA, 1986). Esta mudança também foi o resultado de um esforço para distanciar a sua teoria da abordagem behaviorista.

A TSC descreve o comportamento humano como uma interação triádica, dinâmica e recíproca entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Esta teoria “discute o comportamento humano dentro da lógica da reciprocidade triádica” (AZZI, p.29, 2014), conforme ilustrado na Figura 1. De acordo com essa teoria, o comportamento de um indivíduo é determinado de modo interdependente por cada um desses três fatores. A TSC não rejeita de todo o conceito behaviorista

de estímulo-resposta do comportamento, mas também ratifica que a resposta descrita no comportamento é largamente regulada anteriormente por meio de processos cognitivos. Além disso, a TSC postula que a maioria dos comportamentos é aprendida de forma indireta (BANDURA, 1977, 1986; 1989).

Com o determinismo recíproco a TSC consegue explicar a dinâmica e as relações entre os fatores pessoais, ambientais e comportamentais. No entanto, o determinismo recíproco não pressupõe que todas as fontes de influência sejam de igual força. De fato, a interação entre os três fatores diferirá em função do indivíduo, do comportamento específico a ser examinado e da situação peculiar em que ocorre o comportamento (BANDURA, 1989). Assim, este modelo de causalidade proposto pela TSC é extremamente complexo.

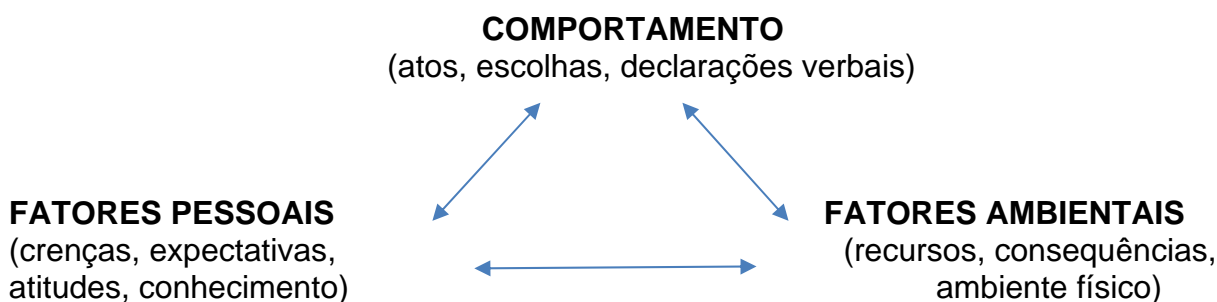
A interação pessoa-comportamento envolve as influências bidirecionais de seus pensamentos, emoções e propriedades biológicas com as suas ações. Portanto, as expectativas, crenças, auto percepções, objetivos e intenções de uma pessoa dão forma e direção ao seu comportamento. No entanto, este comportamento poderá afetar os pensamentos e emoções de outra pessoa (BANDURA, 1977; 1986; 1989).

Outra interação bidirecional também ocorre entre o ambiente e as características pessoais. Neste processo, as expectativas, crenças e competências cognitivas humanas são desenvolvidas e modificadas por influências sociais e ambientais. Essas influências podem transmitir informações e ativar reações emocionais através de fatores como modelagem, instrução e persuasão social (BANDURA, 1977; 1986; 1989).

A interação final ocorre entre o comportamento e o meio ambiente. Bandura afirma que as pessoas são produtos e produtores do seu meio ambiente. O comportamento de uma pessoa determinará os aspectos do ambiente ao qual está exposta, e o comportamento, por sua vez, é modificado por esse ambiente (BANDURA, 1977; 1986; 1989).



Figura 1. Comportamento humano segundo a reciprocidade triádica.



Fonte: BANDURA (1986;1997).

A partir desse conceito da reciprocidade triádica (vide Figura 1), Bandura define a agência humana explicando o papel importante do indivíduo como produtor na sua relação com o meio. Dentro da perspectiva da TSC os seres humanos são caracterizados em termos de cinco capacidades básicas e únicas: simbólica, vicária, premeditação (antecipação), auto-regulação, autorreflexão (BANDURA, 1986; 1989). São essas capacidades que fornecem aos seres humanos meios cognitivos para determinar o comportamento. “As pessoas são auto organizadas, proativas, autorreguladas e auto reflexivas, contribuindo para as circunstâncias das suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições” (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008, p.15).

A capacidade Simbólica permite aos seres humanos condições para armazenar informações em sua memória as quais podem ser usadas para orientar comportamentos futuros. Bandura sugere que são símbolos que servem de mecanismo de pensamento. Através da formação de símbolos, como imagens (imagens mentais) ou palavras, os seres humanos são capazes de dar sentido, forma e contiguidade às suas experiências. É através desse processo que os seres humanos são capazes de modelar o comportamento observado (BANDURA, 1989).

A capacidade Vicária refere-se à condição humana de aprender não apenas da experiência direta, mas também da observação dos outros. O aprendizado observacional permite que alguém desenvolva uma ideia de como um novo comportamento é formado sem realmente realizar o próprio comportamento. Esta informação pode então ser codificada (em símbolos) e utilizada como guia para futuras ações. A aprendizagem Vicária é importante, pois permite que os humanos

formem padrões de comportamento rapidamente, evitando provas e erros que consomem tempo, além de evitar erros caros e até fatais (BANDURA, 1977; 1986; 1989).

A capacidade de Antecipação é a condição de uma pessoa se motivar e orientar suas ações antecipadamente. As expectativas de resultados comportamentais, mais do que os resultados reais, influenciam a probabilidade de um comportamento ser realizado de novo. As expectativas referem-se à avaliação de uma pessoa do resultado antecipado. A capacidade de regular o comportamento de alguém com base em expectativas fornece o mecanismo para um comportamento prévio (BANDURA, 1989).

A capacidade de Auto-regulação é um mecanismo de controle interno que rege o comportamento e as consequências auto impostas para esse comportamento. Bandura propõe que exista um sistema interno regulador que medeia influências externas e proporciona uma base para ações propositadas, permitindo que as pessoas tenham controle pessoal sobre seus próprios pensamentos, sentimentos, motivações e ações (BANDURA, 1989). A auto-regulação é extremamente importante porque permite a substituição gradual de controles internos para controles externos de comportamento. A auto-regulação ocorre através da interação de fontes de influência internas (auto direcionadas ou autogeradas) e externas, incluindo padrões motivacionais, sociais e morais. (BANDURA, 1977; 1986; 1989).

Três fatores parecem determinar os padrões motivacionais: o *feedback*, o tempo previsto para aquisição de determinada meta e a autoeficácia. Um fator essencial para a automotivação é o *feedback*. Através do *feedback*, uma pessoa é capaz de controlar ou ajustar seus esforços e objetivos para torná-los mais viáveis e realistas. Além disso, receber *feedback* sobre realizações de desempenho irá melhorar a autoeficácia de uma pessoa. Outro padrão que influencia a automotivação é o tempo previsto para a aquisição da meta. Os objetivos proximais são mais eficazes do que os objetivos distais na determinação da automotivação (BANDURA, 1986; 1989).

E o padrão motivacional mais importante é a autoeficácia (AE). Conforme Bandura (1994, p.71) autoeficácia é definida como “as crenças das pessoas a respeito de suas capacidades de produzir determinados níveis de desempenho que exercem influência sobre fatos que afetam suas vidas”. Assim

Autoeficácia seria as: “crenças de um indivíduo em suas capacidades para organizar e executar cursos de ação requeridos para atingir certos resultados” (BANDURA, 1997, p. 3). A autoeficácia de uma pessoa se desenvolve como resultado de sua história de realização em uma área particular, de observações de sucessos e falhas de outros, da persuasão de outros e de seu próprio estado fisiológico (como excitação emocional, nervosismo ou ansiedade) ao realizar um comportamento (BANDURA, 1977b; 1986; 1997). Se uma pessoa sente que é capaz de atingir o objetivo, é provável que ela trabalhe mais e desista menos facilmente em comparação com uma pessoa com pouca autoeficácia.

Os padrões sociais e morais também regulam o comportamento. A relação entre o pensamento e a conduta é mediada pelo exercício da agência moral (BANDURA, 1986; 1989). A conduta pode ser regulada através de auto reações avaliativas, como a auto aprovação ou auto repreensão, a moral e padrões internalizados (BANDURA, 1986; 1991). Em geral, as pessoas desenvolvem padrões morais de uma variedade de influências, como instrução direta, *feedback* sobre comportamentos e modelagem de padrões morais por outros (BANDURA, 1986; 1989; 1991). Mas os padrões também são desenvolvidos a partir de sistemas institucionalmente organizados, como educação, mídia, religião, órgãos políticos e legais. As pessoas não absorvem passivamente todos os padrões de comportamento a que estão expostos. Em vez disso, os padrões internalizados dependem do valor de uma atividade e a percepção de seu grau de controle pessoal sobre o comportamento. É por meio do processo de auto-regulação que o comportamento pro social (comportamento de ajuda, altruísmo e cooperação) pode ser mantido internamente (BANDURA, 1989; 1991).

Por último, a capacidade de Autorreflexão permite às pessoas analisar suas experiências, pensar sobre seus próprios processos de pensamento e alterar o seu pensamento de acordo. Um dos tipos mais importantes de autorreflexão é novamente a autoeficácia. Na verdade, a autoeficácia tornou-se o foco central da pesquisa de Bandura, pois também é um dos principais determinantes sobre a auto regulação. A autoeficácia é um tipo de pensamento auto reflexivo que afeta o comportamento humano (BANDURA, 1977b; 1989). De acordo com a TSC, as pessoas desenvolvem percepções sobre suas próprias habilidades e características que posteriormente orientam seu comportamento determinando o que uma pessoa tenta alcançar e quanto esforço eles colocam em seu desempenho (BANDURA,

1977b). Segundo Bandura (2008, p. 79), a autoeficácia “tem um papel fundamental na estrutura causal da teoria social cognitiva, pois as crenças de eficácia afetam a adaptação e a mudança, não apenas diretamente, mas por intermédio de seu impacto em outros determinantes”.

No final da década de 70, Bandura iniciou a introdução do constructo autoeficácia. Nesta época o autor conduzia investigações com pessoas que tinham fobia de animais. Durante esses estudos ele observou que havia correlação entre o que o paciente dizia conseguir fazer e o que realmente fazia. Verificou que o real e o falado eram muitos semelhantes. “As crenças de eficácia produzem esses efeitos por meio de quatro principais processos: o cognitivo, o motivacional, o afetivo e o de escolha” (AZZI, 2014, p. 43).

Bandura (1997) argumenta que as crenças de AE “são os produtos cognitivos de diversas informações de fontes de eficácia transmitidas de forma direta, vicária, social e fisiologicamente. Uma vez formada, as crenças de eficácia contribuem para a qualidade de funcionamento humano de diversas formas.” (BANDURA, p. 115, 1997). As crenças de autoeficácia são formadas, portanto, a partir de quatro fontes de informação: a experiência direta, a experiência vicária, a persuasão social e o estado físico e emocional (BANDURA, 2004). Portanto, essas crenças são percebidas pela influência de experiências diferentes.

As experimentações diretas de êxito proporcionam forte senso de autoeficácia. Mas o sucesso obtido com muita facilidade pode deixar o indivíduo desestimulado diante de fracassos ou tarefas que exijam resultados em longo prazo. As experiências vicárias são referentes à observação de modelos sociais. Observar pessoas realizando tarefas com eficiência, antes de fazê-las pessoalmente, aumenta a crença de que pode realizar aquela tarefa também. Para a persuasão é necessário o persuasor social e que ele tenha credibilidade para o persuadido, ou seja, as pessoas geralmente utilizam exemplos de outros indivíduos que sejam importantes e confiáveis para elas. Persuasões verbais positivas que fortificam a competência para realizar uma tarefa também mobilizam esforços para superar deficiências e aumentar a eficácia da pessoa. Quanto ao estado fisiológico o controle de emoções negativas e estresse ajudam no raciocínio e, por conseguinte, também melhoram a autoeficácia individual (AZZI; POLYDORO, 2006).

Quanto mais forte o sentido de eficácia, maior o esforço, a persistência e a resiliência do indivíduo na realização de determinada tarefa. “Fortes crenças de

autoeficácia promovem as realizações humanas e o bem-estar de incontáveis maneiras. Os indivíduos confiantes abordam tarefas difíceis como desafios a serem dominados, em vez de ameaças a serem evitadas” (PAJARES, OLAZ, 2008, p.106).

Bandura (1986) sugere que a criança desenvolve o significado de autoeficácia na medida em que seu desempenho é avaliado por professores e colegas. Na aprendizagem, indivíduos com baixa autoeficácia tem pior *performance*, se esforçam menos e falta compromisso com as metas propostas (SCHUNK, 1990). Vários outros constructos tentam explicar como o “*self*” influencia no comportamento humano, mas as crenças de autoeficácia enfatizam sua relação direta com o desempenho da aprendizagem, a *performance* nas tarefas, pois possuem validade em diversos resultados acadêmicos (AZZI; POLYDORO, 2006).

A comparação social da própria *performance* com a *performance* de outros, especialmente pares ou irmãos, também serve como uma forte fonte de autoeficácia. Além disso, as escolas são consideradas uma fonte forte de autoeficácia. Esta é uma consideração importante na sociedade de hoje, onde as escolas são baseadas na avaliação dos alunos comparando o desempenho individual com o desempenho do grupo. Para aqueles estudantes que estão atrasados ou têm problemas acadêmicos, esse tipo de avaliação pode resultar em graves deficiências na autoeficácia (ROSENHOLTZ, ROSENHOLTZ, 1981). O ambiente estudantil é essencial para o desenvolvimento do cidadão e, portanto “toda escola deve exercer a dupla função de propiciar que todos os alunos desenvolvam tanto as reais competências que o mundo moderno exige como também as crenças de que possuem tais competências” (BZUNECK, 2001, p. 133).

Neste contexto o professor é primordial para o sucesso do aluno, pois é um dos responsáveis diretos pelo seu estímulo e motivação. Este profissional precisa ter constante cuidado e reflexão sobre suas próprias capacidades. Assim no domínio do ensino, “a autoeficácia docente tem sido entendida como crença na própria capacidade de exercer efeito produtivo e relevante na quantidade e qualidade do envolvimento e aprendizagem dos alunos, considerando a diversidade destes” (AZZI; POLYDORO, 2006, p.151).

De acordo com Tschannen-Moran, Woolfolk-Hoy (2001, p.783) a autoeficácia docente é definida como “o julgamento de suas capacidades em alcançar os resultados desejados de engajamento e aprendizagem do aluno, até mesmo entre aqueles alunos que possam ser difíceis ou desmotivados”.

Mais amplamente Bzuneck, Guimarães (2003) definem a autoeficácia do professor como a capacidade de executar e organizar medidas que objetivem o sucesso acadêmico de duas formas: inicialmente estimulando, motivando e propiciando o senso de eficácia discente e a outra forma focando no trabalho do professor a partir da dedicação, planejamento e organização de suas atividades escolares. Os autores ainda complementam que as crenças de autoeficácia modificam o bem-estar e a motivação docente. “Aqueles que desenvolveram sólidas crenças de autoeficácia revelam, até nas circunstâncias mais adversas, atitudes e comportamentos adaptadores” (BZUNECK; GUIMARÃES, 2003, p.138).

Conforme observações de Rocha (2009, p.46): “Em geral, os professores com elevado sentimento de autoeficácia, mostram maior abertura às novas ideias... manifestam grande entusiasmo pelo ensino e se encontram mais comprometidos com sua profissão”. Para caracterizar o professor Azzi, Polydoro e Bzuneck (2006) sintetizam as informações da literatura e descrevem qual é o perfil de um docente com elevada e baixa autoeficácia. O docente com elevada autoeficácia exige planejamento, organização para suas aulas, é aberto a experimentar novos métodos e novas ideias, é mais humanista, propicia ambiente para aprendizagem, trabalha com o aluno com dificuldade, promove melhor desempenho do estudante, motiva e aperfeiçoa as crenças dos alunos, exibe entusiasmo e compromisso com a docência. Já o professor com características de baixa eficácia apresenta “uma atitude de tutela com uma visão pessimista da motivação dos alunos e enfatiza o controle rígido do comportamento na sala de aula, com pressões extensas e sanções negativas para que os alunos estudem” (AZZI, POLYDORO, BZUNECK, 2006, p.154).

Assim fica claro que a autoeficácia docente tem efeito, mas não pode interferir nos resultados educacionais. “A autoeficácia dos professores aparenta ser um bom preditor de sucesso acadêmico do aluno” (AZZI, POLYDORO, BZUNECK, 2006, p. 155). Rocha (2009) encontrou em seu estudo sobre autoeficácia docente no ensino superior tendência a elevada autoeficácia entre professores inclusive quanto a Intencionalidade da Ação docente e ao Manejo de Classe. Isso corrobora com Azzi, Polydoro, Bzuneck (2006, p.152) quando observam que as crenças de eficácia “podem ser vistas em duas direções: as crenças docentes sobre as tarefas relativas ao ensino e as crenças pessoais sobre a competência para ensinar, ou seja, envolvem a crença de eficácia pessoal e eficácia de ensino”.

Com referência as fontes de autoeficácia Rocha (2009, p. 148) descreve que há “maior nível de concordância em relação à influência das Experiências Diretas, seguida de Persuasão Social e de Experiências Vicárias e, por último dos Estados Fisiológicos e Emocionais”. Esse resultado é condizente com os apontamentos de Bandura (1977;1993;1997;1999) quando reitera que as experiências diretas positivas propiciando êxito são a maneira mais definitiva para aprimorar as crenças de autoeficácia.

É evidente a importância de inserir o construto de autoeficácia no cotidiano do professor, pois com o fortalecimento de suas crenças o docente poderá ser mais colaborador com o processo de aprendizagem de seus alunos. Este estudo pretende fazer uma revisão das publicações nacionais sobre a autoeficácia docente e, com isso, verificar a influência deste construto nos diversos ambientes educacionais brasileiros.

## MÉTODO

Com o intuito de alcançar o objetivo principal da pesquisa foram usados os seguintes descritores no decorrer da busca bibliográfica nas bases de dados: “Autoeficácia docente” e “Autoeficácia do professor”, os quais poderiam estar presentes no título do texto, no resumo (*abstract*) ou nas palavras-chave do resumo. As bases de dados utilizadas foram: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Portal Periódicos CAPES. A pesquisa foi delimitada com seguintes critérios: somente artigos em português ou inglês de autoria brasileira e com abordagem a autoeficácia docente em geral.

No primeiro momento foi feita uma abordagem geral nas bases de dados com os descritores e observado 308 artigos relacionados ao assunto pela BVS e 359 pelo Portal Periódico CAPES, do período de janeiro de 1996 a junho de 2017. Ao selecionar pesquisas brasileiras o resultado reduziu para cerca de 50 textos neste período de 21 anos. Após aplicar o critério da presença dos descritores no título, resumo ou palavras-chave o número encontrado foi de 32 artigos, que serão o objeto deste estudo.

Na formulação de gráficos para auxiliar a interpretação e discussão dos resultados foi usado um *software* de análise textual chamado IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.6 alpha 3, sendo incluídos na construção do corpus somente os resumos e abstract dos estudos selecionados. Este software foi elaborado por Pierre Ratinaud e permite fazer análises estatísticas através da linguagem Python e estruturação básica do software R. O IRaMuTeQ disponibiliza cinco tipos de análise textual: I - Estatística Clássica, II - Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), III - Classificação Hierárquica Descendente (CHD), IV - Análise de Similitude e V - Nuvem de Palavras (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016).

O uso de softwares para auxiliar a análise de informações dos textos cresceu nos últimos anos, principalmente em estudos em que o corpus da pesquisa é volumoso (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016). Nas diversas áreas: Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, os dados encontrados nas pesquisas qualitativas refletem crenças, pensamentos e opiniões. A subjetividade desses resultados e a busca constante do rigor metodológico fazem com que a análise de dados seja uma etapa crucial para o pesquisador. É importante ressaltar que o



IRaMuTeQ é apenas um instrumento de exploração. A interpretação crítica dos gráficos e sua relação com a referência bibliográfica deve ser realizada pelo pesquisador. (LAHLOU, 2012).

Os resultados e discussão desta revisão serão apresentados por quatro tipos de gráficos de análise textual IRaMuTeQ: 1 – Especificidades e AFC, 2 - Análise de Similitude, 3 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e 4 - Nuvem de Palavras, separando os artigos em língua portuguesa e inglesa. Foram usadas as classes gramaticais: adjetivos, substantivos (nomes comuns), verbos e advérbios nos gráficos CHD, AFC e Nuvens de palavras. As demais classes foram programadas como complementares se necessário. Já para nos gráficos de Similitude foram usadas apenas a classe gramatical: substantivo. Essa medida foi tomada para melhor visualização gráfica das palavras-chaves mais significativas dos textos em português, sendo aplicado também ao gráfico dos textos em inglês para manter homogeneidade. As análises do tipo CHD foram utilizadas porque obtiveram retenção mínima de 75% dos segmentos de texto. Quando isso não acontece recomenda-se que o método CHD seja abandonado, pois não fornece análise adequada, apenas parcial. Sugere-se utilizar apenas a análise de especificidades (CAMARGO, JUSTO, 2013; CAMARGO, JUSTO, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação dos critérios de seleção estabelecidos na metodologia foram relacionados 32 estudos originais recuperados nas bases de dados consultadas, no período de janeiro de 1996 a junho de 2017. Destes 11 (34,4%) selecionados da busca na Capes e 21 (65,6%) da BVS. A maioria dos artigos são estudos quantitativos com relato de pesquisa e aplicação de escalas de autoeficácia nos diversos níveis de educação, conforme observado na Tabela 1 e 2.

Observa-se que o número de estudos e investigações vem aumentando no Brasil, predominando após o ano de 2012, com quase 72% das publicações. 84,4% destes estudos são relatos de pesquisa, ou seja, experimentações sobre a autoeficácia em vários cenários e condições de trabalho do professor brasileiro, o que demonstra uma preocupação acadêmica em utilizar o recurso teórico da AED para auxiliar a dinâmica pedagógica dos docentes em diversos níveis desde o ensino básico até o superior.

Essa observação é confirmada quanto ao exposto na Tabela 2, visto que a maioria dos trabalhos objetiva investigar autoeficácia docente em diferentes contextos, 37,5%. Isso demonstra preocupação acadêmica em avaliar o constructo na prática docente.

Ainda na Tabela 1, entre as revistas, encontra-se destaque em três: Psico-USF, Motriz e Caderno Brasileiro de Ensino de Física, todas com 9,5% dos estudos. Essa variação fora da área da Psicologia, com destaque para o Ensino de Física, traz a ideia da importância de divulgar o conceito de AED amplamente para que realmente seja utilizado como recurso para auxílio do trabalho docente.

A Tabela 2 expõem os objetivos destes estudos, sendo a grande maioria investigar a AED em diferentes contextos, inclusive destaca-se a investigação de AED entre os universitários de Educação Física com 15,6%. Os trabalhos para medir AED entre professores e universitários de Educação Física tem sido modelo para outras áreas no Brasil.

Tabela 1 - Caracterização geral das produções encontradas.

<b>Publicação</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Base de Dados Eletrônica</b>		
CAPES	11	34,4
BVS	21	65,6
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Categoria de Estudo</b>		
Estudo Bibliográfico	2	6,2
Relato de Pesquisa	27	84,4
Revisão Teórica	3	9,4
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Período da Publicação</b>		
1996 a 2000	1	3,1
2001 a 2006	1	3,1
2007 a 2011	7	21,9
2012 a 2017	23	71,9
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Revistas</b>		
Educação, Formação e Tecnologias	1	3,1
Revista Científica Interdisciplinar	1	3,1
Arquivos Brasileiros de Psicologia	1	3,1
Psico- USF	3	9,5
Psicologia Argumento	2	6,3
Psicologia Escolar e Educacional	2	6,3
Educar em Revista	1	3,1
Rev. Educ. Fis. / UEM	1	3,1
Anales de Psicologia	1	3,1
Ensaio e Estudos Teóricos	1	3,1
ECCOS Revista Científica	1	3,1
Psicologia: Ensino e Formação	2	6,3
Rev. Bras. Ciênc. Esporte	1	3,1
Revista Triângulo	1	3,1
Motriz	3	9,5
Caderno Brasileiro de Ensino de Física	3	9,5
Perspectiva	1	3,1
Revista Psicologia / Universidad de Chile	1	3,1
Percepta	1	3,1
Pensar a Prática	1	3,1
Estudos de Psicologia	1	3,1
La Psicología en la transformación educacional	1	3,1
Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional	1	3,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Depois com 12,5% estão estudos para validação de escalas no Brasil, o que certifica a seriedade destas pesquisas, porque demonstra que os pesquisadores desejam apropriar-se do conceito teórico de AED, mas identificando e respeitando as peculiaridades nacionais.

Logo com 9,4% dos estudos estão os artigos de revisão sobre a AED na Teoria Social Cognitiva e também com 9,4% a investigação da AED sobre o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Verifica-se, com isso, que os pesquisadores procuram aprofundar a base teórica da AED e que trazem este conhecimento para verificar a capacidade docente em áreas ou situações novas que exigem do professor adaptação rápida como o avanço tecnológico da sociedade.

Tabela 2 – Objetivo da Publicação.

<b>Objetivo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Investigar AE docente e uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) em diversos contextos	3	9,4
Investigar AE docente em diferentes contextos (EJA, Ensino Fundamental, Física, Ensino Médio, Educação Física, Ginástica, FMC, Engenharia, Autismo)	12	37,5
Validar Escala de AE Docente	4	12,5
Avaliar relação de AE docente e <i>Burnout</i>	1	3,1
Revisão ou ensaio bibliográfico sobre <i>Burnout</i> e AE	2	6,3
Revisão sobre AE docente na TSC	3	9,4
Avaliar AE docente em universitários de educação física	5	15,6
Avaliar AE docente em estudantes de pós-graduação nas engenharias	1	3,1
Relacionar AE e identidade profissional	1	3,1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

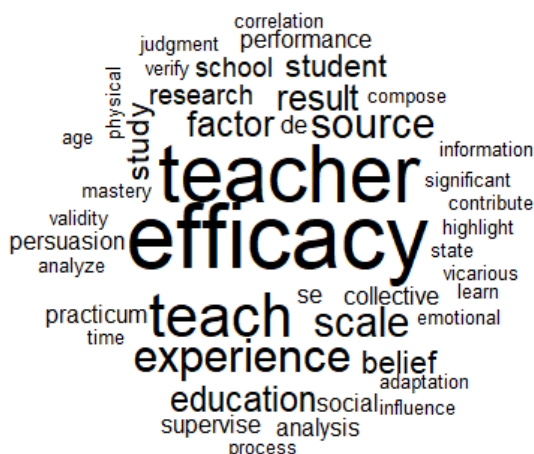
Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos gráficos 1 e 2 (nuvem de palavras) permite visualizar as palavras-chave mais importantes nas respectivas línguas. Nos textos em português (gráfico 1) as palavras predominantes são: “professor”, “autoeficácia”, “crença” e “ensino”. Já os em inglês são: “efficacy (eficácia)”, “teacher (professor)”, “teach (ensinar)” e “experience (experiência)”. Observa-se similaridade entre as línguas e a inversão professor / autoeficácia e efficacy / teacher acontece provavelmente porque são apenas cinco textos na análise da língua inglesa, entre eles há um artigo de revisão dos autores Fernandez et al. (2016) e somente um com abordagem qualitativa, os demais estudos são quantitativos, sendo que o artigo dos autores Guerreiro-Casanova, Azzi (2015) busca validar a Escala de Autoeficácia dos



melhor desempenho dos alunos; (b) incrementos das crenças de autoeficácia dos próprios alunos; e (c) a adoção de estratégias mais adequadas de lidar com os alunos, especialmente com alunos-problema” (BZUNECK, 1996, p.63).

Gráfico 2. Nuvem de Palavras das publicações em inglês (5 textos).



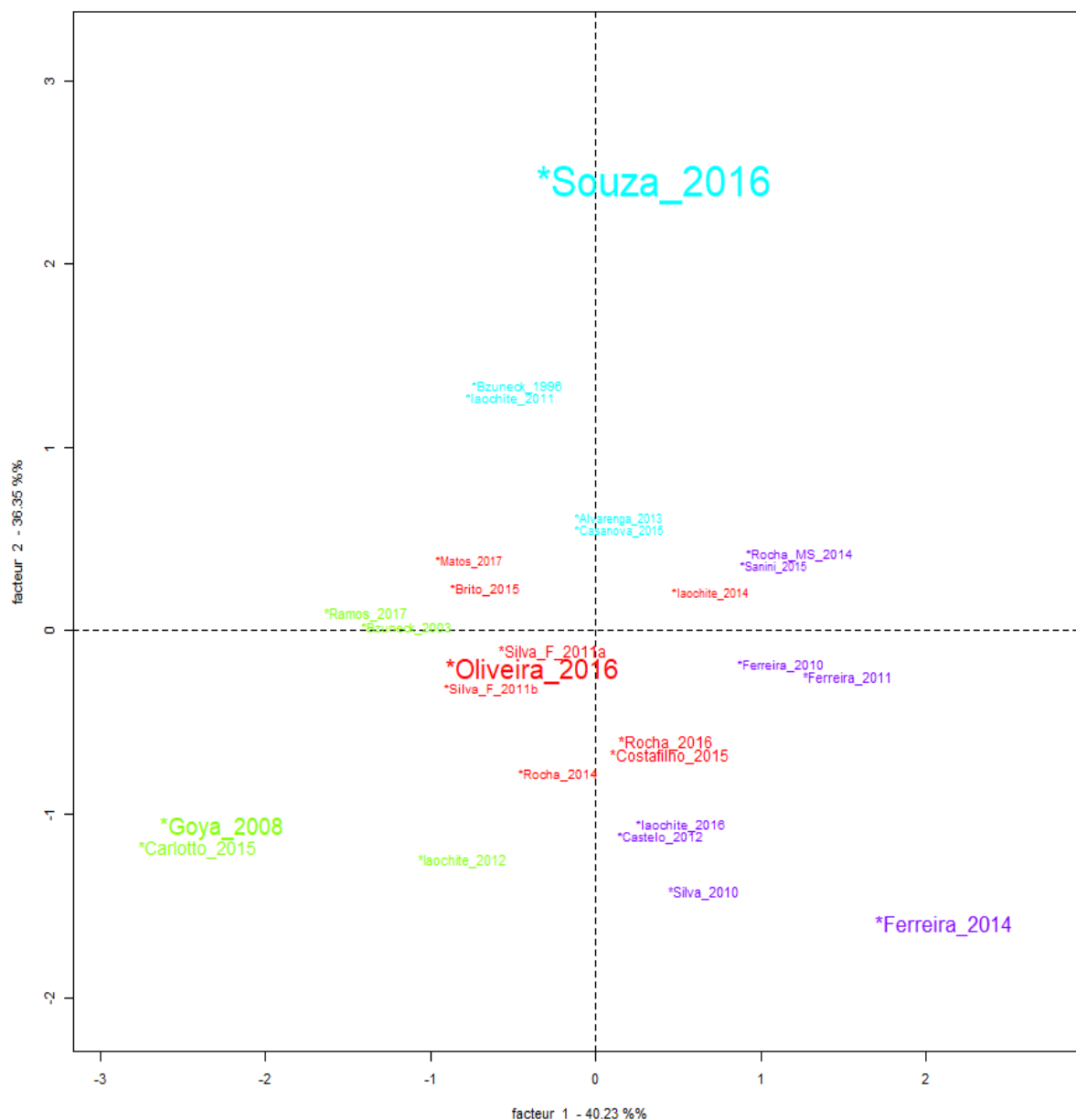
Fonte: Dados da Pesquisa

O ciclo natural da eficácia docente descrito por Tschannen-Moran, Woolfolk-Hoy, Hoy (1998) explica os recursos utilizados pelo professor para alcançar maiores resultados. Através das informações das fontes de autoeficácia, o professor usa sua cognição para avaliar suas competências pessoais e analisar as tarefas

necessárias para o ensino. O resultado será a eficácia docente e suas consequências (maior esforço docente, persistência na execução das tarefas, etc.) a performance deste processo gerará novas informações das fontes de autoeficácia e o ciclo se reinicia (TSCHANNEN-MORAN, WOOLFOLK-HOY, HOY, 1998).

Os gráficos 3, 4, 5 e 6 mostram a distribuição dos estudos em português por semelhança semântica. Enquanto os gráficos 7, 8, 9 e 10 mostram as especificidades e distribuição dos artigos em inglês.

Gráfico 3. Especificidades de Grupos dos textos em português.



Fonte: Dados da pesquisa

A autoeficácia docente foi descrita em diversos contextos no Brasil: educação infantil, ensino fundamental e médio, ensino superior, principalmente sobre docentes da educação física, física, engenharia e música, uso de tecnologia digital e virtual, autismo e Burnout. Essa diversidade justifica o gráfico 3, onde se observa polarização dos autores e temas envolvidos. Nos polos estão os autores Souza, Inocente, Araújo (2016), Goya, Bzuneck, Guimarães (2008) e Ferreira (2014).

Souza, Inocente, Araújo (2016) relacionam autoeficácia do docente que trabalha nas Unidades de Ensino do Departamento de Ciência e Tecnologia da Aeronáutica (DCTA) no uso de tecnologia digital e virtual no processo de ensino e aprendizagem. Goya, Bzuneck, Guimarães (2008) medem as crenças de eficácia de professores de física do ensino médio e a motivação dos seus alunos para aprender física. E Ferreira (2014) investiga as relações entre a autoeficácia docente e síndrome de Burnout em 100 professores do Ensino Médio do Estado de Minas Gerais.

Nos artigos Ferreira, Azzi (2010), Ferreira, Azzi (2011), autoras vinculadas a UNICAMP, estudam as associações sobre autoeficácia docente e síndrome de Burnout. O estudo de Carlotto et al. (2015) medem autoeficácia docente e síndrome de Burnout também, mas nos gráficos 3 está distante dos textos de Ferreira. Provavelmente isso acontece porque Carlotto et al. (2015) trazem pesquisa descritiva e quantitativa com aplicação de escalas, dando ênfase a metodologia, enquanto Ferreira, Azzi (2010), Ferreira, Azzi (2011), trazem constructos da TSC e autoeficácia em dois artigos de revisão e ensaio teórico. Mesmo no seu estudo quantitativo com aplicação de escalas em 2014, Ferreira (2014) não escreve propriamente a palavra Burnout no resumo/abstract que foi a base do corpus textos do IRaMuTeQ.

Os gráficos 4, 5 e 6 mostram a análise fatorial de correspondência e a classificação hierárquica descendente dos textos em português. Conforme o gráfico 7 há divisão dos artigos em duas classes: classe geral (com as subclasses: 1 – vermelho, 2- verde e 3- azul) e a classe 4 (roxo).

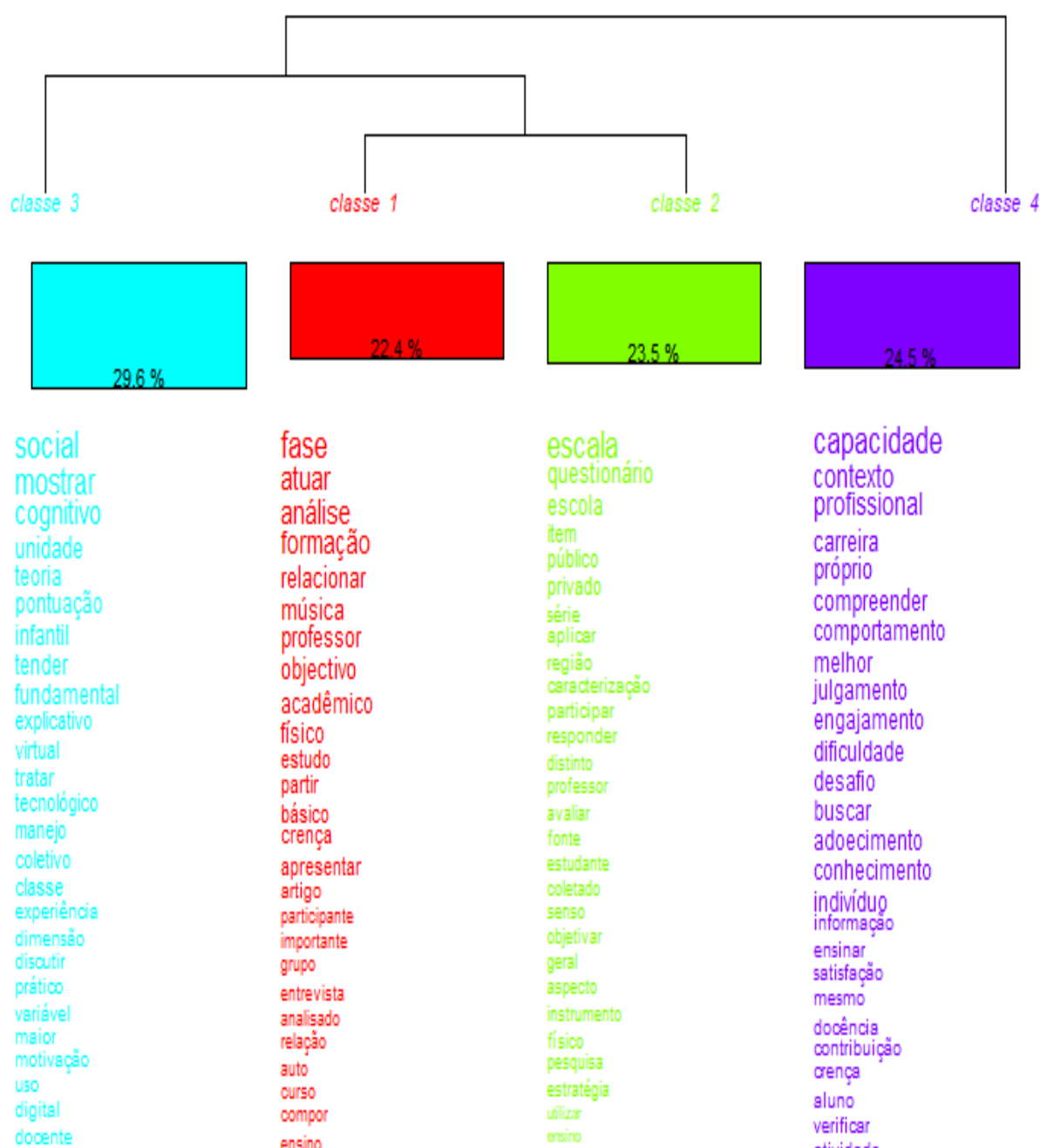




Na subclasse 1 predomina as palavras “fase”, “atuar” e “análise”. Neste grupo se destaca os artigos sobre professores de física: Silva (2011), Rocha (2014), Rocha (2015) e de música: Oliveira (2016).

Na subclasse 2 as principais palavras são “escala”, “questionário” e “escola”. Trabalho significativo desta subclasse é o Bzuneck, Guimarães (2003) que validam a escala de Woolfolk e Hoy, avaliando dois aspectos: senso de eficácia pessoal e senso de eficácia do ensino.

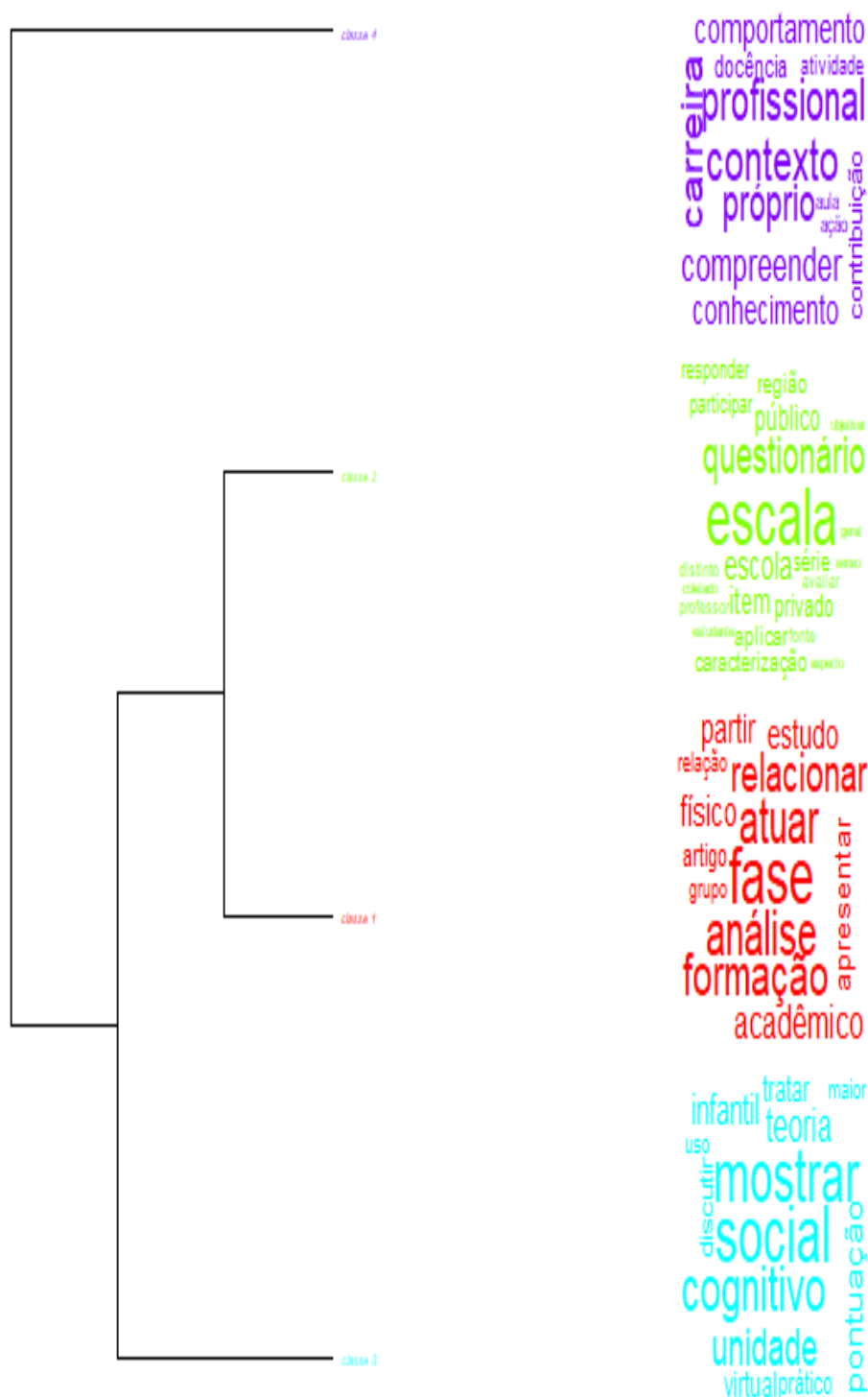
Gráfico 5. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português A.



Fonte: Dados da pesquisa

Na subclasse 3 as palavras mais encontradas foram: “social”, “mostrar” e “cognitivo”. Prevalece estudos com professores do ensino fundamental e médio. Todos os artigos deste grupo semântico são quantitativos.

Gráfico 6. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em português B.



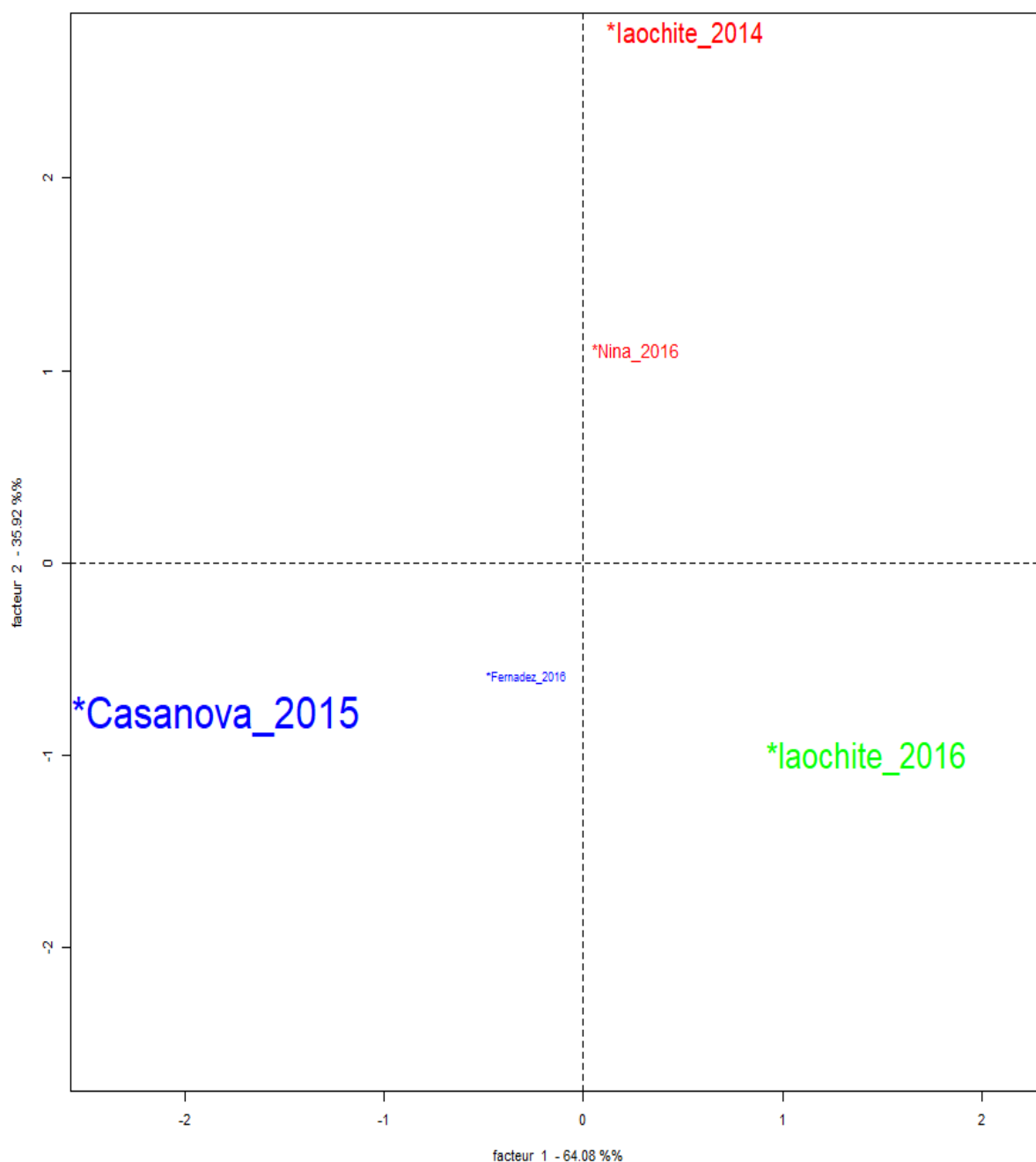
Fonte: Dados da pesquisa

A classe 4 é caracterizada pela sequência: “capacidade”, “contexto” e “profissional”. Nesta classe predomina os ensaios bibliográficos e artigos de revisão, com destaque para Ferreira, Azzi (2010), Ferreira, Azzi (2011) sobre autoeficácia e Burnout. Também prepondera trabalhos qualitativos que são escassos no Brasil. laochite et al. (2016) fazem revisão sobre a autoeficácia no campo educacional no período de 2002 a 2013. Castelo, Luna (2012) relacionam autoeficácia docente (AED) com identidade profissional e Sanini, Bosa (2015) relacionam AED e autismo em pesquisa qualitativa com única professora tipo estudo de caso.

No gráfico 7, observa-se a distribuição por especificidade dos artigos em inglês. No centro está o artigo Fernandez et al. (2016). Os autores fazem revisão bibliográfica sobre o assunto no período de 2009 a 2013 e tem semelhanças semânticas com o artigo de Guerreiro-Casanova, Azzi (2015), pois este último é um estudo de validação das escalas de Autoeficácia Docente e de Crença Coletiva Escolar. O autor laochite representa 40% das produções em inglês. Ele é vinculado a UNESP de Rio Claro (Universidade Estadual Paulista – Rio Claro) e a maior parte de suas pesquisas são sobre a autoeficácia do professor de educação física.

Os estudos laochite, Costa-Filho (2014) e laochite et al. (2016) se referem a autoeficácia docente em estudantes de educação física, mas estão em classes semânticas diferentes no gráfico 7. Isso acontece porque no artigo laochite (2016) a abordagem da pesquisa é qualitativa com análise de portfólios, enquanto em laochite, Costa-Filho (2014) a abordagem é quantitativa com aplicação de escalas. Nina et al. (2016) se aproxima de laochite, Costa-Filho (2014) pela metodologia. Nina et al. (2016) aborda 495 professores de educação básica com estudo descritivo e quantitativo sobre a autoeficácia com uso de Escala de Fontes de Autoeficácia Docente (IAOCHITE, AZZI, 2012).

Gráfico 7. Especificidades de Grupos dos textos em inglês.



Fonte: Dados da pesquisa

É importante salientar que dos 32 artigos selecionados neste estudo não há revisão, ensaio teórico ou pesquisa exclusiva com professores do ensino superior. Apenas o artigo de Souza, Inocente, Araújo (2016) teve 58,5% dos participantes docentes do Ensino Superior, 22,2% da Educação Infantil, 19,3% do Ensino Fundamental e Médio. Este estudo não mostrou diferenças quanto a fonte de

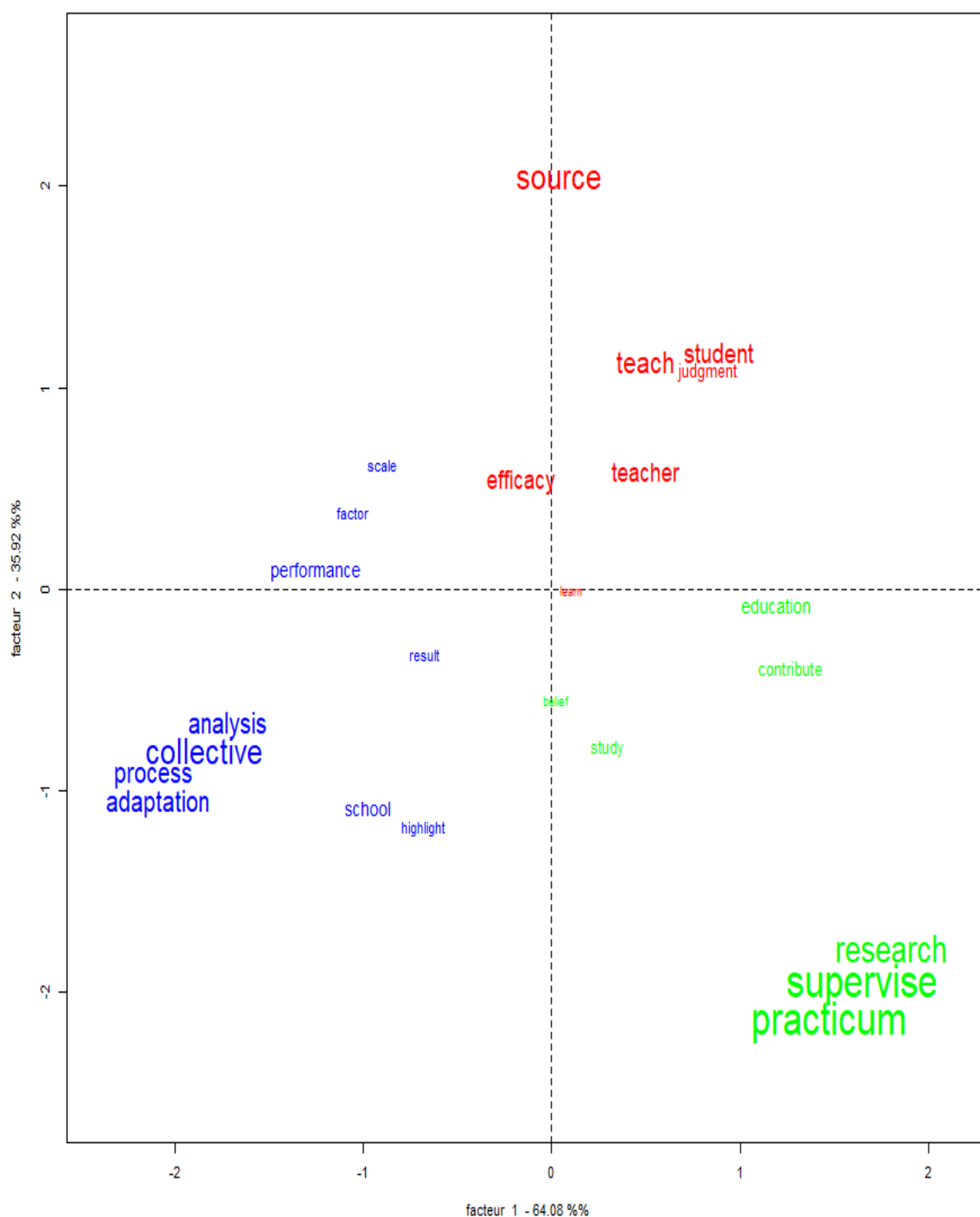
crenças de autoeficácia entre os diversos níveis de docência, mas o enfoque primário era verificar autoeficácia docente com uso de tecnologias computacionais e virtuais. Logo qualquer estudo que tente relacionar autoeficácia docente no ensino superior no Brasil é considerado inovador.

No Brasil a avaliação de autoeficácia na docência do Ensino Superior tem referência inicial com a tese de doutorado de Rocha (2009). Depois Souza (2015) faz estudo (dissertação de mestrado) sobre autoeficácia docente em professores do ensino infantil, fundamental, médio e ensino superior em Unidades de Ensino da Aeronáutica. Mais recente duas dissertações de mestrado Lira (2017) e Bernardini (2017) investigam as associações entre autoeficácia de docentes do ensino superior e síndrome de Burnout. Estes dados evidenciam o espaço para a pesquisa sobre autoeficácia em docentes no ensino superior no Brasil.

Os gráficos 8, 9 e 10 mostram a análise fatorial de correspondência e a classificação hierárquica descendente dos textos em inglês. Conforme o gráfico 9 há divisão dos artigos em duas classes: classe geral (com as subclasses: 1 – vermelho, 2- verde) e a classe 3 (azul).

A subclasse 1 destaca as palavras: “source” (fontes), “teach” (ensino), “student” (estudante) e “teacher” (professor). Este grupo é representado por dois estudos quantitativos com foco na mensuração das fontes de autoeficácia docente. A subclasse 2 predomina as palavras: “supervise” (supervisionar), “practicum” (estágio) e “education” (educação). Referente ao artigo de laochite, Costa-Filho (2016) em pesquisa qualitativa descritiva sobre a AED de estudantes de educação física em estágio supervisionado.

Gráfico 8. Análise Fatorial de Correspondência (AFC) dos textos em inglês.

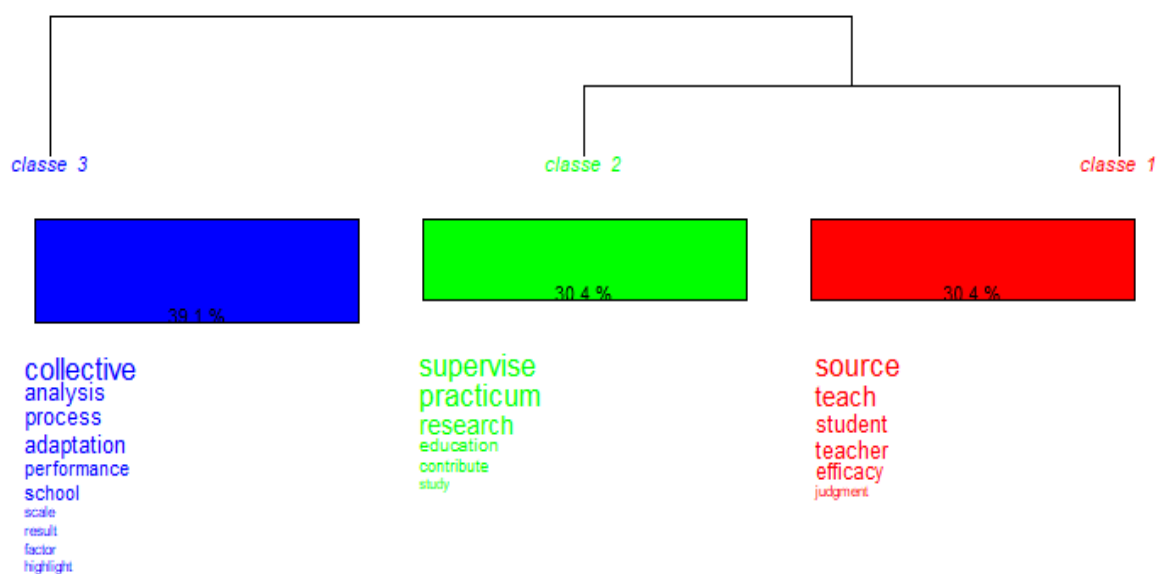


Fonte: Dados da pesquisa

A classe 3 traz as palavras: “collective” (coletivo), “analysis” (análise), “process” (processo) e “adaptation” (adaptação). Representado por dois textos, Fernandez et al. (2016) com revisão sobre AED de 2009 a 2013 e, Guerreiro-

Casanova, Azzi (2015) validando a escala de autoeficácia e a de Crença Coletiva Escolar. “A validade de critério foi constatada por meio das correlações significativas entre essas crenças e o desempenho escolar” (GUERREIRO-CASANOVA, AZZI, 2015, p.399).

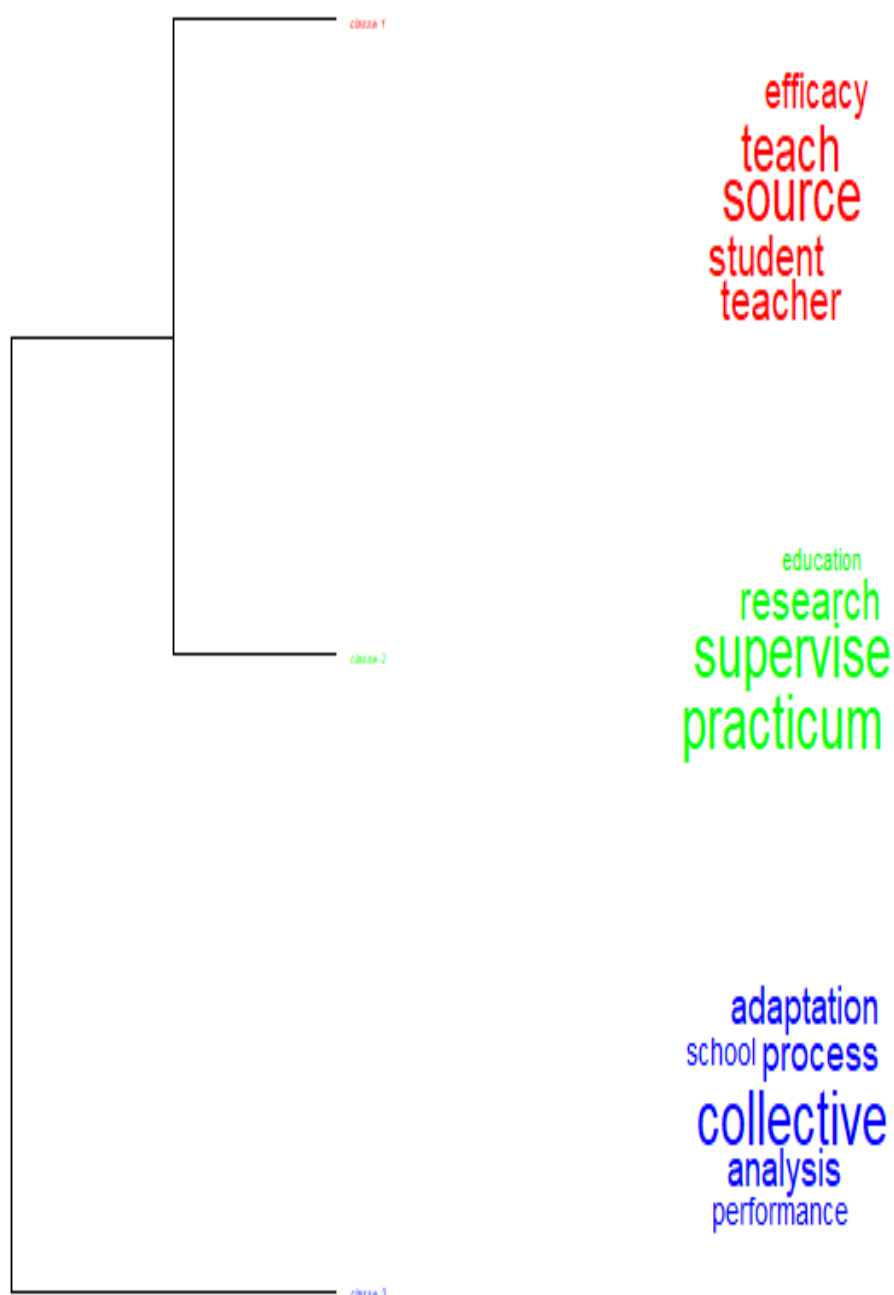
Gráfico 9. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês A.



Fonte: Dados da pesquisa



Gráfico 10. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dos textos em inglês B.

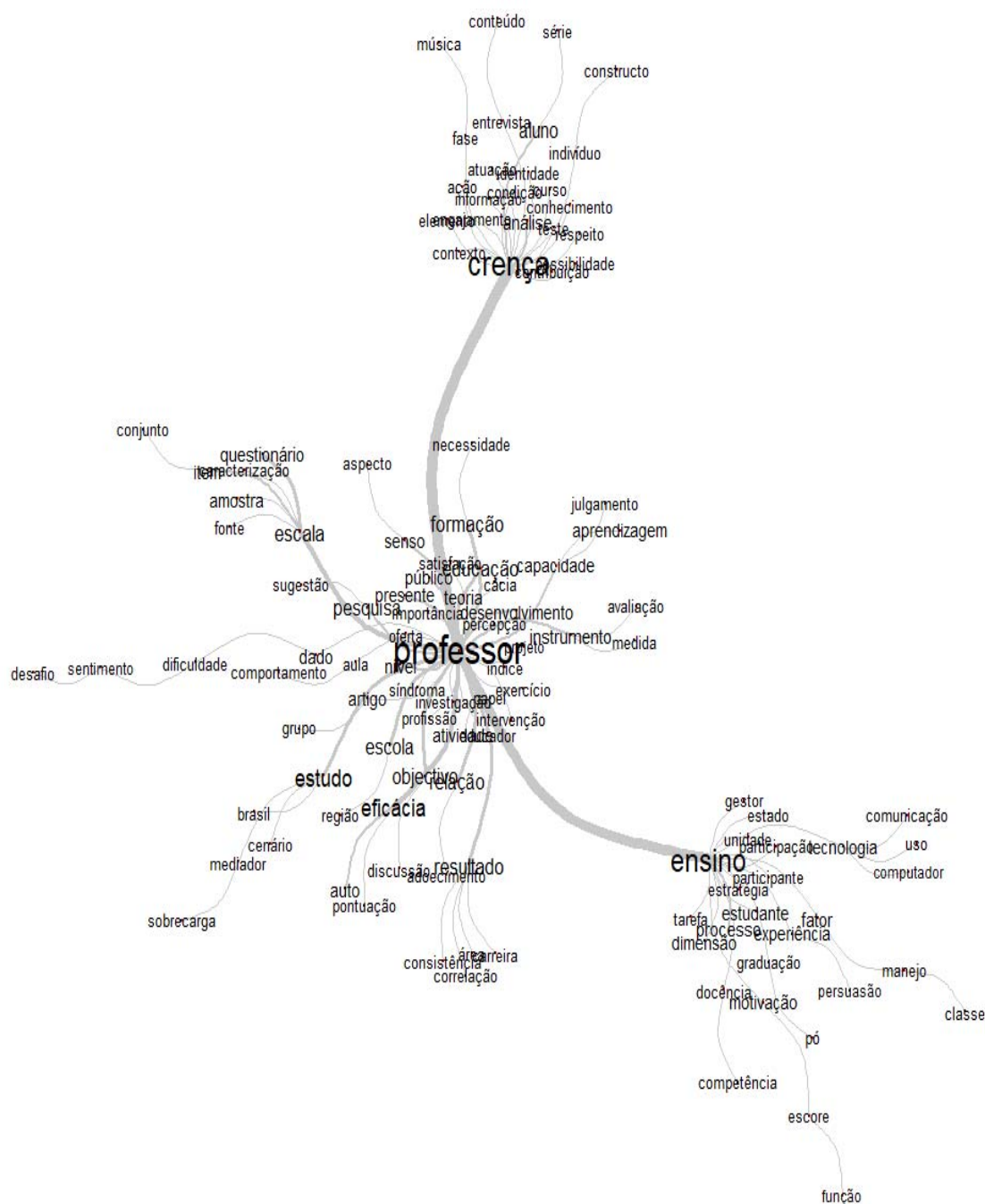


Fonte: Dados da pesquisa

Os gráficos 11 e 12 são de análise de similitude em português e inglês, respectivamente. Neste tipo de imagem pode-se correlacionar o vínculo e ligação dos termos mais significativos. No gráfico 11 foram avaliadas somente os substantivos (palavras comuns) dos artigos em português e observa-se a forte ligação entre “**professor**”, “**crença**” e “**ensino**”, certificando a busca do ensino

através das crenças docentes. O mesmo acontece no gráfico 12 referente aos textos em inglês, no qual predomina as ligações entre os termos “**efficacy**” (eficácia), “**teacher**” (professor) e “**teach**” (ensino).

Gráfico 11. Análise de Similitude dos textos em português.



Fonte: Dados da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Costa, Boruchovitch (2006, p. 105): “somente um professor que saiba constantemente refletir, avaliar, monitorar, controlar e regular suas próprias crenças de autoeficácia é que poderá deflagrar esse processo nos seus alunos”. Vale ressaltar que embora a autoeficácia seja importante para o desempenho acadêmico, não é a única influência. O conhecimento e as habilidades são essências para que um indivíduo com alta eficácia possa adquirir o sucesso em sua *performance* (COSTA, BORUCHOVITCH, 2006).

## SÍNTESE DAS PUBLICAÇÕES SELECIONADAS

Nesta sessão, será exposta uma síntese dos estudos selecionados. A descrição dos textos seguirá a ordem cronológica de publicação.

Os artigos sobre Autoeficácia Docente (AED) no Brasil começam com Bzuneck (1996). Neste estudo, o autor tem como objetivo: identificar as crenças de autoeficácia pessoal de professores do 1º grau e eficácia em relação ao ensino; verificar diferenças das crenças de professores que lecionam na 1º e 2º série e aqueles que lecionam na 3º e 4º série; descobrir as variáveis e relações entre a autoeficácia docente e eficácia de ensino. Participaram do estudo 529 professores de 18 municípios do estado do Paraná, sendo 242 da 1º e 2º séries e 222 da 3º e 4º séries. O senso de autoeficácia foi avaliado com uma escala tipo Likert de 20 itens. Destes itens, 12 eram referentes ao constructo de eficácia pessoal e, oito ao constructo de eficácia do ensino. O instrumento adotado pelo pesquisador foi uma tradução da escala elaborada por Woolfolk e Hoy (1990).

Com os resultados Bzuneck (1996) conclui que os dois constructos (autoeficácia pessoal e eficácia de ensino) são independentes e distintos. Aproximadamente um quinto dos discentes tinham crença pessoal altamente otimista, mas com uma percepção pessimista quanto à eficácia do ensino em geral. Uma das explicações para esse dado foi a redação das escalas. Outra explicação seria o fato de que as crenças sobre ensino já se encontram consolidadas no começo do curso superior e resistem a mudanças ao longo da faculdade, principalmente quando vinculadas em rede a outras crenças também arraigadas. Também poderia ser que a alta crença pessoal dos professores estaria ligada à preservação tanto de sua autoimagem como de sua imagem pública. O autor estimula novos estudos sobre este resultado, pois a pesquisa em questão não tinha por objetivo investigar os efeitos comportamentais das crenças de eficácia dos docentes.

Ainda em Bzuneck (1996) os docentes de 1ª. e 2ª. séries mais idoso (acima de 40 anos) manifestaram crença de eficácia pessoal mais alta que os mais jovens (até 30 anos), mas sem diferenças na medida de eficácia do ensino. Já, entre aqueles professores da 3ª. e 4ª. séries, são os mais jovens que têm maior senso de eficácia do ensino. Os docentes de 3ª. e 4ª. séries com mais tempo de magistério tiveram o menor nível de eficácia de ensino. Provavelmente as experiências de

fracasso (reais ou ilusórias) destes professores, juntamente com as queixas de outros colegas de profissão, dão a impressão que o ensino não atinge seus objetivos, provocando um baixo nível de eficácia de ensino.

O próximo artigo será de 2003 com os autores Bzuneck, Guimarães (2003) cujo objetivo principal foi verificar as propriedades psicométricas da versão em português da escala de Woolfolk e Hoy em uma grande amostra nacional que já tinha sido usada em 1996 por Bzuneck (1996). Esta escala avalia dois itens diferentes: o senso de eficácia pessoal e o de ensino. O estudo destaca que autoeficácia docente pode influenciar a motivação do professor, seu bem-estar no trabalho e a sua superação de adversidades. Esta pesquisa conclui que a escala estudada tem propriedades psicométricas adequadas e que os fatores distintos (eficácia pessoal e do ensino) foram confirmados pelos resultados da análise fatorial exploratória. O estudo estimula aprofundamento e mais pesquisas sobre o assunto.

Próximo trabalho foi de Goya, Bzuneck, Guimarães (2008) com intenção de medir as crenças de eficácia de docentes de física do ensino médio e a motivação dos seus estudantes para aprender a matéria. As estratégias pessoais de estudo do aluno podem resultar em fracasso e diminuir a motivação pessoal. Portanto, o instrumento utilizado para avaliar a motivação dos estudantes foi composto do total de 20 itens, 13 relacionados à motivação para aprender e sete relativos a estratégias pessoais de estudo. Para dimensionar as crenças de AED foi usada a escala de Woolfolk e Hoy (1990), versão brasileira, publicada anteriormente por Bzuneck, Guimarães (2003).

Os resultados encontrados por Goya, Bzuneck, Guimarães (2008) mostraram que, em relação aos alunos, é alta e significativa a correlação entre motivação e as estratégias de estudo em todas as séries. Isso sugere que, na medida em que estão motivados, os alunos se empenham mais em gerenciar seu tempo e condições de estudo, favorecendo o processo de aprendizagem. Também foi forte a relação entre eficácia pessoal dos docentes e a motivação dos alunos, assim como, foi mais fraca com uso de estratégias e significativamente negativa quando relacionado a eficácia de ensino do professor e a motivação do aluno bem como as estratégias de estudo. Os professores mostraram um perfil de alta eficácia pessoal e crenças mais enfraquecidas na eficácia de ensino quando expostas as dificuldades do ensino em geral. Essa condição desfavorável foi relacionada à complexidade do conteúdo a ser ministrado e ao pouco tempo que o professor

dispõe para lecionar a disciplina de física. O estudo evidenciou que o emprego de estratégias de estudo se mostrou com escores mais altos entre os estudantes do último ano do ensino médio, talvez hipoteticamente, devido à proximidade do vestibular e a argumentação dos professores sobre a relevância da sua disciplina. Os autores terminam concluindo que outras pesquisas sejam feitas para ampliar e aprofundar o conhecimento da motivação no contexto escolar.

Em 2010, dois estudos: Ferreira, Azzi (2010) e Silva, laochite, Azzi (2010). Em Ferreira, Azzi (2010) tem-se um ensaio teórico sobre *burnout* e autoeficácia docente. Neste trabalho é feito, a priori, um levantamento bibliográfico sobre o fenômeno de *burnout* nos trabalhadores em geral e professores da educação básica. Depois, concentra-se na importância deste tema e na busca por estratégias pessoais para que os professores enfrentem as dificuldades sem alto índice de adoecimento e com fortalecimento da sua criticidade. A partir deste ponto inicia a discussão sobre AED e a reflexão deste constructo como auxílio ao cenário de *burnout* docente. Indivíduos com alta autoeficácia tendem a desenvolver estratégias para solucionar situações estressantes, enquanto aqueles com baixa autoeficácia tendem a ser alvo de *burnout*, apresentando estratégias disfuncionais para aliviar a tensão. A AED é relacionada positivamente a organização, planejamento e atividades baseadas na aprendizagem discente. O estudo finaliza estimulando pesquisa relacional dos temas e lembra que as percepções e ações individuais estão vinculadas ao contexto social, o qual pode ser determinante.

Silva, laochite, Azzi (2010) quiseram avaliar as crenças de autoeficácia de um grupo de 159 alunos de séries avançadas do curso de Educação Física e, com isso, verificar conhecimentos e competências desenvolvidas para a formação da primeira experiência docente. Os licenciandos responderam a Escala de Autoeficácia de professor de Educação Física e um questionário de caracterização. Os resultados apontaram um elevado nível de autoeficácia entre os participantes da pesquisa. Mensurar o nível de AE dos professores apresenta vantagens, pois prediz o comportamento docente com ações que possam desencadear resultados positivos ou satisfatórios no processo de ensino-aprendizagem. Os autores destacam a importância de repensar, na formação universitária destes estudantes, medidas que possam aumentar a AE dos futuros docentes para a inovação, aperfeiçoamento, gerenciamento de aula e atuação ao ambiente familiar, pois estes foram os itens com menor nível de AE.

Segue em 2011 quatro estudos: Ferreira, Azzi (2011); laochite et al. (2011); Silva, Barros, Lisboa (2011); Silva et al. (2011). Ferreira, Azzi (2011) fazem outro ensaio teórico relacionando síndrome de *burnout* e as crenças de autoeficácia docente. Em programa de doutorado da Unicamp as pesquisadoras trabalham a AED com os níveis de *burnout* em professores do Ensino Médio. Traz levantamentos da Secretaria do Estado de São Paulo (2006) e do Sindicato dos Professores do Estado de São Paulo (2003) apresentando alta prevalência dos transtornos mentais entre os professores deste Estado. A síndrome de *burnout* está vinculada diretamente a fatores estressantes do trabalho e deve ser diferenciada de outros transtornos mentais. No Brasil, o *burnout* se apresenta em professores de todos os níveis de ensino, tanto público quanto particular. A Teoria Social Cognitiva aponta a reciprocidade triádica (pessoal, ambiente, comportamento) do sujeito (professor) e sinaliza possibilidades para explicar o desenvolvimento do *burnout* nesta categoria profissional. Conforme essa teoria, as crenças de AE são vinculadas ao funcionamento humano, à medida que se relacionam com o fazer e o esforço para realização de uma tarefa, sendo, portanto, bases para motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais.

Os trabalhos apresentados no ensaio teórico de Ferreira, Azzi (2011) apresentam a incidência de níveis de *burnout* nesses professores e dados correlacionais negativos entre a presença de *burnout* e alta autoeficácia percebida. A AE apresenta possibilidades para o indivíduo desenvolver uma percepção pessoal de ser capaz de lidar com condições adversas ambientais e individuais, elaborando estratégias psicológicas de enfrentamento que permitirão continuar sua trajetória profissional.

laochite et al. (2011) trazem estudo com objetivo de identificar e analisar a AED de professores de educação física e sua relação com a satisfação pessoal e disposição para lecionar. Participaram 220 docentes de educação física, matriculados em cursos de especialização em Educação Física Adaptada e Educação Física Escolar de três instituições paulistas de ensino superior. Instrumentos utilizados para a pesquisa: Questionário de caracterização do participante, Escala para mensuração das variáveis disposição e satisfação para docência e Escala de Autoeficácia de Professores de Educação Física (POLYDORO et al., 2004). Os escores demonstraram alta eficácia docente em todas as dimensões avaliadas. Também apresentaram níveis altos de satisfação e disposição



para exercício da docência. Aqueles que tiveram alta satisfação mostraram-se mais auto eficazes para lidar com o cotidiano da classe do que aqueles com satisfação mais baixa. A mesma referência foi feita com a disposição para continuar lecionando. Segundo os autores e outros como Moreira (1997) é difícil melhorar a qualidade do ensino sem entender as crenças e interesses que mantem os docentes na sua atividade profissional.

Silva, Barros, Lisboa (2011) trazem pesquisa sobre AED em professores de física do Ensino Médio. Foram 136 participantes que trabalhavam no noroeste do estado de São Paulo e no noroeste do estado do Paraná. O objetivo era verificar as relações entre AED e a formação acadêmica destes professores. Os autores descrevem a realidade brasileira, na qual muitos professores de física não tem uma formação específica. Foram usados dois instrumentos: a versão brasileira (Bzuneck, Guimarães, 2003) do instrumento original de Woolfolk e Roy (1990) e a versão original do STEBI-A (*Science Teaching Efficacy Belief Instrument*), desenvolvido por Riggs e Enochs (1990). Os professores com formação específica apresentaram maiores níveis de Eficácia Pessoal. Nesta pesquisa os participantes não apresentaram eficácia pessoal desconectada da eficácia geral do ensino e os autores sugeriram novas investigações para rever esse conceito. A AED é muito importante para a motivação individual e a oferta de formação específica em Física traria professores com domínio didático e motivação adequada para favorecer o aprendizado dos alunos, oferecendo processos educativos mais interessantes e envolventes. Os autores concluem que apesar da AED ser associada a motivação intrínseca, a formação específica e adequada de professores de física é um meio de fortalecer as crenças docentes e a importância de melhorar as condições externas do país, pois são desfavoráveis ao desenvolvimento das crenças de autoeficácia entre os profissionais da classe.

O último estudo citado foi Silva et al. (2011). Os autores trazem novamente a temática da relação entre a formação acadêmica de professores de Física do Ensino Médio e os conceitos de Crenças de Eficácia Pessoal e Crenças de Eficácia Geral no Ensino de Física. Participaram da pesquisa 136 professores de Física do Ensino Médio de escolas públicas e privadas das regiões de Maringá/PR, Assis/SP, Presidente Prudente/SP e Marília/SP e a coleta foi feita durante os anos de 2006 e 2007. A maioria dos professores da amostra tinham formação em cursos de Matemática, Química e Engenharias (48%); seguido pelos professores com

formação em Física (42%). Com relação ao aperfeiçoamento ou continuação de estudos após a graduação: 45% dos participantes não possuía pós-graduação; 28% possuía especialização; 14% cursos de mestrado; 3% doutorado; 6% possui cursos de aperfeiçoamento; e 3% não informou a esse respeito.

Silva et al. (2011) vão mostrar os quatro fatores como principais influenciadores da Crença de Eficácia Pessoal do Professor de Física (CPPF): competência docente, inovação no ensino, motivação no ensino e formação docente. Para a Crença de Eficácia Geral no Ensino de Física (CEGEF), evidenciaram três fatores principais: metodologia, envolvimento dos alunos e dificuldades do ensino. Esses fatores foram encontrados mediante uma análise estatística, com objetivo de investigar as associações entre os itens da CPPF e da CGEF. Os fatores motivação no ensino e envolvimento dos alunos se diferenciaram significativamente com a variável formação acadêmica dos professores. Os professores com formação específica tiveram maiores níveis de motivação no ensino, seguido daqueles com formação em Ciências Exatas e, por último, em Ciências Biológicas. Os docentes com formação específica também apresentaram maiores níveis de envolvimento dos alunos, seguido daqueles com formação em Ciências Biológicas e, por último, na área de Ciências Exatas. Os autores concluem que a formação do professor de Física é um condicionante positivo na oferta do ensino “motivador”.

Os estudos de 2012: Castelo, Luna (2012) e laochite, Azzi (2012). Castelo, Luna (2012) procuram identificar a relação entre a crença de autoeficácia e a identidade profissional de professores do Ensino Médio. Investigação qualitativa tipo estudo de caso. Contou com a participação de oito professores do ensino médio há mais de 5 anos na cidade de Florianópolis. Metade eram professores da rede particular e a outra metade da rede pública. Eram selecionados dois professores com alta eficácia e dois com baixa de cada rede, no total de oito participantes. Para tanto foi usado escala de AED e entrevista semiestruturada. A escala de AED foi a versão brasileira (Bzuneck, Guimarães, 2003) do instrumento original de Woolfolk e Roy (1990). De forma geral, identificou-se relação entre a identidade profissional e a crença de autoeficácia nos oito casos estudados. A AED pode ser estudada como componente presente na construção da identidade profissional. Quando comparados os discursos dos participantes e os resultados da escala de AED ficou evidente as

divergências. Logo os pesquisadores sugerem associar estudos qualitativos e quantitativos para obter maior precisão.

laochite, Azzi (2012) procuram evidências de validade para desenvolvimento de uma Escala de Fontes de Autoeficácia Docentes (EFAED). Contribuíram 261 professores de escolas públicas e privadas da educação básica. Foi aplicado um Questionário de caracterização do participante e de sua atividade docente e a EFAED elaborada pelos autores da pesquisa. A EFAED é do tipo Likert de 6 pontos com 16 itens igualmente distribuídos em: experiência direta; experiência vicária; persuasão social; estados fisiológicos e emocionais. A EFAED também foi analisada por dois juízes e aprovada na sua versão final para ser aplicada.

Neste estudo de laochite, Azzi (2012) participaram 261 professores, sendo que 84% de escolas públicas, 6,9% de escolas privadas e 9,1% atuavam em ambos os tipos de escola, 80,6% lecionavam para o ensino fundamental e 19,3% no ensino médio. 44,5% do gênero masculino e 55,5% do gênero feminino, com faixa etária entre 21 e 60 anos, média de 35,5 anos. Todos tinham licenciatura e o tempo médio de atuação docente foi de 10,6 anos. Os dados foram submetidos à análise fatorial, de consistência interna e de correlação, utilizando-se, os recursos do software SPSS. Os dados encontrados confirmaram os conceitos teóricos sobre as fontes de autoeficácia, mas a distribuição dos itens nos fatores foi um pouco diferente do que havia sido pensado teoricamente. A consistência interna da escala total e as correlações entre os fatores foram baixas, porém positivas. A pesquisa foi encorajadora e estimulou o crescimento e a continuidade da investigação na área.

O próximo estudo foi de Alvarenga, Azzi (2013) com objetivo de investigar a Autoeficácia Computacional Docente (AECD) em professores brasileiros do Ensino Médio e suas relações com variáveis pessoais e contextuais. A “Autoeficácia Computacional Docente (AECD)” é a crença do professor em sua capacidade para utilizar tecnologias computacionais ou de informática no processo de ensino e aprendizagem dos seus alunos ou integrá-las ao ensino (ALVARENGA, 2011). Entre as variáveis pessoais estudadas estão: gênero, idade, área de atuação e formação, tempo de docência, experiência prévia com o computador, acesso ao computador na própria residência ou trabalho e frequência de uso. 261 professores do Ensino Médio de escolas públicas do Estado de São Paulo participaram do estudo.

Alvarenga, Azzi (2013) utilizaram dois instrumentos: Questionário de Caracterização do Participante e de sua Atividade Docente, voltado para conhecer o perfil do participante e suas condições de trabalho e a Escala de Integração das Tecnologias de Informática ao Ensino (EITIE) (WANG, ERTMER, NEWBY, 2004). A análise fatorial exploratória da EITIE resultou em dois fatores: (1) Capacidades e Estratégias em Tecnologia Computacional e (2) Influências Externas no uso de Tecnologia Computacional. 44.98% dos professores disse que se sente pouco motivado para usar tecnologias nas suas aulas, sendo que a “infraestrutura insuficiente” foi a principal razão da desmotivação apontada pela maioria dos professores (64%). As mulheres apresentaram AECD mais baixa que os homens. Os docentes não concursados apresentaram maior AECD que os concursados ou efetivos. Professores menos experientes com menos de dez anos de trabalho tiveram maior EACD que os mais experientes. Os autores concluem que conhecer as relações entre a AECD e as variáveis pessoais e contextuais permite identificar fatores importantes e contribuintes para a interação das tecnologias de informática ao ensino.

Em 2014, cinco trabalhos: Ferreira (2014); laochite, Costa-Filho (2014); laochite, Souza-Neto (2014); Rocha, Ricardo (2014); Rocha (2014). Ferreira (2014) traz uma investigação sobre as condições de atuação do professor, a sua realização pessoal na carreira acadêmica e suas relações com a autoeficácia docente. Contribuíram com o estudo 100 professores do Ensino Médio do Estado de Minas Gerais. Ferreira (2014) segue a linha de investigação de outros estudos seus em que foca nas relações entre AED e Síndrome de *Burnout*.

Ferreira (2014) usou três instrumentos de coleta: um questionário de caracterização de laochite (2007); a escala CBP-R- *Cuestionário de Burnout Del Profesorado* (JIMENEZ et al. 2000) e escala de Autoeficácia Docente de Polydoro et al. (2004). Na avaliação da autoeficácia docente tanto na intencionalidade docente como no manejo de classe, os participantes obtiveram pontuações acima da média. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre AED, *Burnout* e as variáveis apoio administrativo e percepção de infraestrutura escolar. Foram encontradas correlações inversas entre as dimensões de autoeficácia docente e as dimensões de *Burnout*. Aqueles professores com mais pontos na intencionalidade docente da AED foram os que se perceberam mais preparados para a docência, mais realizados profissionalmente e com maior liberdade de expressão. O autor

conclui ser necessário implantação de propostas para aumentar a AED e, assim alterar o cenário educacional, evitando o abandono de carreira e a Síndrome de *Burnout* entre os professores do Ensino Médio.

Iaochite, Costa-Filho (2014) investigaram se a participação de nove professores do Ensino Básico em projeto de extensão desenvolveu mudanças na AED dos participantes para ensinar ginástica nas suas aulas de Educação Física na escola. O projeto oferecido no ano de 2012 chamava-se: “Práticas contemporâneas de ginástica na escola: entrelaçando ensino, pesquisa e extensão”. Os instrumentos utilizados foram: questionário de caracterização, escala de autoeficácia docente adaptada de Polydoro et al. (2004) e escala de Fontes de Autoeficácia do Professor (IAOCHITE, AZZI, 2012). 66,7% dos professores apontaram ter pouca ou nenhuma infraestrutura para ensinar ginástica na escola. Também os docentes obtiveram aumento moderado dos níveis de AED após o projeto de extensão, o que comprovou a fortificação deste constructo entre os participantes. A fonte de maior influência foi a persuasão verbal e os autores relacionaram o fato aos frequentes elogios e incentivos fornecidos pelo coordenador do projeto. Mas a fonte de experiência direta foi importante, pois teve incremento após as atividades do projeto de extensão. Logo o estudo conclui que docentes com mais preparo e mais auto eficazes podem ser importantes para mudar o comportamento sedentário dos jovens.

Iaochite, Souza-Neto (2014) fazem trabalho em inglês, na revista *Motriz*, Rio Claro sobre a AED e suas fontes em estagiários de Educação Física. 114 estagiários finalistas do curso participaram da pesquisa. Foi usado Escala de Autoeficácia Docente (TSCHANNEN-MORAN, WOOLFOLK HOY, 2001) e Escala de Fontes de Autoeficácia (IAOCHITE, AZZI, 2012). 12,2% dos estudantes obtiveram pontuação nível baixo de AED, 76,5% nível moderado, e 12,2% marcados em um nível alto. Logo a maioria obteve uma moderada a alta AED. Os resultados mostraram que, entre as fontes, as situações relacionadas à experiência vicária e a persuasão verbal tiveram as médias mais elevadas. Isso aconteceu porque os alunos do estudo tiveram poucas oportunidades para praticar diretamente o ensino porque a maioria das escolas não permitiu aos professores estudiantis liderarem as aulas. Os autores sugerem novos estudos sobre o assunto e, conforme outros pesquisadores (PAJARES, 1992; USHER, PAJARES, 2008) trabalhos com abordagens qualitativas, tais como etnografia, observações em sala de aula,

técnicas de entrevista, para conhecer novas perspectivas de pesquisa sobre crenças de autoeficácia, seu papel na formação de professores e as implicações para o ensino sala de aula.

Rocha, Ricardo (2014) apresentam uma escala de medida das crenças de AED para professores de Física Moderna e Contemporânea no Ensino Médio. O questionário era composto por 23 questões em escala de Likert com cinco níveis. Foi aplicado a um conjunto de 78 professores de Física do Ensino Médio participantes de um curso de formação continuada, com o tema Física Moderna e Contemporânea. Para validar o instrumento os autores seguiram três formas: validação de conteúdo, validação de critério e validação de constructo, seguindo o estudo de Silveira (1993). Concluíram que a escala é válida para verificar as crenças de AE pessoal de professores de Física Moderna e Contemporânea no Ensino Médio e AE geral no ensino. Enfatizam a necessidade de acrescentar pesquisas qualitativas para corroborar os dados encontrados em pesquisas quantitativas como essa.

Rocha (2014) faz um dossiê sobre a profissão docente no Ensino Médio, busca compreender o pensamento docente no Ensino Médio, principalmente suas crenças fundamentadas pela Teoria Social Cognitiva (TSC). Os estudos foram separados e articulados pelo Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia Cognitiva e Comportamental (Neapsi), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). É realizada uma síntese dos seguintes estudos: Crenças de Eficácia Docente e suas Origens (Iaochite), Eficácia Coletiva Escolar (Guerreiro-Casanova), Crenças de Autoeficácia Docente, Satisfação com o Trabalho e Adoecimento (Ferreira), Contribuição do Conhecimento das Crenças de Autoeficácia no Processo de Integração das Tecnologias da Informação e Comunicação à Prática Pedagógica (Alvarenga). Termina afirmando que há uma preocupação na sociedade com a formação docente e conhecer as crenças dos professores é um elemento fundamental para facilitar e promover esta formação profissional.

Em 2015 seis trabalhos a seguir: Brito (2015); Carlotto et al. (2015); Casanova, Azzi (2015a); Costa-Filho, Iaochite (2015); Casanova, Azzi (2015b) e Sanini, Bosa (2015). Em Brito (2015) teve como objetivo analisar a AED de professores da Educação de Jovens e Adultos. Onze professores de uma escola rural do Norte Fluminense participaram da pesquisa. Seis mulheres e cinco homens que já trabalhavam com alunos do Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) há mais de

três anos. Foi aplicado um questionário de caracterização do participante com oito perguntas e a Escala de Autoeficácia Docente, composta por 20 perguntas, validada por Bzuneck, Guimarães (2003) do questionário original (WOOLFOLK; HOY, 1990).

Brito (2015) traz os resultados: nove professores apresentaram alta crença de eficácia pessoal, e em relação à crença no ensino, seis obtiveram um índice baixo; o que demonstra que não houve uma correlação. Apesar dos professores acreditarem neles próprios como docentes, não tem a mesma crença sobre o ensino em geral, pois pensam que a educação é relativamente impotente para interferir nas limitações, sociais, ambientais e pessoais que os estudantes desta escola enfrentam. O autor lembra as limitações do estudo e que não pode generalizar para outros professores de Educação de Jovens e Adultos espalhados pelo país. Enfatiza a necessidade de novas pesquisas direcionadas a esta temática.

Carlotto et al. (2015) pretenderam avaliar se a AED poderia ser uma variável mediadora na relação entre a sobrecarga de trabalho e a síndrome de Burnout. Participaram do estudo 982 docentes que trabalham em nove escolas públicas e seis privadas na região metropolitana de Porto Alegre. Foram usados os seguintes instrumentos: 1. Questionário de dados sociodemográficos; 2. Questionário para avaliação da síndrome de Burnout, versão para professores – Questionário para a Avaliação da Síndrome de *Quemarse por el Trabajo* – CESQT-PE (Gil-Monte, 2005), adaptado para o uso no Brasil por Gil-Monte, Carlotto e Câmara (2010); 3. Escala geral de autoeficácia de Bähler e Schwarzer (1996), adaptada por Gil-Monte (2005) e 4. Subescala de sobrecarga laboral da *Organizational Stress Questionnaire* - OSQ - (CAPLAN et al., 1975), adaptada por Gil-Monte (2005). Após análise dos dados os autores comprovam que a AED desempenha um papel mediador entre a sobrecarga e as dimensões de *burnout*. Segundo Bandura (1997), esse achado é explicado pela relação positiva que a autoeficácia apresenta com o sentimento de realização e bem-estar pessoal. Sugerem que sejam realizados estudos de delineamento longitudinal pois o desenvolvimento da AED possui relação com o tempo de experiência profissional.

Casanova, Azzi (2015a) realizaram pesquisa com 201 educadores do ensino público de onze escolas do ABC Paulista, sendo 180 professores do ensino médio e 21 gestores escolares. O principal objetivo era analisar as possíveis relações entre variáveis pessoais, variáveis de atividade docente, variáveis

contextuais e AED destes educadores. Foram utilizados os seguintes instrumentos: 1. Questionário de Caracterização dos Participantes; 2. Escala de Autoeficácia Docente – versão curta (CASANOVA, 2013; TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK-HOY, 2001); 3. Questionário do Gestor (CASANOVA, 2013; TSCHANNEN-MORAN; GAREIS, 2004); 4. Escala de Eficácia Coletiva Escolar (CASANOVA, 2013; TSCHANNEN-MORAN; BARR, 2004) e 5. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

Casanova, Azzi (2015a) constataram que as crenças de AE destes professores são explicadas por ação conjunta das variáveis de eficácia coletiva, formação e tempo de atuação na respectiva escola. Por meio das medianas observadas, percebe-se que os participantes são capazes de atingir o engajamento e aprendizagem dos alunos. Observam também que quanto maior a titulação do profissional, maior a percepção para utilizar estratégias instrucionais, manejar a sala de aula e estimular o engajamento estudantil. A eficácia coletiva escolar foi a variável mais importante para explicar a AED. Portanto, as condições de trabalho e a menor rotatividade de professores nas escolas podem fortalecer a AED destes profissionais. Os autores estabelecem que na prática essas variáveis não atuam sozinhas, mas de modo interligado e relacionado. A pesquisa contribuiu para uma visão da integralidade destes vários aspectos no cotidiano do professor, mas teve limitações e novos estudos devem ser feitos para otimizar estas informações.

Costa-Filho, laochite (2015) procuraram compreender como se constitui a crença de AED em estagiários em fase final do curso de Educação Física, por meio de análise documental de portfólios reflexivos. É uma pesquisa documental de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva. A análise foi feita em 19 documentos produzidos por estes estudantes de uma universidade pública do interior paulista, sendo a faixa etária média de 22 anos e 53% do sexo masculino.

Segundo Costa-Filho, laochite (2015) os portfólios reflexivos remetem os estudantes a um processo de pensamento crítico sobre suas experiências e a forma como aprendem, tomam decisões e outras obrigações de ensino. Após análise dos 19 documentos produzidos por esta pesquisa, 11 (57,9%) indicam que as práticas desenvolvidas contribuíram para fortalecer as crenças de AED. Logo, durante o ECS (Estágio Curricular Supervisionado) os alunos deste curso de Educação Física apresentam aumento da sua AED. Depois os autores fundamentam as fontes de AED com a teoria fundamentada e descrevem as experiências diretas



como a fonte prevalecente. Os dados desta pesquisa podem trazer novos apontamentos e questionamentos sobre a função e contribuição do ECS no processo de ensino-aprendizagem da formação docente.

Casanova, Azzi (2015b) apresentam o processo de validade da escala de AED, versão curta e da escala de Crença Coletiva Escolar. Participaram do estudo 380 profissionais: 8 diretores, 8 vice-diretores, 25 coordenadores pedagógicos e 339 professores do ensino básico e secundário. Esses participantes foram selecionados de 17 escolas públicas do ensino fundamental e médio; dos municípios de Campinas, Pedreira, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, localizados no estado de São Paulo. Usados três instrumentos: 1. Questionário de Caracterização do Participante; 2. Escala de AED versão curta (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK-HOY, 2001); 3. Escala de Crença Escolar Coletiva (TSCHANNEN-MORAN; BARR, 2004) e 4. Índice de Performance: Sistema de Avaliação de Rendimento Escolar do Estado de São Paulo – SARESP. As duas escalas apresentaram provas adequadas de validade. Houve correlação positiva entre a AED e Eficácia Coletiva e também entre a AED e o índice de desempenho dos alunos. Propõem novos estudos que ampliem a amostra para consolidar os resultados e que deve ser feita pesquisa com outras áreas, pois essas crenças são dinâmicas e variam dependendo de como se interpreta a informação proveniente de um campo de estudo, entre outras fontes de informação conforme Bandura (1997).

Sanini, Bosa (2015) investigaram as crenças de AE de uma professora da educação infantil de uma escola privada sobre o desenvolvimento de seu aluno com autismo. A pesquisa é feita com estudo de caso. A educadora que participa da pesquisa era formada em pedagogia e especialização em psicopedagogia. Foi feita uma entrevista semiestruturada com a professora sobre crenças e senso de autoeficácia. Esta entrevista foi analisada através da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) e geradas seis categorias: autismo, sentimentos, papel de educadora de um aluno com autismo, prática pedagógica, percepção do desenvolvimento da criança, percepção de fontes de apoio. A educadora apresentou atitudes positivas e de aceitação da criança, demonstrou acreditar nas capacidades de seu aluno, mas teve baixa AED. Os autores relacionaram isso a pouca valorização da formação acadêmica, insegurança em relação a adequação de sua prática, sendo necessário constante reafirmação sobre a qualidade do seu trabalho. Sugeriram novas

pesquisas na área e a necessidade de educação continuada para professores na educação infantil principalmente dos que atuam com o autismo.

Em 2016, apareceram sete estudos nas bases de dados: Fernandez et al. (2016); laochite, Costa-Filho (2016); laohite et al. (2016); Rocha, Ricardo (2016); Nina et al. (2016); Oliveira, Cereser, Hentschke (2016) e Souza, Inocente, Araújo (2016). Fernandez et al. (2016) escreveram artigo em inglês fornecendo um panorama das pesquisas existentes sobre AED. É uma revisão sistemática sobre o tema AED no período de 2009 a 2013 e foi realizada em sete etapas: (a) formulação da questão, (b) localização e seleção dos estudos, (c) avaliação crítica dos artigos, (d) coleta de dados, (e) análise e apresentação de dados (f) interpretação de dados, (g) revisão de melhoria. Utilizaram duas bases de dados: Periódicos CAPES e Scielo.

Fernandez et al. (2016) após critérios de seleção nessas bases de dados, conseguiram separar 26 artigos sobre AED. Fizeram um gráfico de nuvens de palavras e, analisando a frequência das palavras, os seguintes termos foram destacados: ensino de autoeficácia, satisfação no trabalho e desempenho dos alunos. Usaram também outra técnica, relações de rede entre palavras-chave, surgindo segunda figura. Nesta técnica a palavra-chave mais importante localiza-se no centro, em vértice e foi: autoeficácia docente. Esta palavra-chave teve maior ligação com outras: *burnout*, eficácia coletiva, satisfação no trabalho e capacitação. A auto-eficácia é influenciada por fatores como exaustão emocional, despersonalização, satisfação no trabalho, relacionamento com os pais, uso da violência, pressão do tempo, desempenho acadêmico, gerenciamento de classe, eficácia coletiva, entre outros.

Fernandez et al. (2016) concluíram que as pesquisas encontradas sinalizaram a necessidade de entender como a AED faz parte do contexto educacional, sendo influenciada por ambos os fatores intrínsecos, como aqueles relacionados ao gerenciamento de classe ou ao desempenho escolar do aluno, entre outros, bem como por fatores de ensino externos que às vezes impõem limites ao trabalho do professor.

laochite, Costa-Filho (2016) mais uma vez, agora em artigo em inglês, pesquisam as crenças de AED em futuros professores de educação física. Estudos anteriores centrados na formação de professores têm destacado o papel que a prática supervisionada desempenha na construção das crenças pessoais dos futuros

professores, incluindo crenças de autoeficácia, mas ainda há necessidade de entender quais experiências de aprendizagem contribuem para a constituição dessa crença durante a supervisão do estágio. O estudo teve objetivo de identificar situações que influenciaram a AED dos estudantes de educação física durante o desenvolvimento do treinamento supervisionado. Esta pesquisa documental exploratória e descritiva analisou 18 portfólios reflexivos produzidos por estudantes de educação física durante sua prática supervisionada em curso de ensino superior. A experiência de ensino em local e a oportunidade de experimentar a vida escolar diária foram situações recorrentes em 15 dos 18 portfólios analisados. Os resultados nos levaram a acreditar que oferecer aos estudantes universitários a possibilidade de conhecer e experimentar o ambiente de ensino antecipadamente contribuiu positivamente, através de experiências de domínio engajador, para a construção de suas crenças de autoeficácia preocupadas com o ensino.

laohite et al. (2016) trazem uma análise dos principais estudos brasileiros sobre AE no período entre 2002 e 2013. Inicialmente fizeram uma busca em três bases de dados: SciELO, LILACS e Redalyc. Os descritores utilizados foram: “auto-eficácia” ou “autoeficácia” (devido às novas regras ortográficas) e “eficácia pessoal”, que deveriam aparecer no título das pesquisas publicadas em periódicos brasileiros. Depois de excluídos capítulos de livro, livros, resenhas e duplicatas de periódicos foram selecionados 15 artigos originais sobre estudos realizados em contexto brasileiro. Foram encontradas seis publicações sobre AED, cinco sobre AE acadêmica e quatro sobre AE no ensino superior. Apesar da tímida produção brasileira entende-se com esta revisão que o constructo AE é importante para compreender o processo de aprendizagem e a ação docente nesta ação.

laochite et al. (2016) resume as abordagens sobre os principais domínios: AE acadêmica, AE docente e AE no ensino superior. Na AE acadêmica os estudos sugerem que existem relações positivas entre a AE e o desempenho dos alunos do Ensino Fundamental, logo estudantes com elevadas crenças de AE também apresentam melhores resultados acadêmicos. Esses estudos foram transversais e não houve acompanhamento desses alunos, o que impede de avaliar o real impacto no desempenho. Sobre a AE docente as pesquisas trazem levantamento dos níveis de AED, as relações com o desempenho do aluno ou variáveis que possam influenciar o desempenho do professor e aluno, como satisfação e motivação. Além de estudos que validam escalas tanto para medir

crenças quanto para identificar as fontes de AED. Em relação à natureza das pesquisas há predomínio dos estudos quantitativos na AED, apenas uma pesquisa foi completamente qualitativa (CASTELO, LUNA, 2012). A AED tem sido investigada em vários cenários com relação à docência e possibilita reflexão sobre o impacto da AED na prática pedagógica.

Quanto a AE no ensino superior laochite et al. (2016) mencionam o instrumento de avaliação criado por Polydoro, Guerreiro-Casanova (2010). Outros estudos utilizando esta escala evidenciaram relações positivas entre a percepção de AE estudantil em lidar com as demandas do ensino superior e a motivação. Também enfoque é dado ao ingresso por sistema de cotas no Brasil. O estudo de Sousa, Bardagi, Nunes (2013) dimensionou a AE entre esses estudantes e não se verificou diferenças totais entre os alunos cotistas e não cotistas, mas os cotistas têm menor eficácia para a interação social. Os pesquisadores relacionam este fato provavelmente ao preconceito existente. Os autores também observaram que os cotistas apresentam maiores níveis de AE para as vivências pessoais e institucionais, o que pode ter relação com a crença discente de que estudar no ensino superior trará ascensão social. Os autores estimulam que as novas pesquisas devem avançar sobre o conhecimento deste constructo nas diversas áreas e, principalmente no campo educacional.

Rocha, Ricardo (2016) pesquisaram como as crenças de AE de alguns professores sobre ensinar Física Contemporânea e Moderna influenciam o cotidiano escolar destes profissionais. É uma pesquisa de natureza qualitativa, sendo selecionados seis participantes com maior e menor nível de AE. Estes participantes foram submetidos a entrevista semiestruturada, visando conhecer as relações entre a prática docente referente ao trabalho com Física Moderna e Contemporânea e suas crenças de AE pessoal. Verificou-se que os professores com altos níveis de AED são mais propensos ao trabalho com Física Moderna e Contemporânea que os de baixa AED. Também, pode-se observar com os detalhes das falas, os diversos fatores que influenciam o fortalecimento ou o enfraquecimento das crenças de autoeficácia destes professores e identificar como as crenças interferem no gerenciamento do comportamento desses indivíduos. Os autores terminam o estudo estimulando novas pesquisas com aprofundamento do assunto através de estudos de caso qualitativos ou etnográficos para complementar os conhecimentos sobre as crenças de AED e sua relação com a prática docente.

Nina et al. (2016) trouxeram um artigo em inglês, descrevendo a pesquisa realizada para caracterizar professores da educação básica, considerando os índices das fontes de AE, os aspectos sociodemográficos (como idade, sexo e nível de formação dos professores) e atividade de ensino (tempo de trabalho e período de tempo). Um total de 495 professores de educação básica, que trabalham em uma rede privada de escolas nos estados do Pará, Maranhão e Amapá (Brasil) participaram deste estudo, de janeiro a julho de 2014. Foi um estudo quantitativo que utilizou dois instrumentos de coleta: Questionário de Caracterização do Participante e Escala de Fontes de Autoeficácia de Docentes (IAOCHITE, AZZI, 2012). Utilizaram análises fatoriais e de correspondência. Os resultados indicaram que houve uma associação significativa entre as quatro fontes de AE. Houve uma correlação entre persuasão verbal e tempo de serviço e função. Das características sociodemográficas investigadas, apenas a idade foi correlacionada a fatores emocionais e fisiológicos. Não houve associação entre a idade e as outras fontes. Esses resultados podem servir de base para pensar sobre a rotina de professores e os aspectos que afetam o processo de ensino e aprendizagem.

Oliveira, Cereser, Hentschke (2016) fizeram pesquisa para investigar as crenças de AED de professores de música brasileiros para atuarem com tecnologias de informação e comunicação (TIC) na educação básica. Foi realizada com professores da rede municipal de Porto Alegre e estruturada em duas fases: a primeira, de caráter quantitativo, com utilização de questionário para dados demográficos, escala de crenças de autoeficácia de professores de música (CERESER, 2011), já validada na área de educação musical e questões sobre Tecnologias Digitais. A segunda fase, de caráter qualitativo, envolveu a organização, realização e avaliação de um curso, cuja proposta foi baseada nos dados da primeira fase do estudo. Este artigo foi descrito para apresentar os resultados da primeira fase da pesquisa. Os resultados apontam que é frequente a percepção dos professores de que apesar das tecnologias digitais estarem presentes nas escolas, não tem o seu potencial aproveitado em virtude das limitações de infraestrutura. Os professores apresentaram entre média e moderada alta intensidade a todas as dimensões das crenças de autoeficácia. Acredita-se que após compreender as dificuldades destes profissionais será possível propor ações pedagógicas que aliadas as tecnologias digitais fortaleçam as crenças dos professores de música da educação básica.

O último trabalho selecionado por esta revisão foi de Souza, Inocente, Araújo (2016) que investigaram se a AED das Unidades de Ensino do Departamento de Ciência e Tecnologia da Aeronáutica (DCTA) incentiva o uso de tecnologia digital e virtual no processo de ensino e aprendizagem. Realizado estudo de caso, quantitativo, descritivo, com uso dos seguintes instrumentos: 1. Questionário de identificação; 2. Escala de autoeficácia do professor, elaborado e validado por Rubens Venditti Júnior (2010); 3. Escala de fontes de autoeficácia (IAOCHITE, 2007); 4. Questionário de três dimensões de competências tecnológica, pedagógica e social (JORGE, 2008); 5. Os pesquisadores elaboraram mais 12 perguntas quanto à Prática docente no uso da tecnologia digital e virtual no DCTA. As subescalas ou fatores da escala de AE foram: Fator 1– Eficácia na intencionalidade da ação docente e; Fator 2– Manejo de classe. Os índices psicométricos foram satisfatórios para a escala de maneira geral.

Souza, Inocente, Araújo (2016) aplicaram a pesquisa em 135 professores distribuídos: ensino infantil (22,2%), fundamental e médio (19,3%) e no ensino superior (58,5% dos docentes). Os resultados apontaram que docentes entre 46 e 56 anos tem mais altos índices de eficácia em todos os níveis de ensino. O sexo feminino, na Educação Infantil, tende a ter maior eficácia na intencionalidade e manejo de classe e obtiveram baixa pontuação na fonte estados fisiológicos e afetivos. No geral, os professores obtiveram pontuação acima da média na AED, sem diferenças entre os tipos de ensino. Professores com maior tempo de docência e aqueles que tinham cursos de pós-graduação apresentaram maiores pontuações de eficácia. As fontes mais prevalentes no ensino fundamental e médio foram a experiência direta e a vicária, enquanto no ensino infantil foi a persuasão social. A escala de AE e seus fatores tiveram relações positivas com as fontes de AE. Com estes resultados os autores sugerem que os professores podem assumir mais controle de suas práticas tecnológicas e que a gestão pode auxiliá-los nesta tarefa mantendo a motivação docente frente as constantes inovações da área.

No período de revisão abrangendo o ano de 2017 foram selecionados apenas dois artigos: Matos, laochite (2017) e Ramos et al. (2017). Em Matos, laochite (2017) tem-se estudo com intenção de dimensionar e relacionar as crenças de AED de estudantes de pós-graduação das Engenharias. Participaram da pesquisa 340 estudantes de 33 diferentes programas de pós-graduação em Engenharia de instituições públicas localizadas no Sul e no Sudeste do Brasil. Este

estudo exploratório de natureza quantitativa, contou com os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e a Escala de Autoeficácia de Professores (POLYDORO et al., 2004). Os resultados indicaram valores altos de AED. Os autores supõem hipoteticamente que este achado pode ter acontecido porque pós-graduandos com baixa AED não tenham tido interesse em responder os questionários, assim a amostra seria constituída de estudantes com maior interesse pelo tema e, logo, mais auto eficazes.

Os resultados de Matos, Iaochite (2017) também indicaram que alunos com experiência como docentes e os que cursavam doutorado apresentaram maior nível de AED que os que não tinham experiência ou estavam fazendo mestrado. Isso implica que as experiências diretas dos indivíduos e os cursos de pós-graduação têm importância no fortalecimento das crenças de AED. Os autores sugerem novos estudos para estabelecer essas relações com mais veracidade e confiabilidade. Sugerem que sejam realizadas pesquisas qualitativas com entrevistas e observação de aulas. Também reforçam trabalhar o constructo de AED na formação para a docência no ensino superior, pois a AED “atua diretamente na relação pensamento-ação do professor” (MATOS, IAOCHITE, 2017).

O último trabalho desta síntese vem de Ramos et al. (2017). Estes pesquisadores pretenderam analisar a AED em estudantes universitários de educação física. Em uma pesquisa quantitativa, com caráter descritivo-diagnóstico, foi aplicado um Questionário de Caracterização, a Escala de Autoeficácia Docente (POLYDORO et al., 2004) e Escala de Atitudes de Fontes de Autoeficácia Docente (IAOCHITE, 2007). Os participantes foram estudantes de Educação Física, já cursando o estágio supervisionado, de uma universidade pública do estado de Santa Catarina. Total de 78 alunos responderam os questionários, sendo 23 do curso de bacharelado e 55 de licenciatura. Não houve diferenças estatísticas entre os alunos de bacharelado e licenciatura. Os participantes obtiveram nível elevado de AED e as fontes Persuasão Social e Experiência Vicária tiveram valores de pontuação maior que as outras fontes. Intencionalidade Docente, os valores dos estudantes com experiência esportiva e experiência docente foram superiores e o mesmo aconteceu com o Manejo em sala, sugerindo que estudantes com experiência docente prévia se percebem mais alto eficazes.

Ramos et al. (2017) sugerem o uso de escala de Likert modificada (com maior amplitude de valores) em pesquisas futuras e o emprego de pesquisa

qualitativa, como a realização de entrevistas e/ou de observações sistemáticas para obter maior precisão e relação dos dados sobre o tema. A teoria Social Cognitiva traz subsídios úteis para explicar as diversas experiências de aprendizagem de estudantes universitários de Educação Física.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve a intenção de fornecer uma visão geral sobre a produção brasileira a respeito da AED. Iachite et al. (2016) descreveram um panorama da autoeficácia (AE) educacional brasileira em três domínios: AE acadêmica, AE no ensino superior e AED e contribuíram para a construção desta revisão também.

Vale destacar que as pesquisas a respeito das crenças de autoeficácia dos professores surgiram na década de 1980 (BZUNECK, 2001b). Sendo o principal foco a relação das crenças docentes e os processos de ensino e aprendizagem. No Brasil, o primeiro estudo a abordar as crenças de autoeficácia dos professores foi realizada por Bzuneck em 1996.

A maioria dos estudos são quantitativos com relato de pesquisa e aplicação de escalas de AED nas diversas categorias e níveis educacionais. Há um aumento significativo das produções a partir de 2012, sendo 72 % delas entre 2012 e 2017. Quase 85% são experimentações, relatos de pesquisas sobre a AED em vários cenários, o que afirma a intencionalidade de medir e utilizar o conceito da AED e seus recursos teóricos como auxílio na dinâmica pedagógica docente. Cerca de 38 % dos estudos objetivou investigar AED em diferentes contextos. Isso corrobora a preocupação acadêmica em avaliar o constructo na prática docente.

Publicações em várias áreas como no Ensino de Física (15,6% dos artigos) dimensionam a importância da ampla divulgação sobre o assunto, não ficando restrito a Psicologia.

A validação de escalas de AED no Brasil compôs cerca de 13% dos estudos o que certificou a intencionalidade de estudar o constructo identificando e respeitando as peculiaridades nacionais.

Construir esta revisão com o auxílio do IRaMuTeQ foi desafiador, mas essencial para o cumprimento do principal objetivo desta pesquisa.

A produção brasileira sobre a autoeficácia docente (AED) é estruturada e sistematizada auxiliando em vários contextos, mas é evidente que este constructo precisa ser mais divulgado no ambiente acadêmico, principalmente na docência do ensino superior, inclusive com aumento das pesquisas qualitativas, pois traz recursos auxiliares imprescindíveis para a prática docente.

## REFERÊNCIAS

AZZI, RG; POLYDORO, SAJ. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.

AZZI, R.G, POLYDORO, S.A.J, BZUNECK, J.A. Considerações sobre a Autoeficácia Docente. In: AZZI, RG; POLYDORO, SAJ. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006, p.149 - 159.

AZZI, R.G. **Introdução à teoria social cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2014.

AZZI, R.G., VIEIRA, D.A., et al. **Crenças de eficácia em contexto educativo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2014.

ALVARENGA, C.E.A., AZZI, R.G. Relações significantes entre a autoeficácia computacional docente e variáveis pessoais e contextuais: um estudo com professores brasileiros. **Educação, Formação & Tecnologias**. 6 (2), 50-67; 2013.

BANDURA, A., ROSS, D., ROSS, S. A. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, 63, 575-582, 1961.

BANDURA, A., ROSS, D., ROSS, S. Imitation of film-mediated aggressive models. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, Vol. 66, N° 1, 3 – 11, 1963.

BANDURA A. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977b.

BANDURA, A. **Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory**. New York, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1986.

BANDURA A. Social Cognitive Theory. In: **Annals of Child Development**. Greenwich, CT: Jai Press LTD, vol 6, p1-60, 1989 (Vasta R, ed).

BANDURA A. Social cognitive theory of moral thought and action. In: **Handbook of Moral Behavior and Development**. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Kurtines WM and Gerwitz JL (eds), Vol 1, p 45-103, 1991.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W. H. Freeman and Company, 1997.

BANDURA, A. Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. **Encyclopedia of human behavior**. New York: Academic Press. v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted In: Friedman, H.(Ed.). **Encyclopedia of mental health**. San Diego: Academic Press, p. 15-41, 1998.

BANDURA, A. Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. **Behavior Research and Therapy**, vol. 42, p. 613-630, 2004.

BANDURA, A. A **Teoria Social Cognitiva na Perspectiva da Agência**. In: BANDURA, A.; AZZI, R. B.; POLYDORO, S, et. al. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 69-96, 2008.

BANDURA, A, AZZI, RG, POLYDORO S, et al. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

BRITO, M.C.D. Autoeficácia docente: uma análise das crenças de professores da educação de jovens e adultos. **Revista Científica Interdisciplinar**. Nº 3, volume 2, artigo nº 33, pp. 335 – 424, Julho/Setembro, 2015.

BZUNECK, J.A. Crenças de auto-eficácia de professoras do 1º. grau e sua relação com outras variáveis de predição e de contexto. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 48, n. 4, p.57-89; 1996.

BZUNECK, J.A. As Crenças de Autoeficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J.A. **A Motivação do Aluno: Contribuições da Psicologia Contemporânea**. Petrópolis: Editora Vozes; 116-133, 2001a.

BZUNECK, J. A. As crenças de autoeficácia dos professores. In: SISTO, F. F. et al. (Ed.). **Leitura de psicologia para professores**. Petrópolis: Vozes, p. 117–134, 2001b.

BZUNECK, J.A, GUIMARÃES, S.E.R. Crenças de eficácia de professores: validação da escala de Woolfolk e Hoy. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 137-143, Jul/Dez, 2003.

CARLOTTO, M. S, et al. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 13-23, jan./abr. 2015.

CAMARGO, B.V., JUSTO, A. M. **IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais**. Temas em Psicologia, 2013; 21:513-518.

CAMARGO, B.V, JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Disponível em: [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf).

CASTELO, L. B, LUNA, I.N. Crença de autoeficácia e identidade profissional: Estudo com professores do ensino médio. **Psicol. Argum**, 30(68), 27-4, jan./mar., 2012.

COSTA, E. R., BORUCHOVITCH, E. A. Auto-eficácia e a motivação para aprender: Considerações para o desempenho escolar dos alunos. In: AZZI, R. G., POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). **Auto-eficácia em diferentes contextos**. Campinas: Editora Alínea, (pp. 87-109), 2006.

COSTA-FILHO, R.A., IAICHITE, R.T. Experiências de ensino no estágio supervisionado e autoeficácia para ensinar educação física na escola. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 2, p. 201-211, 2. trim. 2015.

CROSBIE-BRUNETT, M, LEWIS EA. Theoretical contributions from social and cognitive behavioral psychology. In: **Sourcebook of Family Theories and Methods: A Contextual Approach**. Boss PG, Doherty WJ, LaRossa R, Schumm WR, and Streinmetz SK (Eds). Plenum Press: New York, 1993.

FERNANDEZ, A. P. O, et al. Overview of Research on Teacher Self-efficacy in Social Cognitive Perspective. **Anales de Psicología**, vol. 32, nº 3 (octubre), 793-802, 2016.

FERREIRA, L.C.M., AZZI, R.G. Docência, *Burnout* e Considerações da Teoria da Autoeficácia. **Psicologia: Ensino & Formação**. 1(2): 23-34, 2010.

FERREIRA, L.C.M., AZZI, R.G. *Burnout* do Professor e Crenças de autoeficácia. **EccoS – Rev. Cient.** São Paulo, n. 26, p. 179-191, jul./dez. 2011.

FERREIRA, L.C.M. Crenças de autoeficácia docente, satisfação com o trabalho e adoecimento. **Psicologia: Ensino & Formação**. 5(2): 19-37, 2014.

GOYA, A, BZUNECK, J. A, GUIMARÃES, S. E. R. Crenças de eficácia de professores e motivação de adolescentes para aprender Física. **Psicologia Escolar e Educacional**. vol. 12, núm. 1, pp. 51-67, 2008.

GUERREIRO-CASANOVA, D.C., AZZI, R. G. Personal and Collective Efficacy Beliefs Scales to Educators: Evidences of Validity. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 399-409, set./dez. 2015.

GUERREIRO-CASANOVA, D.C., AZZI, R. G. Análise sobre variáveis explicativas da autoeficácia docente. **Educar em Revista**. Curitiba, Brasil, n. 58, p. 237-252, out./dez. 2015.

IAICHITE, R.T. et al. Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 825-839, out./dez. 2011.

IAICHITE, R.T, AZZI, R.G. Escala de fontes de autoeficácia docente: Estudo exploratório com professores de Educação Física. **Psicol. Argum.** 30(71), 659-669, out./dez, 2012.

IAICHITE, R.T, COSTA-FILHO, R.A. Autoeficácia docente para o ensino de ginástica na escola: resultados de um projeto de extensão. **Rev. Triang.** v. 7, n. 1: 77-95, jan./jun. 2014.

IAICHITE, R.T, SOUZA-NETO, S. Strength and sources of self-efficacy beliefs by physical education student teachers. **Motriz**, Rio Claro, v.20 n.2, p.143-150, Apr./Jun, 2014.

IAOCHITE, R.T. et al. Autoeficácia no campo educacional: revisão das publicações em periódicos brasileiros. **Psicologia Escolar e Educacional**. SP, Volume 20, Número 1, 45-54, Janeiro/Abril de 2016.

IAOCHITE, R.T, COSTA-FILHO, R.A. Teacher efficacy beliefs during the practicum experiences in physical education classes. **Motriz**, Rio Claro, v.22 n.3, p. 183-189, July/Sept. 2016.

JONES, J.W. Personality and epistemology: Cognitive social learning theory as a philosophy of science. **Zygon**, 24(1):23-38, 1989.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, 20 (38). pp. 1 - 7, 2012.

MATOS, M.M, IAOCHITE, R.T. Crenças de autoeficácia docente de pós-graduandos em Engenharia: um estudo exploratório. **Perspectiva**. Florianópolis, v. 35, n. 2, p. 615-637, abr./jun, 2017.

MCLEOD, S. A. Albert Bandura / Social Learning Theory. **Simply Psychology**, 2011. Disponível em: <http://www.simplypsychology.org/bandura.html>.

NINA, K. C. F, et. al. Sources of Self-Efficacy in Teachers. **Revista de Psicología UNIVERSIDAD DE CHILE**. 25(1), 1-20, 2016.

OLIVEIRA, M.A.W, CERESER, C.M.I, HENTSCHE, L. Tecnologias de informação e comunicação na educação musical: Um estudo sobre a autoeficácia de professores de música no Brasil. **Percepta**, 3(2), 81-99, 2016.

PAJARES, F., OLAZ, F. Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A., AZZI, R.G., POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 97 – 114.

RAMOS, V. et al. Percepção de autoeficácia docente: estudo com universitários de educação física. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 2, abr./jun, 2017.

ROCHA, D.M., RICARDO, E.C. As crenças de autoeficácia de professores de Física: um instrumento para aferição das crenças de autoeficácia ligadas a Física Moderna e Contemporânea. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 31, n. 2, p. 333-364, ago. 2014.

ROCHA, M.S. Uma perspectiva para a compreensão da profissão docente no ensino médio: a Teoria Social Cognitiva. **Psicologia: Ensino & Formação**, 5(2): 122-136, 2014.

ROCHA, D.M., RICARDO, E.C. As crenças de autoeficácia e o ensino de Física Moderna e Contemporânea. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 33, n. 1, p. 223-252, abr. 2016.

ROSENHOLTZ, SJ, ROSENHOLTZ, SH. Classroom organization and the perception of ability. **Sociology of Education**, 54:132-140, 1981.

SANINI, C, BOSA, C.A. Autismo e inclusão na educação infantil: Crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**, 20(3), 173-183, julho a setembro de 2015.

SILVA, A.J, IAOCHITE, R.T, AZZI, R.G. Crenças de autoeficácia de licenciandos em Educação Física. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.4 p.942-949, out./dez. 2010.

SILVA, F.R, BARROS, M.A, LISBOA, I. Auto-eficácia Docente: Um Estudo com Professores de Física. **La psicología em la transformacion educativa**. Seccion 1, 2011.

SILVA, F.R. et al. Crenças de eficácia, motivação e a formação de professores de física. **Cad. Bras. Ens. Fis.**, v. 28, n. 1: 214 p. 214-228, abr. 2011.

SOUZA, S.L.P.A, INOCENTE, N. C., ARAUJO, E.A.S. Autoeficácia no trabalho docente: o uso de tecnologia digital e virtual no processo de ensino e aprendizagem. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 12, n. 5 (número especial), p. 328-348, dez/2016.

SCHUNK, D.H. Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. **Educational Psychologist**, 25 (1), 71-86, 1990.

THOMAS, RM. Social Learning Theory. In: **The Encyclopedia of Human Development and Education: Theory, Research, and Studies**. Thomas, RM (Ed). Pergamon Press: New York, 1990.

TSCHANNEN-MORAN, M., WOOLFOLK-HOY, A., HOY, W. K. Teacher efficacy: Its meaning and measure. **Review of educational research**, 68, 202-248, 1998.

TSCHANNEN-MORAN, M, WOOLFOLK-HOY, A. Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. **Teaching and Teacher Education**, 17, p. 783-806, 2001.

TSCHANNEN-MORAN, M., BARR, M. Fostering student learning: The relationship of collective teacher efficacy and student achievement. **Leadership and policy in schools**, 3(3), 187-206, 2004.

### 3 – ASSOCIAÇÕES ENTRE A AUTOEFICÁCIA DOCENTE E O OSCE

#### RESUMO

Este estudo investigou possíveis associações entre as crenças de autoeficácia docente (AED) e a aplicação do OSCE. Foram utilizadas duas escalas (Escala de Autoeficácia do Professor e Escala sobre Fontes de Autoeficácia) e um questionário de caracterização que, além das características sócio demográficas dos examinados, apresentava perguntas direcionadas a percepção docente sobre seu processo de trabalho e as principais características de atividades simuladas como o OSCE. Participaram 47 docentes de Medicina de uma universidade privada do interior do estado de São Paulo, sendo 55,3% do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino, com idade variando entre 31 e 78 anos ( $M=44,62$ ;  $DP=10,35$ ), cuja experiência na docência era dispersa entre 1 e 35 anos ( $M=11,51$ ;  $DP=7,70$ ). Nos resultados da Escala sobre Fontes de Autoeficácia, os fatores Persuasão Social e Aprendizagem Vicária foram os mais endossados, indicando que estas fontes são as de maior interferência na formação de crenças dos docentes participantes desta pesquisa. A maior parte dos participantes tiveram pontuações de classificações baixa e média crenças de autoeficácia, o que pode ser hipoteticamente justificado pela necessidade de construir escalas próprias para médicos professores na prática clínica e experientes em metodologias ativas de aprendizagem. As maiores médias encontradas foram em relação ao fator Eficácia na Intencionalidade da Ação. No que concerne às correlações estatisticamente significativas, estas foram em sentido negativo e com magnitudes moderadas entre os fatores de autoeficácia e as fontes de Estados Fisiológicos e Afetivos, indicando que quanto maior a crença na capacidade de ensinar ou controlar o ambiente acadêmico, menores são as influências de tensões fisiológicas e emocionais no desempenho e formação dessas crenças. Houve apenas uma correlação positiva e com significância estatística, com magnitude fraca, estabelecida entre Eficácia na Intencionalidade da Ação e Aprendizagem Vicária, sugerindo que os docentes que acreditam na sua capacidade de mobilizar os alunos para o processo de ensino-aprendizagem podem ter essas crenças formadas a partir das próprias experiências vividas em sala de aula ou decorrentes das experiências de seu processo formativo como um todo. A associação de professores com elevados níveis de AED e aplicação de métodos avaliativos como o OSCE necessita de mais estudos, inclusive com abordagens qualitativas, mas a priori, essa associação hipotética fortalece a qualidade do ensino.

**Palavras-Chave:** Autoeficácia Docente. Exame Clínico Objetivo Estruturado. OSCE.

## INTRODUÇÃO

O pesquisador norte-americano David Paul Ausubel (1918-2008) foi um representante da Psicologia Cognitiva e dizia que, quanto mais sabemos, mais aprendemos. Contribuiu na área da educação para a compreensão de processos cognitivos através da Teoria da Aprendizagem Significativa para a qual o conhecimento se estabelece a partir de organizadores prévios. Ou seja, aproximações sucessivas a um assunto propiciam “pontes cognitivas” que como âncoras facilitam a aprendizagem subsequente (MOREIRA, 2011). A Teoria de Ausubel é pragmática para o ensino médico, pois a aquisição do conhecimento em Medicina é baseada muito mais na experiência prática significativa do que no estudo teórico isolado. “Os médicos, na maioria das vezes, atualizam, em sua memória, casos de pacientes passados para diagnosticar novos casos” (MEGALE, 2011, p.31).

Desde o final do século XX, a Educação Médica está em revolução. Em 1910, o Relatório Flexner tenta estabelecer normas e diretrizes para o ensino médico nos Estados Unidos e Canadá. Com o tempo o paradigma Flexneriano é reconhecido como base para o ensino médico mundial. Este modelo acabou como sinônimo de uma educação médica mecanicista, biologicista, individualista, especialista e tecnicista. Mas no final do século XX, o modelo Flexneriano sofre várias críticas e tantas discussões levam a aproximação da saúde coletiva. Um novo modelo surgiria a partir da década de 1970. Seria o paradigma da Medicina Integral reforçado na Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, em 1978. O conceito da medicina comunitária e sua importância no processo de saúde-doença desencadeariam mudanças na maneira de ensinar e na forma de exercer a profissão, pois o médico formado deveria atender as expectativas sociais, ter habilidades mais específicas como técnicas de comunicação e posição de liderança, além de ser um generalista e conhecer a Atenção Primária à Saúde (TEMPSKI; MARTINS, 2012). Neste contexto de transformações, o Brasil inova sendo elaborado e homologado, em 2001, pelo Ministério da Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina, que foi revisada e ratificada em 2014.



Além das mudanças de paradigma, o ensino médico passa por modificações no processo de aprendizagem, o que corrobora com novos conceitos vistos na área da educação no geral. “No contexto educativo, hoje quase não se fala mais em estímulo [...]. Atualmente as palavras de ordem são aprendizagem significativa, mudança conceitual, ensino centrado no aluno e construtivismo” (MOREIRA, 2011, p. 25). O aluno torna-se autônomo na sua aprendizagem e novas metodologias tentam auxiliá-lo a construir seus próprios caminhos para atingir seu potencial cognitivo, mas também desenvolver habilidades inerentes ao ato profissional da medicina.

Diante da necessidade de desenvolver habilidades e competências dos estudantes de medicina, desde a década de 1960, novas metodologias em diversas universidades do mundo tornam o aluno o centro do processo de aprendizagem. “No conjunto das inovações educacionais, a simulação e os simuladores estão adquirindo especial destaque na educação médica como dispositivos tecnológicos e didáticos” (GOMEZ; VIEIRA; SCALABRINI-NETO, 2011, p.158). A esse respeito, vale esclarecer, que existem vários tipos de simuladores e simulações, desde manequins mais simples até robôs que simulam situações específicas de alta fidelidade realística. Na simulação pode-se criar uma situação problema com atores ou pacientes simulados sendo possível avaliar tarefas específicas em diversas áreas. Com esta plasticidade a simulação pode chegar próximo ao real e garantir a observação do aluno em um ambiente seguro, onde o erro pode ser praticado e contribuir para o aprendizado significativo sem prejuízo ao doente (ISSENBERG, 2005).

A avaliação de competências clínicas é, assim como o ensino prático e significativo, uma necessidade na formação médica atual, pois busca verificar a efetividade da aprendizagem no ato profissional. Nessa direção, a Pirâmide de Miller é o instrumento mais utilizado no ensino médico para auxiliar o professor a não ficar restrito ao conhecimento teórico, e desenvolver o “saber fazer” no processo avaliativo de competências e habilidades (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2007). Ao observar a simulação e retornar com a devolutiva, o professor auxilia o aluno na construção do conhecimento a partir de uma habilidade ou competência profissional, o que garante a grande vantagem da metodologia OSCE (*Objective Structured Clinical Examination / Exame Clínico Objetivo Estruturado*) para o desenvolvimento do “saber demonstrar”.

O OSCE é um dos melhores e mais confiáveis métodos de avaliação de competências na educação médica. A primeira experiência deste método foi descrita por Harden et al. em 1975 (HARDEN et al., 1975). Desde então o OSCE é um dos métodos avaliativos mais difundidos. É padronizado e estruturado e permite que o aluno aprenda com seus erros e acertos (SOUZA, 2012). O OSCE apresenta os atributos de uma avaliação formativa principalmente por causa do *feedback*, no qual o aluno terá orientações para melhorar o seu desempenho (DAVIS et al., 2017). Segundo Aguilar-da-Silva (2014, p. 94): “A avaliação formativa não tem fim em si mesma, mas deve possibilitar a análise da realidade para focar as ações, com a finalidade de refletir-se sobre a própria realidade na perspectiva da reconstrução da ação”.

O professor-examinador no OSCE é peça fundamental para a aprendizagem, pois a ele compete a tarefa de verificar a habilidade, a competência e corrigir imperfeições no processo de trabalho do discente. Diversos elementos interagirão para efetividade deste tipo de avaliação, não somente o conhecimento técnico do método, mas também a crença do professor. Albert Bandura (1977) descreve a Teoria Social Cognitiva e segundo essa teoria as pessoas são auto reflexivas, auto-organizadas, proativas e autorreguladas, e assim contribuem para as circunstâncias das suas vidas, não sendo apenas produtos dessas mesmas condições (BANDURA, 1977; 1997). Em seus pressupostos teóricos, o autor reconhece os fatores sociais e ambientais como condicionantes do comportamento humano, mas preconiza também a ação do “*self*”. Os pensamentos, as crenças e os sentimentos afetam a maneira como as pessoas se comportam (BANDURA, 1986). “No domínio do ensino, a autoeficácia docente tem sido entendida como crença na própria capacidade de exercer efeito produtivo e relevante na quantidade e qualidade do envolvimento e aprendizagem dos alunos, considerando a diversidade destes” (AZZI; POLYDORO, 2006, p.151).

Nesta conjuntura verificar as crenças de autoeficácia pode contribuir para a compreensão da atividade docente na execução do OSCE e suas relações com a aprendizagem significativa. Entender as crenças do professor e como isso interfere na aplicação do OSCE pode contribuir no exercício da docência nas atuais transformações da educação médica. “O tema da autoeficácia tem suscitado muito interesse devido ao papel mediador que as crenças apresentam diante da prática docente”. (AZZI, POLYDORO, BZUNECK, 2006, p. 151). Na aprendizagem,

indivíduos com baixa autoeficácia tem pior performance, se esforçam menos e falta compromisso com as metas propostas (SCHUNK, 1990). Vários outros constructos tentam explicar como o “*self*” influencia no comportamento humano, mas as crenças de autoeficácia enfatizam sua relação direta com o desempenho da aprendizagem, pois possuem validade em diversos resultados acadêmicos (AZZI; POLYDORO, 2006).

Relacionando o comportamento ao desempenho do aluno, o docente não pode desconsiderar a dimensão emocional no processo de ensino-aprendizagem que está vinculada aos conceitos da Psicologia Cognitiva. E desta forma, o professor também deverá se avaliar, pois as relações humanas não são unilaterais. É necessário estimular uma cultura reflexiva da ação docente, avaliando a estrutura pessoal deste profissional, seus sentimentos e anseios e, principalmente, suas crenças para fortificar processos pedagógicos como o OSCE. Quanto maior a percepção e o entendimento docente sobre suas práticas educacionais, seus sentimentos e crenças, mais facilmente evitará reações que potencializem a angústia e prejudiquem seu papel de educador (MEGALE, 2011).

Segundo laochite (2007, p. 11): “[...] tão importante quanto os futuros professores adquirirem as habilidades, as competências e os saberes necessários à docência, é que estes acreditem que serão capazes de exercer com algum êxito, suas funções como professores”. Um importante aspecto a ser esclarecido, quando se discute sobre a autoeficácia do professor, diz respeito ao papel das crenças de autoeficácia na atuação desse profissional. “Essas crenças influenciam se as pessoas pensam de forma pessimista ou otimista e de maneira que ajudem ou atrapalhem o indivíduo” (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008, p.79). A crença de autoeficácia docente é definida como o julgamento que o professor faz de suas capacidades em alcançar os resultados desejados de comprometimento e aprendizagem do aluno, até mesmo entre aqueles que possam ser difíceis ou desmotivados (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK-HOY, 2001).

As crenças de autoeficácia são constituídas a partir de quatro fontes de formação: a experiência direta, a experiência vicária, a persuasão social e o estado físico e emocional (BANDURA, 2004). Portanto, essas crenças são percebidas pela influência de experiências diferentes. A experiência direta ou de domínio é a fonte mais efetiva para a criação de forte sensação de autoeficácia. Ela se relaciona aos sucessos obtidos com a experiência e vivência pessoal. “Os êxitos criam uma

robusta crença em relação à eficácia pessoal e os fracassos a debilitam, especialmente se os fracassos se produzirem antes de haver se estabelecido, firmemente, um senso de eficácia” (ROCHA, 2009, p. 30). As experiências vicárias são referentes à observação de modelos sociais. Para a persuasão é necessário o persuasor social e que ele tenha credibilidade para o persuadido, ou seja, as pessoas geralmente utilizam exemplos de outros indivíduos que sejam importantes e confiáveis para elas. Quanto ao estado fisiológico o controle de emoções negativas e estresse ajudam no raciocínio e, por conseguinte, também melhoram a autoeficácia individual (AZZI; POLYDORO, 2006).

Quanto mais forte o sentido de eficácia, maior o esforço, a persistência e a resiliência do indivíduo na realização de determinada tarefa. “Fortes crenças de autoeficácia promovem as realizações humanas e o bem-estar de incontáveis maneiras. Os indivíduos confiantes abordam tarefas difíceis como desafios a serem dominados, em vez de ameaças a serem evitadas” (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008, p.106). As crenças de autoeficácia podem interferir no processo de ensino-aprendizagem não só vinculadas ao aprendizado discente, mas sob a ação docente. Portanto, somente um professor que reflita constantemente sobre suas ações pedagógicas, avalie, monitore e regule suas crenças de autoeficácia é capaz de deflagrar em seus alunos um processo de aprendizagem significativa. E considerando tal afirmativa, justifica-se a temática de estudo da presente pesquisa.

Estudos identificando e relacionando a autoeficácia do professor de medicina são escassos. Conforme Dybowski, Sehner, Harendza (2017, p. 1): “Ser exposto a bons professores mostrou melhorar o conhecimento dos alunos e seu desempenho clínico, mas pouco se sabe sobre os mecanismos psicológicos subjacentes que fornecem a base para ser um excelente professor de medicina”. Dybowski, Sehner, Harendza (2017) concluem que a qualidade do ensino pode se beneficiar de professores que são auto eficazes e capazes de detectar as competências dos alunos.

O objetivo geral desta pesquisa é: analisar a relação entre a autoeficácia docente e a efetividade na aplicação do OSCE como instrumento de avaliação formativa. E os objetivos específicos são: 1. Mensurar os níveis de autoeficácia dos docentes participantes; 2. Identificar a predominância das fontes de formação das crenças de autoeficácia: aprendizagem vicária, feedback, estados fisiológicos, experiências diretas; 3. Verificar as relações da autoeficácia com

relação ao manejo de sala de aula e à intencionalidade da ação docente e; 4. Identificar as associações entre a aplicação do OSCE e as crenças de autoeficácia docente.

## MÉTODO

Pesquisa de abordagem quantitativa, transversal, do tipo estudo de caso. Em geral, os estudos de caso são preferidos quando o foco da pesquisa reporta fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. “Como esforço de pesquisa, o estudo de caso contribui, de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos” (YIN, 2001, p.13).

A investigação de estudo de caso permite enfrentar uma situação com muitas variáveis de interesse e exige do pesquisador desenvolvimento prévio de proposições teóricas para poder conduzir a coleta e análise de dados. Os estudos de caso são classificados em causais/exploratórios ou descritivos. Os causais/exploratórios tratam de um modelo que permite ao investigador caracterizar casos com perspectivas de generalização naturalística. Os descritivos possibilitam a investigação de fenômenos contemporâneos dentro do contexto real do pesquisador (GOMES, 2008). “O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo - com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados” (YIN, 2001, p. 23). Tem capacidade de incluir evidências qualitativas e quantitativas. “Alguns experimentos (como estudos de percepções psicológicas) e algumas questões feitas em levantamentos (como aquelas que buscam respostas numéricas em vez de respostas categóricas) têm como base evidências qualitativas, e não quantitativas” (YIN, 2001, p. 23).

O estudo de caso deve ser significativo, ou seja, útil e de interesse público geral. Deve ser completo e, para tanto, dispor de algumas características: ter limites definidos, mostrar empenho na coleta de evidências relevantes e evitar falta de tempo e recursos (GOMES, 2008). Engajamento, instigação e sedução são características para um estudo de caso exemplar (YIN, 2001).

A pesquisa foi desenvolvida em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada do interior do Estado de São Paulo, no período de junho a agosto de 2017 e avaliada por Protocolo CPDI: 3571 (CEP) e CAAE: 62871616700005515 Plataforma Brasil.

## Participantes

Participaram deste estudo 47 docentes do curso de Medicina de uma Universidade privada do interior do estado de São Paulo, sendo 55,3% (n=26) do sexo masculino e 44,7% do sexo feminino (n=21), com idade variando entre 31 e 78 anos (M=44,62; DP=10,35) e com experiência na docência dispersos entre 1 e 35 anos (M=11,51; DP=7,70), com média de 11,5 anos tempo que exerce a profissão. Em relação à titulação, 63,8% (n=30) declaram como título máximo o obtido por Pós-Graduação *Lato Sensu*, enquanto a minoria realizou Pós-Graduação *Stricto Sensu* dividindo-se entre aqueles que cursaram até o mestrado (29,8%; n=14) e os que obtiveram o grau de doutor(a) (6,4%; n=3). Sobre a área de atuação/especialidade, a maior concentração foi para a área de Clínica Médica (31,9%; n=15), seguidos da Emergência (19,1%; n=9), Clínica Cirúrgica (14,9%, n=7), Saúde Coletiva e Pediatria (12,8%, n=6 em cada uma) e a menor frequência de participantes foi em relação aos da área de Ginecologia e Obstetrícia (8,5%, n=4). Médicos (91,5 %, n=43) e Enfermeiros (8,5 %, n=4).

## Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

**A. Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP)** (POLYDORO et al., 2004): avalia a autoeficácia em relação ao manejo de sala de aula e a intencionalidade da ação docente. Este instrumento foi adaptado da escala OSTES (*Ohio State Teacher Efficacy Scale*) de Autoeficácia do Professor, autoria de Tschannen-Moran e Woolfolk-Hoy (2001). Polydoro et al. (2004) fizeram alterações para evitar assertivas em duplicata, tradução, adequação de expressões e palavras e, para que houvesse compreensão do instrumento no contexto da educação física brasileira.

O estudo de Polydoro et al. (2004) obteve índices psicométricos satisfatórios para a versão brasileira e foi utilizado em outras pesquisas nacionais para buscar mais evidências e comprovar fidedignidade desta escala adaptada (SILVA, AZZI, 2004; SILVA, AZZI, IAOCHITE, 2005; VENDITTI JR., 2005).

Desta escala surgiram dois fatores (subescalas) definidos como: **Fator 1 - Intencionalidade na Ação Docente**, que adveio dos fatores originais Estratégias Instrucionais e Engajamento do Estudante, os itens que refletem o Fator 1 na Escala de AE são: 2, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 23 e, **Fator 2 – Manejo de Classe**, que indicam o manejo docente para lidar com os múltiplos aspectos do

cotidiano da aula, os itens que representam o Fator 2 são: 1, 3, 5, 7, 8, 13, 16, 21, 22, 24.

O Fator 1 (eficácia na intencionalidade da ação docente) representa a capacidade do professor de mobilizar o estudante para realização da tarefa e de mediar o ensino. Já o Fator 2 (eficácia no manejo da classe) refere-se a crença do professor para gerenciar e lidar com os múltiplos aspectos do cotidiano da aula.

**B. Escala sobre Fontes de Autoeficácia (EFAE)** (IAOCHITE, 2007): avalia a interferência das quatro fontes de formação das crenças de autoeficácia. Este instrumento é composto por itens que referenciam as quatro fontes de AE propostas por Bandura (1986,1997). Os itens que representam as fontes de experiência direta foram: 5, 12 e 13; os que descrevem as experiências vicárias: 1, 2 e 6; aqueles que expressão a persuasão social: 3, 10, 11, 14 e 15; por último, os que representam os estados fisiológico e afetivos foram: 4, 7, 8, 9 e 16.

O estudo de Iaochite (2007) mostra que as subescalas Estados fisiológicos e afetivos e Persuasão Social obtiveram coeficientes alfa de Cronbach satisfatórios. Porém, as outras subescalas Experiências vicárias e Experiências diretas apresentaram coeficientes medianamente satisfatórios, o que pode ser relacionado à pequena quantidade de itens. O autor sugere novos estudos com a utilização desta escala. No Brasil não há outros instrumentos válidos para identificar a especificidade das fontes de AED como esta escala proposta por Iaochite (2007).

**C. Questionário de Caracterização do Participante (QCP):** neste instrumento, além da descrição sócio demográfica dos colaboradores da pesquisa, foram incluídos assertivas referentes as principais características de atividades de simulação tipo o OSCE conforme revisão sistemática de Issenberg et al. (2005) e as respectivas percepções docentes sobre o assunto e ao contexto de trabalho.

O QCP foi composto por vinte e seis questões, sendo as dez primeiras assertivas relacionadas aos dados sócio demográficos, a formação e a área de atuação do participante e as outras dezesseis questões estruturadas por uma escala do tipo Likert, de cinco níveis, desde “discordo totalmente” até “concordo totalmente” e, divididas em dois grupos:



i) O primeiro grupo composto com as questões 11, 12, 13 e 14, referentes a **Percepção Docente sobre o Contexto de Trabalho (PDCONTEXTO)**, gerando a seguinte sequência:

**Q11-** *Você sente que pode expressar livremente suas ideias em reuniões pedagógicas ou institucionais;*

**Q12-** *Você se sente apoiado (a) pelos colegas de trabalho;*

**Q13-** *Você se sente preparado (a) para exercer sua atividade docente;*

**Q14-** *Atualmente, você se sente satisfeito (a) como docente;*

ii) o segundo grupo composto com as questões 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, geradas a partir da revisão de Issenberg et al. (2005), identificando as **Percepção Docente sobre o OSCE (PDOSCE)**, com a sequência a seguir:

**Q15-** *O OSCE proporciona conhecimento ao aluno através da devolutiva (feedback);*

**Q16-** *A prática sistematizada com manequins de complexa simulação (paciente real de alta fidelidade) usada no OSCE é primordial para sua eficácia;*

**Q17-** *O OSCE promove integração curricular de várias disciplinas;*

**Q18-** *O nível de dificuldade da simulação é uma característica importante;*

**Q19-** *Como a simulação utilizada no OSCE apresenta uma ampla variedade de condições clínicas conhecidas é mais eficaz em desenvolver e corrigir diversas habilidades do que a prática real;*

**Q20-** *O OSCE proporciona um meio ambiente controlado onde o aluno pode fazer, detectar e corrigir o erro sem consequência adversa;*

**Q21-** *O OSCE é uma atividade que prepara o aluno para a prática profissional;*

**Q22-** *O OSCE valoriza a aprendizagem individualizada e a importância de contar com experiências educativas reproduzíveis, standardizadas, as quais os estudantes são participantes ativos e não passivos;*

**Q23-** *O OSCE apresenta resultados definidos, conta com objetivos claramente tangíveis e conduz os estudantes a dominar habilidades;*

**Q24-** *O OSCE relaciona evidências científicas com a simulação o que proporciona aprendizagem significativa;*

**Q25-** *Com a implementação do OSCE nesta instituição, você sentiu maior segurança para exercer sua atividade docente e maior eficácia no aprendizado discente;*

**Q26-** O OSCE estimula e proporciona condições para atualização do professor.

Para quantificar os itens do questionário foi atribuído a pontuação igual a cinco para o nível máximo de aceitação ou concordância, sugerindo uma postura positiva do professor a respeito do OSCE, enquanto que o número um foi atribuído ao nível mínimo de aceitação e relacionado com uma opinião negativa.

### **Análise de dados**

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.21 com estatísticas descritivas para caracterização da amostra e das médias dos participantes nos instrumentos. Posteriormente, ocorreram as estatísticas inferenciais com Correlação de Pearson entre os fatores dos instrumentos. Para interpretação dos dados de correlações foram utilizados os parâmetros de Dancey e Reid (2006) no qual coeficientes de correlação com valor 0 são considerados nulos, entre 0,10 e 0,30 fracos, a partir de 0,40 e até 0,60 moderados, de 0,70 a 0,90 fortes e correlações de 1 são perfeitas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As estatísticas descritivas da amostra estão expostas na caracterização dos participantes e serão retomadas na discussão dos resultados.

Com o objetivo de analisar a relação entre a autoeficácia docente e a efetividade na aplicação do OSCE como instrumento de avaliação formativa, empregaram-se inicialmente estatísticas descritivas das pontuações obtidas no instrumento Questionário de Caracterização do Participante (QCP), das afirmativas que foram direcionadas para a percepção docente sobre o contexto e sobre o OSCE, numa subdivisão do QCP: Percepção Docente sobre o Contexto (**PDCONTEXTO**) e a Percepção Docente sobre o OSCE (**PDOSCE**).

Realizou-se também estatísticas descritivas considerando as pontuações médias nos fatores dos outros instrumentos utilizados Escala de Autoeficácia do Professor (**EAEP**) e Escala sobre as Fontes de Autoeficácia (**EFAE**). Os resultados são apresentados nas Tabela 1 e 2, no total de 47 professores.

Conforme observa-se na Tabela 1, as menores médias foram obtidas na PDCONTEXTO, mais especificamente nas questões: Q11 (*Você sente que pode expressar livremente suas ideias em reuniões pedagógicas ou institucionais*) e na PDOSCE: Q22 (*O OSCE valoriza a aprendizagem individualizada e a importância de contar com experiências educativas reproduzíveis, padronizadas, as quais os estudantes são participantes ativos e não passivos*).

Esse fato pode, hipoteticamente, referenciar que os participantes do estudo estejam desconfortáveis com o método, por não conhecê-lo com detalhes pedagógicos e científicos e, por não se sentirem a vontade para questioná-lo. Segundo Andrade et al. (2004) professores de medicina responsáveis por selecionar avaliações, deveriam conhecer sobre os tipos de exames disponíveis, mas na prática isso não ocorre. O professor é peça fundamental no processo de aprendizagem, mas muitos têm preparo didático-pedagógico insuficiente, visto que a graduação e a especialização médica não incluem matérias de formação docente. “O professor, via de regra, se baseia nos modelos que conheceu como aluno para construir, empírica e intuitivamente, o seu “jeito” de ensinar, sem fazer reflexões.” (ANDRADE et al., 2004, p.128).

Tabela 1 - Estatísticas Descritivas dos resultados obtidos do QCP, subdivisão PDCONTEXTO e PDOSCE.

<b>Fatores / Instrumento</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Variação</b>
<b>PDCONTEXTO:</b>			
Q11 – Expressão livre de ideias	4,00	0,95	2-5
Q12 – Apoio dos colegas	4,26	0,60	2-5
Q13- Sente-se preparado para exercer a docência	4,49	0,50	4-5
Q14- Sente-se satisfeito como docente	4,49	0,65	2-5
<b>TOTAL</b>	<b>25,46</b>	<b>2,94</b>	<b>18-30</b>
<b>PDOSCE:</b>			
Q15- O feedback é importante	4,49	0,80	2-5
Q16- Prática sistematizada é primordial para eficácia	4,30	0,90	2-5
Q17- Promove integração de disciplinas	4,21	0,95	1-5
Q18- Dificuldade da simulação é importante	4,09	0,99	2-5
Q19- É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada	3,51	1,15	1-5
Q20- Ambiente controlado sem consequência adversa	4,02	1,09	1-5
Q21- Prepara o aluno para a prática profissional	4,36	0,81	2-5
Q22- Estudante é ativo	3,43	1,19	1-5
Q23- Objetivos específicos e estudante domina habilidade	4,36	0,94	1-5
Q24- Proporciona aprendizagem significativa	4,28	0,94	1-5
Q25- Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente	4,11	0,93	2-5
Q26- Proporciona condições para atualização docente	4,13	0,92	2-5
<b>TOTAL</b>	<b>36,59</b>	<b>4,48</b>	<b>19-43</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

E quando relacionado a simulação em medicina, além do conhecimento pedagógico o professor deve ter uma atitude de aceitação das inovações e estar disposto a revisar constantemente sua metodologia de ensino para educar adequadamente na sociedade contemporânea. Nessa direção, Gomez, Vieira, Scalabrini-Neto (2011, p.159) descrevem que “alguns educadores só

aceitariam plenamente a simulação para a formação depois da observação de uma substancial validação da sua efetividade e eficácia em prol da aprendizagem e do resultado de melhorias dos doentes e dos custos.” Isso mostra que a aceitação da simulação para a formação médica não irá acontecer com qualidade até que haja plena apropriação técnica e conceitual por parte dos professores.

Ainda identificando as estatísticas descritivas dos instrumentos utilizados na investigação, verifica-se a Tabela 2. Os instrumentos citados são: Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP), Escala sobre as Fontes de Autoeficácia (EFAE) e o Questionário de Caracterização do Participante (QCP), subdivisão: PDCONTEXTO e PDOSCE.

Tabela 2 - Estatísticas Descritivas dos resultados das EAEP, EFAE e subdivisão QCP (PDCONTEXTO, PDOSCE).

<b>Fatores / Instrumento</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Varição</b>
<b>QCP:</b>			
PDCONTEXTO	25,46	2,94	18-30
PDOSCE	36,59	4,48	19-43
<b>EAEP:</b>			
Eficácia no Manejo da Classe	48,93	5,25	37-60
Eficácia na Intencionalidade da Ação	69,36	7,66	50-84
<b>EFAE:</b>			
Experiência Direta	14,91	2,43	8-18
Aprendizagem Vicária	15,14	2,40	9-18
Persuasão Social	25,51	3,61	14-30
Estados Fisiológicos	17,17	6,68	6-28

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 2, na EAEP, as maiores médias foram em relação ao fator Eficácia na Intencionalidade da Ação, o que já foi demonstrado em outras pesquisas como de laochite (2007) e Rocha (2009). Conforme observado por Polydoro et. al. (2004) na adaptação nacional do instrumento *Ohio State Teacher Efficacy Scale* (TSCHANNEN-MORAN, WOOLFOLKHOY, 2001), a Intencionalidade da Ação representa a crença do professor na capacidade de mediar o ensino e mobilizar o estudante para a realização das atividades. Diz respeito a como o professor pode ajudar seus alunos a valorizarem o processo de ensino/aprendizagem. Trata-se das ações para acompanhar, incentivar, valorizar, realizar *feedback*, contribuir com os alunos em seu processo de aprendizagem.

Por fim, para a EFAE, o fator Persuasão Social foi o mais endossado pelos participantes obtendo a maior média quando comparado com os demais fatores dos instrumentos, indicando que esta fonte é a de maior interferência na formação de crenças dos participantes. Segundo Bandura (1997) a persuasão social é uma das fontes mais prevalentes em professores iniciantes e, também há neste grupo, porcentagem alta de docentes sem experiência em qualquer atividade profissional, visto que 20 (42,6%) menos de 10 anos de docência e, destes últimos, 10 (21,3%) tinham menos de 5 anos de experiência.

Na perspectiva de Bandura (1997) a persuasão social é uma das fontes mais distantes para fortalecer a AE, pois pode ser limitada no alcance da crença pessoal de forma duradoura. Mas ela pode reforçar a auto mudança se houver avaliação positiva de que o incentivo esteja dentro dos limites da realidade. “Mero pronunciamento de capacidade para mudar o curso da vida de alguém sem providenciar experiências de afirmação de eficácia pelo caminho, torna-se uma pregação vazia”. (BANDURA, 1997, p.106). Hipoteticamente, os professores participantes desta pesquisa estão sendo incentivados pela IES, mas ainda não adquiriram experiências ou conhecimento pedagógico e científico do método avaliativo formativo adequadamente para fortificar suas crenças.

Os estados fisiológicos foram a segunda fonte encontrada. Estes são manifestações que podem interferir na percepção de autoeficácia, afetando diretamente o julgamento que a pessoa tem sobre a sua própria capacidade para realizar uma tarefa (BANDURA, 1997; AZZI et al., 2014). Provavelmente este fator foi importante neste grupo de professores porque o número de participante era pequeno e havia inexperiência na aplicação do OSCE.

Ainda com referência a EFAE, observa-se que o fatores experiência direta (14,91) e aprendizagem vicária (15,14) foram as médias mais baixas. A principal hipótese para estes dados é que os professores desta IES têm pouco tempo de experiência na aplicabilidade do OSCE, visto que só iniciou em julho de 2015 e, tornou-se efetivo em todas as áreas clínicas básicas apenas no final de 2016. Apesar de 27 professores (57,4%) terem mais de 10 anos de experiência docente e 8 (17%) mais de 20 anos. Talvez os subsídios fundamentais de prática neste tipo de avaliação e em uma metodologia mais ativa de aprendizagem, ainda não tenham se formado neste grupo de profissionais.

Na sequência, foram criados percentis para indicar baixa, média e alta autoeficácia em relação aos fatores da Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP). Nesse sentido, para o fator Eficácia no Manejo da Classe o percentil 25 reuniu pontuações até 46 (baixa autoeficácia), o percentil 50 pontuações entre 47 e 52 (média autoeficácia) e o percentil 75 pontuações de 53 em diante (alta autoeficácia). Já para o fator Eficácia na Intencionalidade da Ação, o percentil 25 reuniu pontuações até 65 (baixa autoeficácia), o percentil 50 pontuações entre 66 e 74 (média autoeficácia) e o percentil 75 pontuações a partir de 75 (alta autoeficácia). Com isso, buscou-se identificar a distribuição dos participantes nos fatores em relação aos níveis de autoeficácia, tal como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes em relação aos níveis de autoeficácia.

<b>Fator</b>	<b>Pontuação</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>% acumulativa</b>
<b>Eficácia no Manejo da Classe</b>	Baixa	15	31,9	31,9
	Média	18	38,3	70,2
	Alta	14	29,8	100
<b>Eficácia na Intencionalidade da Ação</b>	Baixa	15	31,9	31,9
	Média	20	42,6	74,5
	Alta	12	25,5	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Como observado na Tabela 3, a maior parte dos participantes tiveram pontuações de classificações baixa e média crenças de autoeficácia nos dois fatores avaliados. Em relação às pontuações que indicam alta crença de autoeficácia, para o fator Eficácia no Manejo da Classe, apenas 14 participantes apresentaram pontuações que permitiram classificá-los como tendo altas crenças de liderança e gerenciamento dos aspectos concernentes ao cotidiano da sala de aula. No fator Eficácia na Intencionalidade da Ação, os resultados foram na mesma direção, com apenas 12 docentes classificados com pontuações de altas crenças na capacidade de atuar como mediador do ensino e conduzir os alunos em direção à execução das atividades.

Uma pressuposta explicação para estes dados é que a escala de AE aplicada neste grupo de professores não seja a ideal, pois não engloba características pertinentes ao médico-professor ou professor que aplica uma metodologia ativa de avaliação como o OSCE, buscando desenvolvimento de

habilidades muito específicas da profissão. Conforme Dybowski, Kriston, Harendza (2016) instrumentos de medição geral de autoeficácia não podem ser aplicados a médicos professores, pois ensinar, geralmente não é a única tarefa a cumprir em um mesmo momento para estes profissionais. Eles devem se preocupar também com a assistência ao paciente e manter seu envolvimento com a pesquisa e atualização tecnológica.

A partir de tais ponderações, Dybowski, Kriston, Harendza (2016) realizaram uma investigação na qual tiveram como objetivo desenvolver e validar um instrumento que medisse a autoeficácia docente dos médicos. Encontraram subfatores que comprovam a necessidade de escalas específicas para estes profissionais: 1. Auto regulação da AED, compreende os itens que representam possíveis ameaças afetivas e cognitivas para o professor; 2. Regulação diádica da AED, engloba itens com desafios decorrentes da interação entre professores e estudantes, que necessitam principalmente de didática, mas também intervenções afetivas e motivacionais direcionadas ao discentes e; 3. Regulação triádica da AED, compreendendo aqueles itens que apresentam desafios decorrentes da inclusão do paciente e requerem comportamentos cognitivos e comportamentais regulamentados da interação professor-aluno-paciente para assegurar uma aprendizagem eficaz.

Dybowski, Kriston, Harendza (2016) concluíram que a escala construída é um instrumento válido para avaliar a autoeficácia docente dos médicos e que poderia ser usada em programas de aperfeiçoamento docente e para pesquisa educacional. Até o presente momento este instrumento ainda não foi adaptado para o português e não foi usado em escolas médicas brasileiras. Os autores testaram esta escala para investigar as influências da autoeficácia e percepção dos professores quanto às habilidades, competências e motivação na qualidade do ensino médico. E constataram que professores auto eficazes e capazes de detectar as competências discentes beneficiam a qualidade do ensino.

Outra hipótese é que a pouca experiência direta com o OSCE presente neste grupo docente tenha fragilizado as suas crenças. Conforme Bandura (1997) as experiências diretas são a fonte mais influente de informação de eficácia porque fornecem a prova mais autêntica do que pode ser necessário para obter o sucesso. Experiências de superação de obstáculos por meio da perseverança e do próprio esforço pessoal gera um senso de eficácia resiliente no indivíduo (BANDURA, 1997;



AZZI et al. 2014). “A percepção dos professores sobre suas experiências diretas de ensino é a maior fonte de informação da autoeficácia docente” (AZZI et al., 2014, p.26).

Em seguida, buscou-se verificar as correlações entre os itens da PDCONTEXTO e da PDOSCE com a Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP) e os resultados são apresentados na Tabela 4 e 5.

Tabela 4 – Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTO E PDOSCE) e a Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP).

	<b>Eficácia no Manejo da Classe</b>	<b>Eficácia na Intencionalidade da Ação</b>
<b>PDCONTEXTO:</b>		
Q11 – Expressão livre de ideias	0,01	-0,03
Q12 – Apoio dos colegas	-0,26	-0,22
Q13- Sente-se preparado para exercer a docência	0,41**	0,40**
Q14- Sente-se satisfeito como docente	0,18	0,25
<b>TOTAL</b>	<b>0,20</b>	<b>0,20</b>
<b>PDOSCE:</b>		
Q15- O feedback é importante	0,24	0,29*
Q16- Prática sistematizada é primordial para eficácia	0,20	0,25
Q17- Promove integração de disciplinas	0,02	-0,02
Q18- Dificuldade da simulação é importante	0,43**	0,29*
Q19- É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada	0,14	0,16
Q20- Ambiente controlado sem consequência adversa	-0,22	-0,20
Q21- Prepara o aluno para a prática profissional	0,11	0,34*
Q22- Estudante é ativo	-0,23	-0,17
Q23- Objetivos específicos e estudante domina habilidade	-0,12	-0,11
Q24- Proporciona aprendizagem significativa	-0,13	-0,17
Q25- Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente	0,21	0,27*
Q26- Proporciona condições para atualização docente	0,23	0,12
<b>TOTAL</b>	<b>0,09</b>	<b>0,10</b>

\*p<0,05; \*\*p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que para os fatores PDCONTEXTO e PDOSCE não foram encontradas correlações totais significativas com nenhum dos fatores da EAEP. O que se observa são relações de algumas assertivas, sendo de forma isolada, em sentido positivo e com magnitude fraca.

O item Q13 (*Sentir-se preparado (a) para exercer sua atividade docente*), por exemplo, apresentou significância positiva com as duas variáveis de AED (Manejo de Sala de Aula e Intencionalidade na Ação). Ou seja, sentir-se preparado para exercer a atividade docente fortalece as crenças do professor em gerenciar o cotidiano na sala e mobilizar o estudante para a realização de tarefas. Bandura (1997) explica, de acordo com a Teoria Social Cognitiva, que o interesse pessoal é desenvolvido por causa de auto reações afetivas e dos mecanismos da AE. Assim, as pessoas mantem interesse permanente em tarefas ou atividades nas quais se sintam capazes, eficazes e satisfeitas.

O item Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) também na tabela 4, mostrou-se significativa positivamente com a Eficácia no Manejo da Classe. Ou seja, o docente que se sente capaz de lidar e gerenciar o cotidiano na sala de aula acredita que a dificuldade da simulação pode ser uma variável importante para o aprendizado do aluno em um cenário clínico de OSCE. Este item também mostrou relação positiva com a eficácia na intencionalidade da ação, mas de forma mais fraca. Logo, os docentes que acreditam que a complexidade e dificuldade da simulação no OSCE são importantes, possuem crenças mais fortes na sua capacidade de mobilizar o estudante para o aprendizado ou realização de determinada tarefa.

O item Q21 (*OSCE prepara o aluno para a prática profissional*) se relaciona positivamente com a eficácia na intencionalidade da ação. Quer dizer, que presumivelmente, os professores que tem crenças fortes na sua capacidade de mobilizar os alunos para a realização de tarefas e para o ensino também acreditam que o OSCE prepara o estudante para a prática profissional.

Ainda na Tabela 4, observa-se duas correlações com baixa significância, mas positivas. A questão Q15 (*O feedback é importante*) com a eficácia na intencionalidade da ação. Isso evidencia que os professores crentes na importância da devolutiva para o aprendizado e efetividade da metodologia OSCE são aqueles que se sentem mais capazes para mobilizar os discentes para a

realização da tarefa. E a questão Q25 (*OSCE proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente*) com a eficácia na intencionalidade da ação. Apontando que professores que mobilizam os alunos para realização de tarefas e para o ensino acreditam que o OSCE proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente.

A maioria das correlações entre os itens da OSCE e os itens das Escala de Autoeficácia foram nulas ou sem significância estatística. A Tabela 5 ilustra apenas as perguntas que apresentaram alguma significância. As relações encontradas variaram em sentido positivo e negativo e com magnitude entre fracas e moderadas.

Aquelas assertivas que se relacionaram de forma positiva estão descritas, a seguir:

A relação Q14 (*Sente-se satisfeito como docente*) e AE2 (*Quanto você pode fazer para ajudar seus alunos a pensar criticamente*) traz a afirmativa de que professores que se sentem mais capazes de ajudar seus alunos a pensar criticamente são os que se sentiram mais satisfeitos como docentes.

Q16 (*Prática sistematizada é primordial para eficácia*) com AE9 (*Quanto você pode ajudar seus alunos a dar valor a aprendizagem*) traz a ideia que o professor que acredita que prática sistematizada do OSCE é primordial para sua eficácia é aquele que se sente mais capacitado a ajudar o aluno a valorizar a aprendizagem.

Q16 (*Prática sistematizada é primordial para eficácia*) com AE10 (*Quanto pode avaliar a compreensão do aluno sobre o que ensinou*) direciona para que o professor que acredita que a prática sistematizada do OSCE é primordial para sua eficácia é aquele mais capaz de avaliar a compreensão do aluno sobre o que ensinou.

Em Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) e AE3 (*Quanto pode fazer para controlar comportamentos perturbadores na aula*), observa-se que os profissionais mais capazes de controlar a sala são os que mais acreditam que o nível de dificuldade da simulação é uma característica importante.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE11 (*Até que ponto você pode criar boas questões para seus alunos*), ou seja, os docentes que acreditam que a dificuldade da simulação é importante são aqueles que também se sentem mais habilitados para criar boas questões aos seus alunos.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE13 (*Quanto você pode fazer para que os alunos sigam as regras da aula*), ou seja, o professor que acredita que a dificuldade da simulação é importante também é aquele que crê na sua competência em fazer com que os alunos sigam as regras da aula.

Tabela 5 – Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTO E PDOSCE) e a Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP).

	Q12	Q14	Q16	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q25	Q26
AE 1	-0,07	-0,07	0,20	-0,08	0,07	-0,12	0,26	0,02	0,15	0,12
AE 2	-0,10	<b>0,28*</b>	0,19	0,06	0,03	0,02	0,19	0,27	0,17	0,20
AE 3	-0,07	0,07	0,13	<b>0,29*</b>	0,15	-0,17	0,03	-0,18	0,22	0,13
AE 4	-0,05	-0,07	0,16	0,01	0,12	-0,19	0,12	-0,11	0,24	0,19
AE 5	-0,12	-0,08	-0,04	0,10	-0,10	-0,26	0,08	<b>-0,33*</b>	0,08	0,02
AE 6	-0,22	0,21	0,14	0,25	<b>0,31*</b>	0,05	<b>0,28*</b>	0,07	0,22	0,18
AE 7	-0,24	0,01	0,06	0,26	-0,07	-0,18	0,12	-0,18	0,09	0,09
AE 8	-0,24	0,22	0,15	0,25	0,13	-0,09	0,21	-0,11	0,19	0,13
AE 9	-0,07	0,03	<b>0,29*</b>	0,21	0,19	-0,12	0,25	-0,02	<b>0,34**</b>	0,15
AE 10	-0,17	-0,07	<b>0,29*</b>	0,22	0,18	-0,19	<b>0,45**</b>	-0,10	0,27	0,04
AE 11	-0,14	0,21	0,18	<b>0,32*</b>	0,21	-0,07	<b>0,46**</b>	-0,05	<b>0,28*</b>	0,04
AE 12	-0,13	-0,14	0,14	0,25	0,16	-0,06	0,15	0,09	0,24	0,20
AE 13	-0,08	0,24	-0,02	<b>0,45**</b>	0,18	0,02	-0,05	-0,05	0,18	0,15
AE 14	-0,18	-0,16	0,23	0,06	-0,07	-0,10	0,13	-0,14	0,14	-0,05
AE 15	-0,02	-0,01	0,16	0,17	0,15	-0,16	0,10	<b>-0,36**</b>	0,15	-0,04
AE 16	-0,19	0,09	0,17	0,25	-0,01	0,00	-0,01	-0,07	-0,06	-0,00
AE 17	-0,15	-0,01	0,12	<b>0,31*</b>	0,25	<b>-0,32*</b>	<b>0,42**</b>	-0,14	0,17	0,20
AE 18	-0,11	-0,07	0,23	0,12	0,04	-0,12	0,16	-0,29*	0,11	0,10
AE 19	-0,17	0,03	0,06	0,19	-0,02	-0,14	-0,03	<b>-0,37**</b>	0,08	-0,14
AE 20	0,15	-0,13	-0,13	<b>0,28*</b>	-0,16	-0,17	-0,03	-0,15	-0,07	-0,01
AE 21	-0,06	-0,11	0,18	<b>0,34**</b>	-0,09	<b>-0,38**</b>	0,00	<b>-0,31*</b>	0,11	0,14
AE 22	-0,20	-0,17	0,21	<b>0,39**</b>	<b>0,39**</b>	-0,06	-0,00	-0,03	0,18	<b>0,32*</b>

<b>AE 23</b>	<b>-0,27*</b>	0,09	0,04	0,18	0,00	-0,18	<b>0,31*</b>	-0,13	-0,05	0,03
<b>AE 24</b>	-0,25	0,04	0,02	<b>0,28*</b>	-0,08	-0,09	-0,01	-0,25	-0,02	0,06

\*p<0,05; \*\*p<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE17 (*Quanto você pode fazer para ajustar suas atividades ao apropriado nível individual dos alunos*), propondo que os docentes que acreditam que a dificuldade da simulação é importante também é aquele que se sente capaz para ajustar suas atividades ao apropriado nível individual dos alunos.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE20 (*Até que ponto você pode propor uma explicação ou exemplo alternativo quando os alunos estão confusos*), sugerindo que o professor que acredita que a dificuldade da simulação é importante é o mais capacitado para propor uma explicação ou exemplo alternativo quando os alunos estão confusos.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE21 (*Quão bem você pode responder a um aluno desafiador*), assim o docente que crê na sua capacidade para responder a um aluno desafiador também é aquele que concorda que a dificuldade da simulação é importante.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE22 (*Caso fosse possível, quanto você pode orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas*), conduzindo a impressão que os professores que acreditam que a dificuldade da simulação é importante também são aqueles capacitados a orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas.

Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*) com AE24 (*Quão bem você pode providenciar desafios apropriados para alunos muito capazes*), ou seja, os docentes que acreditam que a dificuldade da simulação é importante também são os que se sentam mais capazes de providenciar desafios apropriados para os alunos muito capazes.

Q19 (*É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada*) com AE6 (*Quanto você pode fazer para que os alunos acreditem que podem realizar bem as atividades*) traz a afirmação que os professores capazes de fazer os alunos acreditarem em suas capacidades são

aqueles que também concordam que o OSCE é mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada.

Q19 (*É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada*) com AE22 (*Caso fosse possível, quanto você pode orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas*), sugerindo que o educador que pensa que o OSCE é mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada, também é aquele que se sente mais capaz para orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas.

Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*) com AE6 (*Quanto você pode fazer para que os alunos acreditem que podem realizar bem as atividades*), refletindo que o docente que acredita que o OSCE prepara o aluno para prática profissional é o mais capaz de fazer com que seus alunos acreditem que podem realizar suas atividades.

Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*) com AE10 (*Quanto pode avaliar a compreensão do aluno sobre o que ensinou*), presumindo que o profissional que mais se sente capaz para avaliar a compreensão do aluno sobre o que ensinou é aquele que acredita que o OSCE prepara o aluno para a prática profissional.

Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*) com AE11 (*Até que ponto você pode criar boas questões para seus alunos*), logo aquele professor que acredita que o OSCE prepara o aluno para a prática profissional é o que tem maior eficácia para criar boas questões aos estudantes.

Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*) com AE17 (*Quanto você pode fazer para ajustar suas atividades ao apropriado nível individual dos alunos*), traz a ideia que o educador que acredita que o OSCE prepara para a prática profissional é o que mais capacitado para ajustar suas atividades ao apropriado nível individual.

Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*) com AE23 (*Quão bem você pode implementar estratégias alternativas na sua aula*), referenciando que o professor que acredita que o OSCE prepara o aluno para a prática profissional também, é aquele que crê na sua capacidade de implementar estratégias alternativas na sua aula.

Q25 (*Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente*) com AE9 (*Quanto você pode ajudar seus alunos a*

*dar valor a aprendizagem*), ou seja o professor que acredita que o OSCE proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente também é aquele que se sente mais capacitado a ajudar seus alunos a dar valor a aprendizagem.

Q25 (*Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente*) com AE11 (*Até que ponto você pode criar boas questões para seus alunos*), presumindo que o docente que se sente capaz de criar boas questões também acredita que o OSCE proporciona maior segurança no trabalho e maior eficácia no aprendizado.

Q26 (*Proporciona condições para atualização docente*) com AE22 (*Caso fosse possível, quanto você pode orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas*), ou seja aquele que acredita que o OSCE proporciona condições para atualização docente se sente mais capacitado para orientar os pais a ajudar os filhos a realizarem bem as atividades acadêmicas.

Estas relações positivas reportam as considerações sobre AED exibidas por Azzi, Polydoro, Bzuneck (2006, p. 149) quando afirmam que o “desenvolvimento e aprendizagem do aluno encontram-se entre os desafios presentes, no cotidiano do professor”. Os autores enquadraram esses desafios em dois grupos: 1. Engajamento estudantil e 2. Estratégias instrucionais. Esses grupos incluem itens como promover a auto regulação; dar *feedback* e incentivos positivos consistentes com a realização de tarefas; incentivar o esforço e a perseverança, entre outros. E trazem a AED como condição para desenvolver e explicar de forma preditiva, a cognição, a motivação e o comportamento. “A autoeficácia dos professores aparenta ser um bom preditor de sucesso acadêmico do aluno” (AZZI, POLYDORO, BZUNECK, 2006, p. 155).

Os mesmos autores listam características de professores com elevada AED, a saber: portador de grande nível de planejamento, aberto a novas ideias, atuação mais humanista, assume mais riscos, propenso a melhorar, cria clima positivo para aprendizagem, persiste no aluno com dificuldade, promove melhor desempenho do estudante, busca aprimorar as crenças do discente e demonstra entusiasmo com a docência (AZZI, POLYDORO, BZUNECK, 2006).

As características de um docente com alta AED são muito parecidas com as de um bom professor na aplicação do OSCE. Bandura (1997) com os estudos sobre autoeficácia traz a ideia de que um professor eficaz é aquele capaz

de inspirar seus alunos, por meio de seu modelo de competência técnica, humanística e ética, a desenvolver-se como profissional e como pessoa. Segundo Scalabrini-Neto, Fonseca, Brandão (2017, p.8) o professor que pratica simulação ou avalia com simulação clínica deve estar “preparado para sua função de educador, sabendo aplicar os princípios da educação de adultos e aproveitando o máximo as fortalezas específicas de cada proposta de simulação”. De acordo com os autores o bom professor é muito mais que um transmissor de conhecimentos ou mero treinador. O bom professor na simulação oferece oportunidades de aprendizado, acompanha o desenvolvimento do aluno, reconhece as necessidades e os avanços do aprendiz e garante constante *feedback* para auxiliar a formação individual de cada discente.

A revisão sistemática de Issenberg et al. (2005) retrata que as condições de uma atividade simulada são ideais quando: proporciona *feedback* positivo; possibilita a aprendizagem repetitiva; apresenta integração curricular e disciplinar; considera a dificuldade da simulação importante para a aprendizagem; adapta a simulação a várias estratégias de ensino; captura ampla diversidade de situações clínicas; proporciona ambiente controlado e seguro para o professor, aluno e paciente; valoriza o ensino individualizado e ativo; domina habilidades específicas e; correlaciona a atividade com aprendizagem efetiva.

Conforme Tempiski, Martins (2012, p. 307): “a base fundamental para o aprimoramento dos processos de avaliação no ensino médico é o desenvolvimento docente”. Após analisar os itens da Tabela 5, as relações descritas e as referências expostas, pode-se presumir hipoteticamente que professores com elevados níveis de AED creem que métodos avaliativos ativos, de competências e desempenho como OSCE, favorecem a aprendizagem discente, facilitam e estimulam o trabalho docente.

Ainda observando a Tabela 5, as assertivas que se relacionaram de forma negativa foram, a seguir:

Q12 (*Apoio dos colegas*) em relação negativa com AE23 (*Quão bem você pode implementar estratégias alternativas na sua aula*), refletindo hipoteticamente, que os docentes mais capazes de implementar estratégias alternativas na sua aula são aqueles que menos sentem o apoio de seus colegas.

Q20 (*Ambiente controlado sem consequência adversa*) de forma negativa com AE17 (*Quanto você pode fazer para ajustar suas atividades ao*



*apropriado nível individual dos alunos*), assim os educadores capazes de ajustar suas atividades ao apropriado nível individual dos alunos não acreditam que o OSCE é um ambiente controlado sem consequências adversas.

Q20 (*Ambiente controlado sem consequência adversa*) de forma negativa com AE21 (*Quão bem você pode responder a um aluno desafiador*), ou seja o professor que crê na sua capacidade de responder a um aluno desafiador não acredita que o OSCE proporcione um ambiente controlado sem consequências adversas.

Q22 (*Estudante é ativo*) negativamente com AE5 (*Até que ponto você pode fazer com que suas expectativas sejam claras em relação ao comportamento do aluno*), reflete a ideia de que os professores capazes de fazer com que suas expectativas sejam claras em relação ao comportamento do aluno não acreditam que o estudante é uma gente ativo no OSCE.

Q22 (*Estudante é ativo*) com relação negativa com AE15 (*Quanto você pode fazer para acalmar um aluno que é perturbador ou barulhento*), referindo que os professores que se sentem mais confortáveis para acalmar um aluno perturbador são aqueles que não acreditam que o estudante seja ativo no OSCE.

Q22 (*Estudante é ativo*) com relação negativa com AE19 (*Quão bem você pode evitar que alguns estudantes problemas arruinem uma aula inteira*), ou seja os docentes crentes na sua capacidade de evitar que alguns alunos problemas arruinem uma aula inteira são aqueles que menos acreditam que o estudante é agente ativo no OSCE.

Q22 (*Estudante é ativo*) negativamente com AE21 (*Quão bem você pode responder a um aluno desafiador*), traz a ideia de que os professores que se sentem mais capazes em responder a um aluno desafiador, acreditam menos que o aluno é ativo no OSCE.

Estas relações negativas remontam a ideia hipotética de falta vivência na aplicação do método ou falta de conhecimento docente sobre o OSCE e metodologias ativas de aprendizagem ou mesmo descrença nesse tipo de ação de ensino. Ou ainda essas relações negativas podem ser percebidas hipoteticamente como uma angústia do professor, angústia do ato de avaliar, relacionado com um sentimento de solidão descrito em alguns estudos inclusive brasileiros como a tese de doutorado de Megale (2001). Megale (2011) relaciona alguns fatores persistentes percebidos após análise de discurso feita no grupo docente da sua pesquisa.

Segundo Megale (2011) esses fatores foram: 1. Dificuldade na avaliação de habilidades e atitudes; 2. Relacionamento professor-aluno; 3. Sentimentos relacionados ao ato de avaliar; 4. Fatores facilitadores e; 5. Necessidade de mudanças. A dificuldade na avaliação de habilidades e atitudes foi a mais importante diretriz do estudo, pois interferiu em outros fatores. Para os docentes essas dificuldades no OSCE se deram por: objetivos poucos definidos, falta de estruturação, despreparo para a avaliação, dificuldade de reprovação, concorrência entre os alunos e avaliação bilateral (os alunos também avaliavam os professores).

Os principais sentimentos para o ato de avaliar observados por Megale (2011) neste grupo docente foram: angustia e solidão, senso de justiça, preocupação com o paciente e o futuro do estudante. As necessidades de mudança observadas pelo autor foram: definição de objetivos, a busca de um instrumento uniforme e curso de didática para os professores.

Todos esses resultados vistos por Megale (2011) corroboram o que também foi hipoteticamente indicado nas relações negativas desta dissertação. O OSCE é um método auxiliar na ação docente, mas não a única solução ou a salvação completa para o complexo ato de avaliar exercido pelo educador. Avaliar é uma ação de ensino e educação. Troncon (1996) já descrevia que a observação direta do aluno em atividades práticas profissionais constitui valor adequado sobre o desempenho estudantil, mas que as atitudes não são passíveis de ser pontuadas em *checklists*.

O professor é imprescindível nesse processo educacional e deve ter consciência de sua responsabilidade, pois faz parte da trajetória docente decidir se o estudante está apto a exercer a medicina de forma ética de acordo com o que a sociedade espera deste profissional. A fortificação de crenças, da autoeficácia docente pode ajudar nesta conscientização por parte do professor. Segundo Tempski, Martins (2017, p. 8) “é preciso dizer com clareza: não podemos improvisar! É necessário praticar os princípios da educação de adultos nos diferentes cenários de aprendizado que atuamos, e também nas atividades de simulação”.

Na sequência, buscou-se verificar as relações entre a Percepção (PDCONTEXTO e PDOSCE) e os fatores de Fontes de Autoeficácia, sendo que os resultados são apresentados na Tabela 6.

Observa-se que em relação às fontes de Experiência Direta e Estados Fisiológicos e Afetivos não foram encontradas correlações com significância estatística. Já para as fontes de Aprendizagem Vicária e Persuasão Social as correlações foram estatisticamente significativas, em sentido positivo e com magnitude variando de fracas à moderadas.

As experiências vicárias são aquelas que as pessoas adquirem ao observar outras pessoas executando uma tarefa específica. A observação de modelos que conseguem bons resultados cria no observador a ideia de que ele próprio dispõe de capacidades suficientes para realizar tarefas semelhantes. Contudo, essas experiências não são as fontes com maior potencial para a criação da autoeficácia, sendo importantes particularmente para aquelas pessoas com pouco conhecimento na execução de determinada tarefa ou que tenham dúvidas a respeito das suas próprias capacidades (BANDURA, 1977; 1997).

Tabela 6 – Correlações entre os fatores de Percepção (PDCONTEXTO E PDOSCE) e a Escala sobre Fontes de Autoeficácia (EFAE).

	Experiência Direta	Aprendizagem Vicária	Persuasão Social	Estados Fisiológicos e Afetivos
<b>PDCONTEXTO:</b>				
Q11 – Expressão livre de ideias	0,17	<b>0,30*</b>	0,18	0,11
Q12 – Apoio dos colegas	-0,01	-0,04	-0,05	0,13
Q13- Sente-se preparado para exercer a docência	0,05	0,11	-0,06	<b>-0,42**</b>
Q14- Sente-se satisfeito como docente	-0,01	0,16	0,16	-0,15
<b>TOTAL</b>	<b>0,24</b>	<b>0,38**</b>	<b>0,38**</b>	<b>-0,00</b>
<b>PDOSCE:</b>				
Q15- O feedback é importante	0,00	<b>0,31*</b>	0,24	0,00
Q16- Prática sistematizada é primordial para eficácia	0,10	<b>0,39**</b>	<b>0,49**</b>	0,22
Q17- Promove integração de disciplinas	-0,05	-0,03	-0,04	-0,01
Q18- Dificuldade da simulação é importante	0,13	<b>0,32*</b>	0,27	-0,01

Q19- É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada	0,14	<b>0,46**</b>	<b>0,33*</b>	0,10
Q20- Ambiente controlado sem consequência adversa	0,09	-0,23	0,00	<b>0,36*</b>
Q21- Prepara o aluno para a prática profissional	<b>0,31*</b>	<b>0,51**</b>	<b>0,41**</b>	0,27
Q22- Estudante é ativo	-0,04	-0,09	0,13	0,24
Q23- Objetivos específicos e estudante domina habilidade	0,02	-0,15	-0,15	0,13
Q24- Proporciona aprendizagem significativa	0,05	-0,08	0,01	0,11
Q25- Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente	0,30	<b>0,37**</b>	<b>0,51**</b>	0,10
Q26- Proporciona condições para atualização docente	0,26	<b>0,36*</b>	<b>0,44**</b>	0,02
<b>TOTAL</b>	<b>0,11</b>	<b>0,29*</b>	<b>0,32*</b>	<b>0,28</b>

\*p<0,05, \*\*p<0,01

Fonte: Dados da pesquisa.

Reafirma Pajares, Olaz (2008) quando descrevem que as pessoas têm maior sensibilidade a fonte de aprendizagem vicária quando apresentam pouca experiência anterior ou quando não estão certas de suas capacidades. Entretanto, esses mesmos indivíduos quando mais eficazes também conseguem aumentar ou fortificar sua autoeficácia com esta fonte, se modelos lhe ensinarem maneiras melhores de fazer uma tarefa. De acordo com Pajares, Olaz (2008, p. 105): “Cabe observar que as pessoas procuram modelos que possuam as capacidades que admiram e capacidades às quais aspiram. Um modelo importante na vida do indivíduo pode ajudar a inculcar crenças pessoais”.

Já a persuasão social, na maioria das vezes, apresenta um caráter verbal e avaliativo ou *feedback* pedagógico, servindo mais para aquelas pessoas que exibem um nível elevado de autoeficácia, mas com necessidade de confiança adicional para realizar e alcançar o êxito na tarefa específica (PAJARES, 2002).

As correlações entre os fatores isoladamente da PDCONTEXTTO e da PDOSCE com os fatores da Escala sobre Fontes de Autoeficácia foram de maioria nula ou sem significância estatística. Em relação, àquelas que foram estatisticamente significativas, estas variaram entre magnitude fraca a moderada e

com sentido positivo, exceto para o item Q13 (*Sentir-se preparado para exercer a docência*) e o fator Estados Fisiológicos e Afetivos em que a correlação foi negativa.

Quanto mais sentem-se preparados para exercer a docência menos a fonte Estados Fisiológicos e Afetivos interferem, hipoteticamente, na formação das crenças dos professores deste grupo estudado.

Os estados físicos emocionais: o estresse, a fadiga, a ansiedade, a tensão, a dor e os estados de humor são manifestações que podem interferir na percepção de autoeficácia. Isso acontece porque essas sensações afetam diretamente o julgamento que a pessoa tem sobre a sua própria capacidade para realizar uma tarefa. O controle dessas sensações e o seu enfrentamento é uma condição importante para se obter sucesso, contribuindo para fortalecer as crenças de autoeficácia. (BANDURA, 1997; AZZI et al., 2014).

As relações positivas estão descritas a seguir:

Aprendizagem Vicária com: Q11 (*Expressão livre de ideias*), Q15 (*O feedback é importante*), Q16 (*Prática sistematizada é primordial para eficácia*), Q18 (*Dificuldade da simulação é importante*), Q19 (*É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada*), Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*), Q25 (*Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente*) e Q26 (*Proporciona condições para atualização docente*).

Persuasão Social com: Q16 (*Prática sistematizada é primordial para eficácia*), Q19 (*É mais eficaz para desenvolver e corrigir habilidades do que a prática real isolada*), Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*), Q25 (*Proporciona maior segurança no trabalho docente e maior eficácia no aprendizado discente*) e Q26 (*Proporciona condições para atualização docente*).

Experiência Direta com: Q21 (*Prepara o aluno para a prática profissional*).

Estados Fisiológicos e Afetivos com: Q20 (*Ambiente controlado sem consequência adversa*).

Com essas relações, observa-se que algumas características do OSCE se repetem e se mostram importantes principalmente nas fontes com significância estatística positiva. Essas características (importância do *feedback* e da sistematização, eficaz para corrigir habilidades, maior segurança, atualização docente e preparação para a prática profissional) são condizentes com o

recomendado por Khan, et al. (2013) sobre o OSCE. Os autores descrevem que apesar do OSCE poder avaliar os três domínios de aprendizagem (cognitivo, afetivo e psicomotor), não é possível testar todos os níveis de dificuldade dentro de cada domínio com o uso de um único OSCE. O OSCE deve ser projetado para avaliar certas competências ou habilidades que não são possíveis de serem avaliadas usando caneta e papel ou testes baseados em métodos computadorizados. Exemplos típicos de tais habilidades podem ser a capacidade de um candidato coletar uma história clínica ou realizar um procedimento (KHAN, et al., 2013).

Conforme Coutinho, et al. (2017, p. 121) “Os docentes desempenham um papel fundamental no desenvolvimento das capacidades próprias de auto-regulação dos estudantes constituindo uma fonte fundamental de *feedback* externo”. O *feedback* deve ser proporcionado no tempo adequado, que não se concentre apenas nos pontos fortes e fracos, mas também que proporcione conselhos corretivos os quais orientem os alunos para um nível mais alto de aprendizagem e que faça uma crítica construtiva (NICOL, MACFARLANE-DICK, 2006; COUTINHO, et al., 2017; DAVIS, et al., 2017).

O *feedback* adequado tem cinco funções: 1 – confirmar as percepções conceituais ou se as crenças dos estudantes correspondem ao objetivo educacional; 2 – fornecer informações e enriquecer o conhecimento prévio; 3 – corrigir conceitos prévios incorretos ou crenças inadequadas, substituindo ou alterando informações; 4 – aprimorar, afinar e especificar conceitos e; 5 – reestruturar e atualizar esquemas estabelecidos (NICOL, MACFARLANE-DICK, 2006; COUTINHO, et al., 2017; DAVIS, et al., 2017).

Por fim, buscou-se as relações entre os tipos de autoeficácia e as fontes, como visto na Tabela 7.

Tabela 7 – Correlações entre fatores da Escala de Autoeficácia do Professor (EAEP) e da Escala sobre Fontes de Autoeficácia (EFAE).

	<b>Experiência Direta</b>	<b>Aprendizagem Vicária</b>	<b>Persuasão Social</b>	<b>Estados Fisiológicos e Afetivos</b>
<b>Eficácia no Manejo de Sala</b>	-0,11	0,26	0,02	-0,42**
<b>Eficácia na Intencionalidade da Ação</b>	-0,07	0,32*	0,04	-0,40**

\*p<0,05; \*\*p<0,01

A maior parte das correlações foram nulas ou sem significância estatística. No que concerne às correlações estatisticamente significativas, estas foram em sentido negativo e com magnitudes moderadas entre os fatores de autoeficácia e as fontes de Estados Fisiológicos e Afetivos, indicando que quanto maior a crença na capacidade de ensinar ou controlar o ambiente acadêmico, menores são as influências de tensões fisiológicas e emocionais no desempenho e formação dessas crenças. Houve apenas uma correlação positiva e com significância estatística, com magnitude fraca, estabelecida entre Eficácia na Intencionalidade da Ação e Aprendizagem Vicária, sugerindo que os docentes que acreditam na sua capacidade de mobilizar os alunos para o processo de ensino-aprendizagem podem ter essas crenças formadas a partir das próprias experiências vividas em sala de aula ou decorrentes das experiências de seu processo formativo como um todo.

No âmbito nacional, outras pesquisas que utilizaram os mesmos instrumentos deste estudo, mostraram uma tendência para elevado níveis de autoeficácia docente em professores no ensino superior. Exemplo são os estudos de Venditti Júnior (2005), laochite (2007) e Rocha (2009). As hipóteses que justificam este grupo docente ter obtido nível mais mediano de AED devem ser confirmadas com novas pesquisas e análises qualitativas.

Em relação às médias nas subescalas da EAEP, pode-se verificar média mais alta no Fator Intencionalidade da Ação Docente, quando comparada ao Fator Manejo de Classe. Tal diferença também foi encontrada nos estudos realizados por laochite (2007) e Rocha (2009).

Dybowski, Sehner, Harendza (2017) utilizaram uma escala de autoeficácia própria desenvolvida pelo estudo de Dybowski, Kriston, Harendza (2016). Os resultados de Dybowski, Sehner, Harendza (2017) implicam que a qualidade do ensino pode se beneficiar da formação de professores na capacidade de detectar competências de seus alunos e da melhoria da autoeficácia no ensino médico. Como postulado por Bandura e confirmado em vários estudos, as principais fontes de autoeficácia constituem experiências diretas, experiências vicárias, persuasão social e interpretação subjetiva dos estados fisiológicos e afetivos durante uma ação (BANDURA, 1997).

Segundo Dybowski, Sehner, Harendza (2017) a formação de professores deveria se basear nesses princípios para efetivamente melhorar a

autoeficácia do ensino médico. Avaliações de progresso como o OSCE podem ser mais confiáveis para a qualidade do ensino e esclarecer as relações entre motivação do ensino, autoeficácia do ensino e qualidade do ensino clínico.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo de caso o objetivo geral de analisar a relação entre a autoeficácia docente e a efetividade na aplicação do OSCE como instrumento de avaliação formativa foi cumprido. O estudo encontrou maior número de professores com média e baixa AE e a fonte de eficácia mais prevalente foi a persuasão social o que necessita ser confirmado com novas abordagens qualitativas como grupo focal, entrevista ou mesmo uma pesquisa etnográfica, além da utilização de escalas de AE mais específicas para professores de cursos de Medicina com aplicabilidade em metodologias ativas de aprendizagem.

A persuasão Social foi a fonte mais preponderante, provavelmente porque os professores participantes ainda não tinham adquirido experiência, prática pedagógica ou conhecimento específico sobre uma metodologia avaliativa formativa adequadamente para fortificar suas crenças.

A pesquisa evidenciou tendências que precisam ser estudadas e confirmadas em novos estudos com maior número de professores. A principal observação foi que docentes concordantes com algumas características importantes sobre o método OSCE também apresentaram maiores níveis de AED. Logo são os profissionais com maior perseverança, superação, confiança e resiliência, qualidades essenciais a um professor comprometido com o ensino, a pesquisa e a assistência.

Esta investigação pretende contribuir para a divulgação do constructo de autoeficácia na docência médica e aprofundar a técnica OSCE como aprendizagem significativa. Assim a avaliação deixa de ser um “acerto de contas” para se tornar uma oportunidade de aprendizado efetivo diferente da aprendizagem mecânica pura.

Rever o processo de trabalho docente persistentemente e instrumentalizar o professor com a seriedade de métodos como o OSCE e constructos como a autoeficácia trarão a formação de um profissional médico mais condizente com as necessidades sociais vigentes e mais humanista conforme já era desejo da Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, em 1978.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R.H. **Professor: ser ou estar?** 1 ed. São Paulo: Phorte, 2014.
- AZZI, R.G; POLYDORO, S.A.J. **Autoeficácia em diferentes contextos.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.
- AZZI, R.G, POLYDORO, S.A.J, BZUNECK, J.A. Considerações sobre a Autoeficácia Docente. In: AZZI, RG; POLYDORO, SAJ. **Autoeficácia em diferentes contextos.** Campinas, SP: Editora Alínea, 2006, p.149 - 159.
- AZZI, R.G, et al. Crenças de eficácia pessoal e coletiva. In: AZZI, R. G, VIEIRA, D. A. **Crenças de eficácia em contexto educativo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014, (Série teoria social cognitiva em contexto educativo, v.2), p. 14 – 40.
- AMARAL, E, DOMINGUES R.C.L, BICUDO-ZEFERINO, A. M. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 31 (3): 287-290, 2007.
- AMARAL, E; DOMINGUES, R.C.L; BICUDO-ZEFERINO, A.M. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de competências clínicas (caso longo estruturado e observação em serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina.** São Paulo: Atheneu, 2012, p. 13 – 24.
- ANDRADE et al. Percepção do processo de avaliação pelos docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, 14 (2):125-31, 2004.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84 (2), 191 – 215, 1977.
- BANDURA, A. Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory. New York, **Englewood Cliffs**, Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W. H. **Freeman and Company**, 1997.
- BANDURA, A. Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. **Behavior Research and Therapy**, vol. 42, p. 613-630, 2004.
- BANDURA, A, AZZI, RG, POLYDORO S, et al. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.
- BRASIL. Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013. **Institui O Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** Brasília, DF, Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016. **Institui A Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina - Anasem**. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 ago. 2016. n. 165, Seção 1, p. 16-16. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em: 18 out. 2016.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e Dá Outras Providências**. Seção 1, p. 8-11.

COUTINHO, V, et al. *Feedback e Debriefing*. In: SCALABRINI-NETO, A., FONSECA, A. S., BRANDÃO, C.F.S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 115 – 125.

DAVIS, M, et al. **How to Teach Using Simulation in Healthcare**. Oxford: John Wiley & Sons Ltd, 2017.

DENZIN, N. K. **The values of social sciences**. Nueva York: Aldine, 1970.

DYBOWSKI, C., KRISTON, L., HARENDZA, S. Psychometric properties of the newly developed Physician Teaching Self-Efficacy Questionnaire (PTSQ). **BMC Medical Education**, 16:247, 2016.

DYBOWSKI, C., SEHNER, S., HARENDZA, S. Influence of motivation, self-efficacy and situational factors on the teaching quality of clinical educators. **BMC Medical Education**, 17:84, 2017.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Boston, Massachusetts: Updyke, 1910.

GOMES, A, A. Estudo de Caso – planejamento e métodos. **Nuances: estudos sobre Educação**. Presidente Prudente, SP, ano XIV, v. 15, n. 16, p. 215-221, jan./dez. 2008.

GOMEZ, M.V, VIEIRA, J.E, SCALABRINI-NETO, A. Análise do Perfil do Professor da Área da Saúde que Usam a Simulação como Estratégia Didática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35(2): 157-162; 2011.

HARDEN, RM et. al. Assessment of clinical competence using Objective Structured Examination. **British Medical Journal**, 1, 447-451, 1975.

IAOCHITE, R.T. **Auto-Eficácia de Docentes de Educação Física**. 2007, 157 f. Tese (Doutorado apresentado a Faculdade de Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: 2007.

ISSENBERG, S.B, et. al. Features and uses of highfidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. **Medical Teacher** 27(1), 2005.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE; A. J. Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come, **Educational Researcher**, vol.33, 2004, pp.14-26, 2004.

KHAN, K.Z.et. al. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: An historical and theoretical perspective. **Medical Teacher**. 35: p.1437–1446, 2013.

MAZZONI, C.J; MORAES, M.A.A. Experiências com OSCE na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 285 – 295.

MEGALE, L. **Processos avaliativos no curso de medicina**: desempenho dos estudantes em relação às competências em pediatria e sua significação pelo docente. 2011. 149 f. Tese (Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MILLER, G.E. The assessment of clinical skills / competence / performance. **Acad Med**, 65 (suppl), S63-67, 1990.

MOREIRA. M.A. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. **Cadernos do Aplicação**, 11(2): 143-156, 1998.

MOREIRA, M.A. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. **Aprendizagem Significativa em Revista**, V1(3), p. 25-46, 2011.

MOREIRA, M.A, MASINI, E.F.S. **Aprendizagem Significativa**: a Teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

NICOL, D., MACFARLANE-DICK, D. Formative assessment and selfregulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. **Studies in Higher Education**. 31 (2): p. 199 – 218, 2006.

**OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION: OSCE MANUAL 2014**. Riyadh: Saudi Commission for Health Specialties, 33 p, 2014.

PAJARES, F. Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. **Theory into Practice**, v.41, n.2, p.116-125, 2002.

PAJARES, F., OLAZ, F. Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A., AZZI, R.G., POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 97 – 114.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev. PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002.

POLYDORO, S. A. J. et.al. Escala de Auto-eficácia do professor de educação física. In: MACHADO, C., et.al. **Avaliação Psicológica: formas e contextos**. Braga: Psiquilíbrios edições, 2004. p. 330-337.

ROCHA, M. S. **A autoeficácia docente no ensino superior**. 2009, 210 f. Tese (Doutorado apresentado a Faculdade de Educação) - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2009.

SAMPAIO, A.M.B. **Percepção do discente de medicina sobre o exame clínico objetivo estruturado na formação médica**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino da Saúde, Goiânia, 2014.

SCHUNK, D.H. Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. **Educational Psychologist**, 25 (1), 71-86, 1990.

SOUZA, R.G.S. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 1 – 11.

TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TEMPSKI, P.Z; MARTINS, M. A. O papel da avaliação de habilidades clínicas na educação médica no Brasil. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et. al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 303 – 308.

TEMPSKI, P.Z; MARTINS, M. A. Modelos Teóricos do Processo Ensino-Aprendizagem Aplicados às Estratégias Educacionais de Simulação. In: SCALABRINI-NETO, A., FONSECA, A.S, BRANDÃO, C.F.S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 1 – 10.

TRONCON, LEA. Avaliação do estudante de Medicina. **Medicina, (Ribeirão Preto)**, 29, 429-439, 1996.

TRONCON, LEA. Métodos estruturados de avaliação prática de habilidades clínicas. In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et. al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 55 - 73.

TSCHANNEN-MORAN, M; WOOLFOLK-HOY, A. Teacher Efficacy: Capturing an elusive construct. **Teacher and Teacher Education**, 17: 783-805, fev, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de casos**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi- 2.ed.- Porto Alegre: Bookman, 2001.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

O OSCE é um exame que complementa todos os domínios de aprendizagem recomendados na Taxonomia de Bloom (1974) (afetivos, psicomotores e cognitivos) e, portanto, favorece a aprendizagem significativa. As escolas médicas brasileiras estão preocupadas em cumprir as DCN com a aplicação de metodologias ativas de aprendizagem e o OSCE é um instrumento útil para alcançar este objetivo. Aumentar a pesquisa deste tipo de exame nas escolas brasileiras é importante para garantir maior seriedade na execução do mesmo em diversas realidades regionais e evitar qualquer banalização de um recurso primordial na educação médica.

Apesar do OSCE ter todos esses benefícios, não deve ser usado como único método avaliativo. Para alcançar os níveis da Pirâmide de Miller o mais recomendado é a realização de vários tipos de exames. O método escolhido deve priorizar o processo de ensino-aprendizagem mais adequado para a aquisição de determinada habilidade ou competência.

Vale ressaltar que as escolas devem priorizar a principal característica do OSCE como recurso da aprendizagem significativa que é o fato de ser uma avaliação formativa. Portanto, o *feedback*, a devolutiva que o professor fornece ao aluno no final do processo é imprescindível. É nesse momento que o docente apontará as fortalezas e fragilidades das competências e habilidades realizadas pelo discente.

Criar comissões internas com professores envolvidos na construção e aplicação destes métodos e acrescentar treinamento psicométrico ao grupo docente em cada escola médica seria apropriado para garantir a efetividade e o processo formativo desses exames.

A produção brasileira sobre a autoeficácia docente (AED) é estruturada e sistematizada auxiliando em vários contextos, mas é evidente que este constructo precisa ser mais divulgado no ambiente acadêmico, principalmente na docência do ensino superior, inclusive com aumento das pesquisas qualitativas, pois traz recursos auxiliares imprescindíveis para a prática docente.

Com este estudo de caso o objetivo geral de analisar a relação entre a autoeficácia docente e a efetividade na aplicação do OSCE como instrumento de avaliação formativa foi cumprido.

A pesquisa encontrou maior número de professores com média e baixa AE e a fonte de eficácia mais prevalente foi a persuasão social o que necessita ser confirmado com novas abordagens qualitativas como grupo focal, entrevista ou mesmo uma pesquisa etnográfica, além da utilização de escalas de AE mais específicas para professores de cursos de Medicina com aplicabilidade em metodologias ativas de aprendizagem.

A persuasão Social foi a fonte mais preponderante, provavelmente porque os professores participantes ainda não tinham adquirido experiência, prática pedagógica ou conhecimento específico sobre uma metodologia avaliativa formativa adequadamente para fortificar suas crenças.

A pesquisa evidenciou tendências que precisam ser estudadas e confirmadas em novos estudos com maior número de professores. A principal observação foi que docentes concordantes com algumas características importantes sobre o método OSCE também apresentaram maiores níveis de AED. Logo são os profissionais com maior perseverança, superação, confiança e resiliência, qualidades essenciais a um professor comprometido com o ensino, a pesquisa e a assistência.

Esta investigação pretende contribuir para a divulgação do constructo de autoeficácia na docência médica e aprofundar a técnica OSCE como aprendizagem significativa. Assim a avaliação deixa de ser um “acerto de contas” para se tornar uma oportunidade de aprendizado efetivo diferente da aprendizagem mecânica pura. Rever o processo de trabalho docente persistentemente e instrumentalizar o professor com a seriedade de métodos como o OSCE e constructos como a autoeficácia trarão a formação de um profissional médico mais condizente com as necessidades sociais vigentes e mais humanista conforme já era desejo da Conferência Internacional da Organização Mundial da Saúde, em Alma-Ata, em 1978.

Relacionar Autoeficácia do docente de Medicina e OSCE é um desafio inovador. No Brasil, esta pesquisa é a primeira a trazer questionamentos sobre a autoeficácia do professor de Medicina. O desenho da dissertação contribuiu para o seu desenvolvimento. Com os dois artigos de revisão nacional sobre os assuntos, pode-se entender o contexto histórico brasileiro da autoeficácia docente e do OSCE na educação médica com as mudanças recomendadas pelas DCN de 2014.

Já o terceiro estudo, remete as relações entre AED e a aplicação do OSCE entre professores de uma IES do interior de São Paulo. Nesse sentido, algumas informações foram valiosas, pois mostram hipóteses de que docentes mais envolvidos e conhecedores do método OSCE também apresentam maior nível de AED. Resta fazer alguns apontamentos sobre as limitações do estudo e uma possível agenda de pesquisa para realização futura.

• **Limitações do estudo:**

- O estudo oferece contribuições positivas, mas é apenas o primeiro estímulo na investigação da autoeficácia docente no ensino médico brasileiro, por isso traz informações que necessitam melhor correlação e observação em novas pesquisas;
- A investigação apresenta restrição na generalização dos resultados, pois a coleta de dados foi feita em única IES do interior do estado de São Paulo;
- O momento de adaptação em que estava a equipe docente desta IES, pois fazia pouco tempo que aplicava o OSCE como avaliação formativa, pode ter interferido no senso de AED. A associação numa abordagem quanti-qualitativa poderia ter auxiliado na verificação desta hipotética fragilidade;
- A escolha de uma escala de AED mais geral pode ter sido um fator limitador, mas não há no Brasil escalas validadas para a AED em Médicos ou professores-médicos.

• **Agenda de pesquisa:**

- Realizar levantamento e revisão bibliográfica periodicamente em várias bases de dados nacionais e internacionais a fim de acompanhar o desenvolvimento das investigações sobre AED em Medicina, OSCE no ensino médico e suas relações;
- Ampliar a investigação para outras universidades e instituições de ensino médico a fim de identificar se as relações entre AED e OSCE apresentam diferenças regionais e verificar se as tendências encontradas nesta dissertação são comuns;
- Investigar mais profundamente a relação entre AED e efetividade do OSCE;
- Validar escalas de AED para a realidade docente em Medicina como a construída por Dybowski, Kriston, Harendza (2016);
- Construir novos instrumentos que dimensionem a percepção do professor sobre o OSCE;



- Realizar novas investigações também qualitativas, utilizando grupo focal, para averiguar a veracidade das tendências encontradas nesta dissertação.

A partir deste estudo, deseja-se que outros pesquisadores tenham motivação para aprofundar estes conceitos e dispor para a docência médica recursos regulatórios para o seu processo de trabalho e ensino, alcançando o objetivo mais importante que é o desempenho dos alunos com aprendizagem significativa.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R.H. **Professor: ser ou estar?** 1 ed. São Paulo: Phorte, 2014.
- AMARAL, E.; DOMINGUES, R. C. L.; BICUDO-ZEFERINO, A .M. Avaliando Competência Clínica: o Método de Avaliação Estruturada Observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.31, n. 3, 287 – 290, 2007.
- AMARAL, E, DOMINGUES, R. C. L, BICUDO-ZEFERINO, A. M. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de competências clínicas (caso longo estruturado e observação em serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 13 – 24.
- AMARAL, F. T. V, ; TRONCON, L. E. A. Participação de Estudantes de Medicina como Avaliadores em Exame Estruturado de Habilidades Clínicas (OSCE). **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 31, n.1, p. 81 – 89, 2007.
- ANDRADE, G. M. Q. de. et al. Percepção do processo de avaliação pelos docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.14, n. 2, 125-31, 2004.
- AZZI, R. G ; POLYDORO, S. A. J. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006.
- AZZI, R. G, POLYDORO, S .A. J, BZUNECK, J. A. Considerações sobre a Autoeficácia Docente. In: AZZI, R. G; POLYDORO, S. A. J. **Autoeficácia em diferentes contextos**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2006, p.149 - 159.
- AZZI, R. G. **Introdução à teoria social cognitiva**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, 2014.
- AZZI, R. G, et al. Crenças de eficácia pessoal e coletiva. In: AZZI, R. G, VIEIRA, D. A. **Crenças de eficácia em contexto educativo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014, p. 14 – 40.
- AZZI, R. G., VIEIRA, D. A., et al. **Crenças de eficácia em contexto educativo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 2, 2014.
- BANDURA, A. , ROSS, D., ROSS, S. A. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 63, 575-582, 1961.
- BANDURA, A., ROSS, D., ROSS, S. Imitation of film-mediated aggressive models. **Journal of Abnormal and Social Psychology**, v. 66, n. 1, 3 – 11, 1963.
- BANDURA A. **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977b.

BANDURA, A. **Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory**. New York, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.

BANDURA A. Social Cognitive Theory. In: **Annals of Child Development**. Greenwich, CT: Jai Press LTD, v. 6, p1-60, 1989.

BANDURA A. Social cognitive theory of moral thought and action. In: **Handbook of Moral Behavior and Development**. Hillsdale, NJ: Erlbaum. Kurtines WM and Gerwitz JL (eds), v. 1, p 45-103, 1991.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: W. H. Freeman and Company, 1997.

BANDURA, A. Self-Efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V.S. Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press. v. 4, p. 71-81, 1994. Reprinted In: Friedman, H.(Ed.). **Encyclopedia of mental health**. San Diego: Academic Press, p. 15-41, 1998.

BANDURA, A. Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. **Behavior Research and Therapy**. v. 42, p. 613- 630, 2004.

BANDURA, A. A. **Teoria Social Cognitiva na Perspectiva da Agência**. In: BANDURA, A.; AZZI, R. B.; POLYDORO, S, et. al. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 69-96, 2008.

BANDURA, A, , AZZI, R.G. , POLYDORO S., et al. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

BARROWS, H.S. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. **Academic Medicine**. v. 68, p. 443-51, 1993.

BLOOM, B. S. **Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals handbook 1: Cognitive domain**, [S.I.]. New York: Longman, 1974.

BRANDÃO, C. F. S, COLLARES, C. F, FERNANDES, G. C. R. OSCE e *Checklist*. In: SCALABRINI-NETO, A., FONSECA, A. S., BRANDÃO, C. F. S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 77 – 90, 2017.

BRASIL. Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013. **Institui O Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e Dá Outras Providências**. Seção 1, 2014. p. 8-11.

BRASIL. Portaria nº 982, de 25 de agosto de 2016. **Institui A Avaliação Nacional**

**Seriada dos Estudantes de Medicina - Anasem.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 26 ago. 2016. n. 165, Seção 1, p. 16-16.

BRITO, M. C. D. Autoeficácia docente: uma análise das crenças de professores da educação de jovens e adultos. **Revista Científica Interdisciplinar.** v.2, n.3, artigo nº 33, p. 335 – 424, jul. /set., 2015.

BZUNECK, J. A. Crenças de auto-eficácia de professoras do 1º. grau e sua relação com outras variáveis de predição e de contexto. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** v. 48, n. 4, p.57-89, 1996.

BZUNECK, J. A. As Crenças de Autoeficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J.A. **A motivação do aluno:** contribuições da psicologia contemporânea. Petrópolis: Editora Vozes, 2001. 116-133.

BZUNECK, J. A. As crenças de autoeficácia dos professores. In: SISTO, F. F. et al. (Ed.). **Leitura de psicologia para professores.** Petrópolis: Vozes, 2001b. p. 117–134.

BZUNECK, J.A, GUIMARÃES, S.E.R. Crenças de eficácia de professores: validação da escala de Woolfolk e Hoy. **Psico-USF,** v. 8, n. 2, p. 137-143, jul/dez, 2003.

CARLOTTO, M. S, et al. O papel mediador da autoeficácia na relação entre a sobrecarga de trabalho e as dimensões de Burnout em professores. **Psico-USF,** Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 13-23, jan./abr. 2015.

CAMARGO, B. V., JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia.** v. 21, p. 513-518, 2013.

CAMARGO, B.V, JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ.**

Disponível em:

[http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues\\_17.03.2016.pdf/view](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf/view). Acesso em: 17 mar. 2016.

CASEY, P. M. et. al. To the point: reviews in medical education — the Objective Structured Clinical Examination. **American Journal of Obstetrics & Gynecology.** p. 25 – 34, 2009.

CASTELO, L. B, LUNA, I. N. Crença de autoeficácia e identidade profissional: estudo com professores do ensino médio. **Psicologia Argumento.** v. 30, n. 68, p. 27-42, jan./mar., 2012.

CORE COMMITTEE, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION. Global minimum essential requirements in medical education. **Medical Teacher.** v. 24, n. 2, p. 130 –135, 2002.

COSTA, E. R., BORUCHOVITCH, E. A. Auto-eficácia e a motivação para aprender: Considerações para o desempenho escolar dos alunos. In: AZZI, R. G., POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). **Auto-eficácia em diferentes contextos.** Campinas: Editora Alínea, p. 87-109), 2006.

COSTA-FILHO, R. A., IAOCHITE, R. T. Experiências de ensino no estágio supervisionado e autoeficácia para ensinar educação física na escola. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 26, n. 2, p. 201-211, 2015.

CROSBIE-BRUNETT, M, LEWIS E. A. Theoretical contributions from social and cognitive behavioral psychology. In: **Sourcebook of Family Theories and Methods: A Contextual Approach**. Boss PG, Doherty WJ, LaRossa R, Schumm WR, and Streinmetz SK (Eds). Plenum Press: New York, 1993.

COUTINHO, V, et al. Feedback e Debriefing. In: SCALABRINI-NETO, A., FONSECA, A. S., BRANDÃO, C.F.S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 115 – 125.

DAUD-GALLOTTI, R.M., SANTOS, I.S., TIBÉRIO, I.F.L.C. Avaliação Prática no Processo Seletivo de Residência Médica. In: TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 173 - 179,

DAVIS, M, et al. **How to Teach Using Simulation in Healthcare**. Oxford: John Wiley & Sons Ltd, 2017.

DENZIN, N. K. **The values of social sciences**. Nueva York: Aldine, 1970.

DYBOWSKI, C., KRISTON, L., HARENDZA, S. Psychometric properties of the newly developed Physician Teaching Self-Efficacy Questionnaire (PTSQ). **BMC Medical Education**, v. 16, n. 247, 2016.

DYBOWSKI, C., SEHNER, S., HARENDZA, S. Influence of motivation, self-efficacy and situational factors on the teaching quality of clinical educators. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 84, 2017.

DOMINGUES, R. C. L. **Conceito Global para alunos de medicina em estágio clínico: comparação entre auto avaliação, avaliação de docentes e pares**. 2008. 252 f. Tese (Doutorado apresentado à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas) -- Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

DOMINGUES, R. C. L, AMARAL, E., BICUDO-ZEFERINO, A. M. Os diferentes olhares na avaliação de alunos em estágio clínico supervisionado. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55. n. 4, 458-62, 2009.

DOMINGUES, R. C. L. et al. Competência clínica de alunos de Medicina em estágio clínico: comparação entre métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n. 1, 24–131, 2010.

EPSTEIN, R. M. ; HUNDERT E. M. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**. v. 287, 226-35, 2002.

EPSTEIN, R. M. Assessment in Medical Education. **New England Journal of Medicine**. v. 356, p. 387-396, 2007.

ESKENAZI, E. S, MARTINS, M. A., FERREIRA-JUNIOR, M. Tele-Educação e Monitoria Ativa no Ensino da Saúde Bucal a Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 37, n. 2 p. 235 – 244, 2013.

FERNANDEZ, A. P. O, et al. Overview of Research on Teacher Self-efficacy in Social Cognitive Perspective. **Anales de Psicología**, v. 32, n.3, 793-802, oct., 2016.

FERREIRA, L. C. M. ; AZZI, R. G. Docência, *Burnout* e Considerações da Teoria da Autoeficácia. **Psicologia: ensino & formação**. v. 1, n. 2, p. 23-34, 2010.

FERREIRA, L. C. M. ; AZZI, R. G. *Burnout* do Professor e Crenças de autoeficácia. **EccoS: revista científica**. São Paulo. n. 26, p. 179-191, jul./dez. 2011.

FERREIRA, L. C. M. Crenças de autoeficácia docente, satisfação com o trabalho e adoecimento. **Psicologia: ensino & formação**. v.5, n. 2, p. 19-37, 2014.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Boston, Massachusetts: Updyke, 1910.

FIGUEIREDO, J. F. C. et al. Effect of curriculum reform on graduating student performance. **Medical Teacher**. v. 26, n. 3, p. 244–249, 2004.

FRANCO, C. A. G. S. et al. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: relato de experiência e metaavaliação. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 39, n. 3, p. 433-441, 2015.

GOYA, A, BZUNECK, J. A, GUIMARÃES, S. E. R. Crenças de eficácia de professores e motivação de adolescentes para aprender física. **Psicologia Escolar e Educacional**. v.12, n. 1, p. 51-67, 2008.

GOMES, A, A. Estudo de Caso – planejamento e métodos. **Nuances: estudos sobre Educação**. Presidente Prudente, SP, ano XIV, v. 15, n. 16, p. 215-221, jan./dez.2008.

GOMEZ, M. V.; VIEIRA, J. E, SCALABRINI-NETO, A. análise do perfil do professor da área da saúde que usam a simulação como estratégia didática. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 2, p. 157-162, 2011.

GUERREIRO-CASANOVA, D. C. ; AZZI, R. G. personal and collective efficacy beliefs scales to educators: evidences of validity. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 399-409, set./dez. 2015.

GUERREIRO-CASANOVA, D. C. ; AZZI, R. G. Análise sobre variáveis explicativas da autoeficácia docente. **Educar em Revista**. Curitiba, n. 58, p. 237-252, out./dez. 2015.

HARDEN, R.M. et. al. Assessment of clinical competence using Objective Structured Examination. **British Medical Journal**, v.1, p. 447-451, 1975.

HARDEN, R. M. What is an OSCE?. **Medical Teacher**. v.10, p. 19–22, 1988.

HISSACHI, T. ; AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Currículo integrado por Competências Profissionais: reflexão sobre o trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Revista Gestão Universitária**. Disponível em: <http://www.gestauniversitaria.com.br/artigos/curriculo-integrado-por-competencias-profissionais> Acesso em: 18 out. 2016

HOWLEY, L. D. Performance Assessment in medical Education. **EVALUATION & THE HEALTH PROFESSIONS**. v. 27, n. 3, 285-303, sep., 2004.

IAOCHITE, R. T. **Auto-eficácia de docentes de educação física**. 2007, 157 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2007.

IAOCHITE, R. T. et al. Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 825-839, out./dez. 2011.

IAOCHITE, R. T, AZZI, R.G. Escala de fontes de autoeficácia docente: estudo exploratório com professores de educação física. **Psicologia Argumento**. v.30, n. 71, p. 659-669, out./dez, 2012.

IAOCHITE, R. T, COSTA-FILHO, R.A. Autoeficácia docente para o ensino de ginástica na escola: resultados de um projeto de extensão. **Rev. Triang**. v. 7, n. 1: 77-95, jan./jun. 2014.

IAOCHITE, R. T, NETO, S. S. Strength and sources of self-efficacy beliefs by physical education student teachers. **Motriz**. Rio Claro, v.20, n.2, p.143-150, apr./jun., 2014.

IAOCHITE, R. T. et al. Autoeficácia no campo educacional: revisão das publicações em periódicos brasileiros. **Psicologia Escolar e Educacional**. SP, v. 20, n. 1, p. 45-54, jan. / abr. 2016.

IAOCHITE, R. T, COSTA-FILHO, R. A. Teacher efficacy beliefs during the practicum experiences in physical education classes. **Motriz**, Rio Claro, v.22, n.3, p. 183-189, july/sept. 2016.

ISSENBERG, S. B, et. al. Features and uses of highfidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. **Medical Teacher**. v. 27 , n. 1, 2005.

JEWETT, A. E et. al. Educational change through a taxonomy for writing physical education objectives. **Quest**. v. 15, p. 32–38, 1971.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE; A. J. Mixed Methods Research: a research paradigm whose time has come. **Educational Researcher**. v. 33, p.14-26, 2004.

JONES, J.W. Personality and epistemology: cognitive social learning theory as a philosophy of science. **Zygon**. v. 24, n. 1, p. 23-38, 1989.

KHAN, K., RAMACHANDRAN, S. Conceptual framework for performance assessment: competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare – deciphering the terminology. **Medical Teacher**. v. 34, p. 920–928, 2012.

KHAN, K. Z. et. al. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: An historical and theoretical perspective. **Medical Teacher**. v. 35, p. 1437–1446, 2013.

KHAN, K. Z. et. al. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organization & Administration. **Medical Teacher**. v. 35, p.1447–1463; 2013.

KRATHWOHL, D. R. **Taxonomy of educational objectives**: The classification of educational goals; handbook 2: Affective domain, [S.I.]. New York: Longman, 1956.

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1 - 7, 2012.

MARTINS, S. M. S. **Atitude Profissional**: Um Estudo Avaliativo com Universitários no Internato Médico. 2013. 117 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

MATOS, M. M, IAOCHITE, R. T. Crenças de autoeficácia docente de pós-graduandos em Engenharia: um estudo exploratório. **Perspectiva**. Florianópolis, v. 35, n. 2, p. 615-637, abr./jun, 2017.

MAVIS, B. E. et. al. The emperor's new clothes: the OSCE reassessed. **Academic Medicine**. v. 71, p. 447-453, 1996.

MAZZONNI, C. J. ; MORAES, M. A. A. Experiências com OSCE na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). In: TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 285 – 296.

MCLEOD, S. A. Albert Bandura: social learning theory. **Simply Psychology**, 2011. Disponível em: <http://www.simplypsychology.org/bandura.html>. Acesso em: 18 out. 2016.

MEDEIROS, R. D. **Avaliação do conhecimento e de habilidades clínicas em saúde sexual e reprodutiva na graduação de Medicina**. 2012. 200 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.

MEDICAL COUNCIL OF CANADÁ (MCC). Guidelines for the development of objective structured clinical examination (OSCE) cases. **Le Conseil Médical du Canada**, 2013.



MEGALE, L. **Processos avaliativos no curso de medicina: desempenho dos estudantes em relação às competências em pediatria e sua significação pelo docente.** 2011. 149 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MEGALE, L. ; GONTIJO, E. D, MOTA, J. A. C. competências clínicas essenciais em pediatria: estão os estudantes aptos a executá-las? **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 36, n. 4, p. 478 – 488, 2012.

MEGALE, L. et al. percepções e sentimentos de professores de medicina frente à avaliação dos estudantes: um processo solitário. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 39, n. 1, p. 12-22, 2015.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine.** v. 65, n. 9 , p. 63-67, 1990.

MOONEN-VAN-LOON, J. M. W et al. Composite reliability of a workplace-based assessment toolbox for postgraduate medical education. **Advances in Health sciences education: theory and practice.** v.18, n. 5, p. 1087–1102, 2013.

MOREIRA. M. A. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. **Cadernos do Aplicação.** v. 11, n. 2, p. 143-156, 1998.

MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. **Aprendizagem Significativa em Revista.** v.1 , n. 3 , p. 25-46, 2011.

MOREIRA, M. A, MASINI, E.F.S. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Moraes, 1982.

NICOL, D., MACFARLANE-DICK, D. Formative assessment and selfregulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. **Studies in Higher Education.** v. 31, n. 2, p. 199 – 218, 2006.

NINA, K. C. F, et. al. Sources of Self-Efficacy in Teachers. **Revista de Psicología UNIVERSIDAD DE CHILE.** v. 25, n. 1, p. 1-20, 2016.

NORCINI, J. J, MCKINLEY, D. W. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education.** v. 23, p. 239-250, 2007.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v.32, n. 2, p. 210–216, 2008.

NUNES, S. O. V. et al. O ensino de habilidades e atitudes: um relato de experiências. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 37, n. 1, p. 126 – 131, 2013.

**OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION: OSCE MANUAL 2014.** Riyadh: Saudi Commission for Health Specialties, 2014. 33 p.

OLIVEIRA, M. A. W. ; CERESER, C. M. I. ; HENTSCHE, L. Tecnologias de informação e comunicação na educação musical: um estudo sobre a autoeficácia de professores de música no Brasil. **Percepta**. v. 3, n. 2, 81–99, 2016.

PAIVA, R. T. M. **Objective Structured Practical Examination (OSPE)** como instrumento de avaliação de habilidades no internato de cirurgia geral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. 2015. 53 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2015.

PANÚNCIO-PINTO, M. P. ; TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante – aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 47, n. 3, p. 314-23, 2014.

PAPADAKIS, M. A. The Step 2 clinical skills examination. **The New England Journal of Medicine**. v. 350 , p. 1703-1705, 2004.

PAJARES, F. Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. **Theory into Practice**, v.41, n.2, p.116-125, 2002.

PAJARES, F., OLAZ, F. Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, A., AZZI, R. G., POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 97 – 114.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002. Disponível em: <http://files.gpecea-usp.webnode.com.br/200000393-74efd75e9b/MEQII-2013-%20TEXTOS%20COMPLEMENTARES-%20AULA%205.pdf> Acesso em: 18 out. 2016.

PICCINATO, C. E. et al. Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 50, n. 1, p. 68-73, 2004.

POLYDORO, S. A. J. et.al. Escala de Auto-eficácia do professor de educação física. In: MACHADO, C., et.al. **Avaliação Psicológica: formas e contextos**. Braga: Psiquilíbrios edições, 2004. p. 330-337.

PURIM, K. S. M. ; SKINOVSKY, J. ; FERNANDES, J. W. Habilidades básicas para cirurgias ambulatoriais na graduação médica. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. v. 42, n. 5, p. 341-344, 2015.

RAMOS, V. et al. Percepção de autoeficácia docente: estudo com universitários de educação física. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 2, abr./jun, 2017.

ROCHA, M. S. **A autoeficácia docente no ensino superior**. 2009, 210 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, Campinas, 2009.

ROCHA, D. M., RICARDO, E. C. As crenças de autoeficácia de professores de Física: um instrumento para aferição das crenças de autoeficácia ligadas a Física Moderna e Contemporânea. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 31, n. 2, p. 333-364, ago. 2014.

ROCHA, M. S. Uma perspectiva para a compreensão da profissão docente no ensino médio: a Teoria Social Cognitiva. **Psicologia: Ensino & Formação**. v. 5, n. 2, p. 122-136, 2014.

ROCHA, D. M. ; RICARDO, E. C. As crenças de autoeficácia e o ensino de Física Moderna e Contemporânea. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, v. 33, n. 1, p. 223-252, abr. 2016.

ROSENHOLTZ, S. J. ; ROSENHOLTZ, S. H. Classroom organization and the perception of ability. **Sociology of Education**. v. 54, p.132-140, 1981.

SAMPAIO, A. M. B. **Percepção do discente de medicina sobre o exame clínico objetivo estruturado na formação acadêmica**. 2014. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

SAMPAIO, A. M. B. ; PRICINOTE, S. C. M. N. ; PEREIRA, E. R. S. Avaliação Clínica Estruturada. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.5, n.2, p. 410-426, 2014.

SANINI, C, BOSA, C. A. Autismo e inclusão na educação infantil: Crenças e autoeficácia da educadora. **Estudos de Psicologia**. v. 20, n. 3, p. 173-183, jul/set, 2015.

SANTOS, I. S. ; VIEIRA, J. E. ; NUNES, M. P. T. Length of internship influences performance on Medical Residency Exam. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 55, n. 6, p. 744-748, 2009.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SCHUNK, D.H. Goal setting and self-efficacy during self-regulated learning. **Educational Psychologist**. v. 25, n. 1, p. 71-86, 1990.

SOMBRA-NETO, L. L. et al. Habilidade de comunicação da má notícia: o estudante de medicina está preparado? **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 41 , n. 2, p. 260 – 268, 2017.

SOUZA, R. G. S. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 1 – 11.

SOUZA, S. L. P. A. ; INOCENTE, N. C.; ARAUJO, E. A. S. Autoeficácia no trabalho docente: o uso de tecnologia digital e virtual no processo de ensino e aprendizagem. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 12, n. 5, p. 328-348, dez. 2016.

STERN D. T.; WOJTCZAK A. ; SCHWARZ R. The assessment of global minimum essential requirements in medical education. **Medical Teacher**. v. 25, n. 6, p. 589-595, 2003.

TAVAKOL M. ; DENNICK R. Post Examination Analysis of Objective Tests: AMEE Guide 54. **Medical Teacher**. v. 33, p. 245–248, 2011.

TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TEMPSKI, P. Z. ; MARTINS, M. A. O papel da avaliação de habilidades clínicas na educação médica no Brasil. In: TIBÉRIO, I. F. L. C, et. al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 303 – 308.

TEMPSKI, P. Z. ; MARTINS, M. A. Modelos Teóricos do Processo Ensino-Aprendizagem Aplicados às Estratégias Educacionais de Simulação. In: SCALABRINI-NETO, A.; FONSECA, A. S. ; BRANDÃO, C. F. S. **Simulação Realística e Habilidades na Saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 1 – 10.

THOMAS, R. M. Social Learning Theory. In: **The Encyclopedia of Human Development and Education: Theory, Research, and Studies**. Thomas, RM (Ed). Pergamon Press: New York, 1990.

TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de Medicina. **Medicina, Ribeirão Preto**. v.29, p. 429-439, 1996a.

TRONCON, L. E. A, et al. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: descrição de dois métodos (Parte I). **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 20, n 2/3, maio/dez, 1996b.

TRONCON, L. E. A, et al. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: uma aplicação no Brasil (Parte II). **Revista Brasileira de Educação Médica**., Rio de Janeiro, v. 20, n° 2/3, maio/dez, 1996c.

TRONCON, L. E. A. et al. A standardized, structured long-case examination of clinical competence of senior medical students. **Medical Teacher**, v. 22, n. 4, 2000.

TRONCON, L. E. A. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an “OSCE” (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. São Paulo Medical Journal — **Revista Paulista de Medicina**. v. 122 , n. 1, p. 12-17, 2004.

TRONCON, L.E.A. Significance of experts’ overall ratings for medical student

competence in relation to history-taking **São Paulo Medical Journal — Revista Paulista de Medicina**. v.124, n. 2 , p.101-104, 2006.

TRONCON, L. E. A. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. **Medicina, Ribeirão Preto**. v. 40, n. 2 , p. 180-191, abr./jun. 2007.

TRONCON, L. E. A. Métodos Estruturados de Avaliação Prática de Habilidades Clínicas. In:TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 55 – 73.

TSCHANNEN-MORAN, M., WOOLFOLK-HOY, A., HOY, W. K. Teacher efficacy: Its meaning and measure. **Review of educational research**. v.68, p. 202-248, 1998.

TSCHANNEN-MORAN, M.,WOOLFOLK HOY, A. Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. **Teaching and Teacher Education**, 17, p. 783-806, 2001.

TSCHANNEN-MORAN, M. ; BARR, M. Fostering student learning: The relationship of collective teacher efficacy and student achievement. **Leadership and policy in schools**. v.3 , n. 3, p. 187-206, 2004.

TURINI, B. et. al. Experiência da Universidade Estadual de Londrina (UEL) na Avaliação Sistematizada de Habilidades Clínicas e Atitudes: uma Crítica. In: TIBÉRIO, I. F. L. C, et al. **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 203 – 221.

VALE, A. J. M. **Atividade de formação Inter profissional em urgência pré-hospitalar**. 2015. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2015.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M, ; SCHUWIRTH, L. W. T. Assessing professional competence: from methods to programmes. **Blackwell Publishing Ltd MEDICAL EDUCATION**. v. 39 , p. 309–317, 2005

VEIGA, M. A. M. **Métodos de avaliação na formação médica**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) - Fundação Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2015.

WAAS, V. et al. Assessment of Clinical Competence. **Lancet**. v. 357 , p 945-949, 2001.

YIN, R. K. **Estudo de casos: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE**

**PREZADO (A) PROFESSOR (A),**

**ESTE QUESTIONÁRIO FOI DESENVOLVIDO PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O (A) PARTICIPANTE DESSE ESTUDO. SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS.**

**AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO.**

**NÚMERO SEQUENCIAL:**

**2. IDADE: \_\_\_\_\_ ANOS.**

**3. GÊNERO:**

**MASCULINO  FEMININO**

**4. ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO/LICENCIATURA: \_\_\_\_\_**

**5. TIPO DE INSTITUIÇÃO QUE CURSOU A GRADUAÇÃO:**

**PÚBLICA  PRIVADA**

**6. CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO:**

**EM ANDAMENTO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_**

**ESPECIALIZAÇÃO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_**

**MESTRADO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_**

**DOUTORADO  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_**

**OUTROS  ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_**

**NÃO SE APLICA**

**7. TIPO DE INSTITUIÇÃO QUE CURSOU A PÓS-GRADUAÇÃO:**

**PÚBLICA  PRIVADA  NÃO SE APLICA**

**8. TEMPO QUE ATUA COMO PROFESSOR (A): \_\_\_\_\_ ANOS.**

**9. JORNADA DE TRABALHO NA SEMANA: \_\_\_\_\_ HORAS/AULA SEMANAIS.**

**10. ÁREA DE ATUAÇÃO NO OSCE:**

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

**11. VOCÊ SENTE QUE PODE EXPRESSAR LIVREMENTE SUAS IDEIAS EM REUNIÕES PEDAGÓGICAS OU INSTITUCIONAIS.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **12. VOCÊ SE SENTE APOIADO (A) PELOS COLEGAS DE TRABALHO.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **13. VOCÊ SE SENTE PREPARADO (A) PARA EXERCER SUA ATIVIDADE DOCENTE.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **14. ATUALMENTE, VOCÊ SE SENTE SATISFEITO (A) COMO DOCENTE.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **15. O OSCE PROPORCIONA CONHECIMENTO AO ALUNO ATRAVÉS DA DEVOLUTIVA (FEEDBACK).**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **16. A PRÁTICA SISTEMATIZADA COM MANEQUINS DE COMPLEXA SIMULAÇÃO (PACIENTE REAL DE ALTA FIDELIDADE) USADA NO OSCE É PRIMORDIAL PARA SUA EFICÁCIA.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **17. O OSCE PROMOVE INTEGRAÇÃO CURRICULAR DE VÁRIAS DISCIPLINAS.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **18. O NÍVEL DE DIFICULDADE DA SIMULAÇÃO É UMA CARACTERÍSTICA IMPORTANTE.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **19. COMO A SIMULAÇÃO UTILIZADA NO OSCE APRESENTA UMA AMPLA VARIEDADE DE CONDIÇÕES CLÍNICAS CONHECIDAS É MAIS EFICAZ EM DESENVOLVER E CORRIGIR DIVERSAS HABILIDADES DO QUE A PRÁTICA REAL.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **20. O OSCE PROPORCIONA UM MEIO AMBIENTE CONTROLADO ONDE O ALUNO PODE FAZER, DETECTAR E CORRIGIR O ERRO SEM CONSEQUÊNCIA ADVERSA.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **21. O OSCE É UMA ATIVIDADE QUE PREPARA O ALUNO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL.**DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE **22. O OSCE VALORIZA A APRENDIZAGEM INDIVIDUALIZADA E A IMPORTÂNCIA DE CONTAR COM EXPERIÊNCIAS EDUCATIVAS REPRODUZÍVEIS, ESTANDARDIZADAS, AS QUAIS OS ESTUDANTES SÃO PARTICIPANTES ATIVOS E NÃO PASSIVOS.**

DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE

**23. O OSCE APRESENTA RESULTADOS DEFINIDOS, CONTA COM OBJETIVOS CLARAMENTE TANGÍVEIS E CONDUZ OS ESTUDANTES A DOMINAR HABILIDADES.**

DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE

**24. O OSCE RELACIONA EVIDENCIAS CIENTIFICAS COM A SIMULAÇÃO O QUE PROPORCIONA APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA.**

DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE

**25. COM A IMPLEMENTAÇÃO DO OSCE NESTA INSTITUIÇÃO, VOCÊ SENTIU MAIOR SEGURANÇA PARA EXERCER SUA ATIVIDADE DOCENTE E MAIOR EFICÁCIA NO APRENDIZADO DISCENTE.**

DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE

**26. O OSCE ESTIMULA E PROPORCIONA CONDIÇÕES PARA ATUALIZAÇÃO DO PROFESSOR.**

DISCORDA TOTALMENTE  DISCORDA  SEM OPINIÃO  CONCORDA  CONCORDA TOTALMENTE



**ANEXO B - ESCALA DE AUTOEFICÁCIA DE PROFESSOR  
(POLYDORO, WINTERSTEIN, AZZI CARMO E VENDITTI JUNIOR, 2004)**

**PREZADO (A) DOCENTE:**

ESTE INSTRUMENTO FOI DESENVOLVIDO PARA OBTER UM MELHOR CONHECIMENTO A RESPEITO DE SUA PERCEPÇÃO PERANTE A TAREFA DE ENSINAR NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. POR GENTILEZA, INDIQUE SUA OPINIÃO SOBRE CADA UM DOS ITENS ABAIXO.

MARQUE SUA RESPOSTA EM UMA ESCALA DE 1 A 6, REPRESENTANDO UM CONTÍNUO ENTRE POUCO E MUITO. É RELEVANTE MENCIONAR QUE NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS.

**1º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA LIDAR COM OS ALUNOS (AS) MAIS DIFÍCEIS?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**2º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA AJUDAR SEUS ALUNOS (AS) A PENSAR CRITICAMENTE?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**3º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA CONTROLAR COMPORTAMENTOS PERTURBADORES NA AULA?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**4º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA MOTIVAR ALUNOS (AS) QUE DEMONSTRAM BAIXO INTERESSE NA ATIVIDADE?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**5º) ATÉ QUE PONTO VOCÊ PODE FAZER COM QUE SUAS EXPECTATIVAS SEJAM CLARAS EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO DO ALUNO?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**6º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER COM QUE OS ALUNOS (AS) ACREDITEM QUE PODEM REALIZAR BEM AS ATIVIDADES?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**7º) QUÃO BEM VOCÊ PODE RESPONDER A QUESTÕES DIFÍCEIS FEITAS PELOS ALUNOS (AS)?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**8º) QUÃO BEM VOCÊ PODE ESTABELECEER ROTINAS PARA MANTER AS ATIVIDADES ACONTECENDO DE FORMA TRANQUILA?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**9º) QUANTO VOCÊ PODE AJUDAR SEUS ALUNOS (AS) A DAR VALOR A APRENDIZAGEM?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

**10º) QUANTO VOCÊ PODE AVALIAR A COMPREENSÃO DOS ALUNOS (AS) SOBRE O QUE ENSINOU?**

( ) 1 POUCO ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 MUITO

11º) ATÉ QUE PONTO VOCÊ PODE CRIAR BOAS QUESTÕES PARA SEUS ALUNOS (AS)?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

12º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA ENCORAJAR A CRIATIVIDADE DOS ALUNOS (AS)?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

13º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA QUE OS ALUNOS (AS) SIGAM AS REGRAS DA AULA?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

14º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA MELHORAR A COMPREENSÃO DE UM ALUNO (A) QUE ESTÁ FRACASSANDO?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

15º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA ACALMAR UM ALUNO (A) QUE É PERTURBADOR (A) OU BARULHENTO (A)?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

16º) QUÃO BEM VOCÊ PODE ESTABELECEER UM SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA AULA COM CADA GRUPO DE ALUNOS (AS)?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

17º) QUANTO VOCÊ PODE FAZER PARA AJUSTAR SUAS ATIVIDADES AO APROPRIADO NÍVEL INDIVIDUAL SOA ALUNOS (AS)?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

18º) QUANTO VOCÊ PODE UTILIZAR UMA VARIEDADE DE ESTRATÉGIAS PARA AVALIAÇÃO?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

19º) QUÃO BEM VOCÊ PODE EVITAR QUE ALGUNS ESTUDANTES PROBLEMAS ARRUÍEM UMA AULA INTEIRA?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

20º) ATÉ QUE PONTO VOCÊ PODE PROPOR UMA EXPLICAÇÃO OU EXEMPLO ALTERNATIVO QUANDO OS ALUNOS (AS) ESTÃO CONFUSOS?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

21º) QUÃO BEM VOCÊ PODE RESPONDER A UM ALUNO DESAFIADOR?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

22º) CASO FOSSE POSSÍVEL, QUANTO VOCÊ PODE ORIENTAR OS PAIS A AJUDAR OS FILHOS A REALIZAREM BEM AS ATIVIDADES ACADÊMICAS?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

23º) QUÃO BEM VOCÊ PODE IMPLEMENTAR ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS NA SUA AULA?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

24º) QUÃO BEM VOCÊ PODE PROVIDENCIAR DESAFIOS APROPRIADOS PARA ALUNOS (AS) MUITO CAPAZES?

( ) 1 Pouco ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 Muito

## ANEXO C - ESCALA SOBRE FONTES DE AUTO-EFICÁCIA

PREZADO(A) PROFESSOR(A),

CONSIDERANDO SUAS RESPOSTAS NA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA DE PROFESSOR APONTE EM QUE MEDIDA VOCÊ CONCORDA QUE AS AFIRMAÇÕES ABAIXO ESTÃO RELACIONADAS COM A CONSTRUÇÃO DE SUAS CRENÇAS SOBRE SUA CAPACIDADE PARA ENSINAR. PARA RESPONDER, LEVE EM CONSIDERAÇÃO SUA REALIDADE COMO PROFESSOR(A) DE **MEDICINA**, SEU PÚBLICO ALVO E A INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA. POR FAVOR, INDIQUE SUA OPINIÃO SOBRE CADA UMA DAS AFIRMAÇÕES ABAIXO MARCANDO SUA RESPOSTA NUMA ESCALA DE 1 A 6, REPRESENTANDO UM CONTÍNUO ENTRE TOTALMENTE FALSO E TOTALMENTE VERDADEIRO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. SUAS RESPOSTAS SÃO CONFIDENCIAIS. AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO.

**1. O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR DIZ RESPEITO ÀS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS E QUE FORAM IMPORTANTES PARA MIM.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**2. OBSERVAR PROFESSORES HABILIDOSOS DANDO AULAS CONTRIBUI PARA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**3. OUVIR COMENTÁRIOS SOBRE MEU TRABALHO COMO PROFESSOR (A), FEITOS POR PROFESSORES QUE ADMIRO, INFLUENCIA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**4. QUANDO PERCEBO QUE ESTOU ANSIOSO (A), ISSO AFETA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**5. AS EXPERIÊNCIAS DIRETAS DA MINHA PRÁTICA DOCENTE AFETAM O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**6. ASSISTIR FILMES E OU VÍDEOS DE PROFESSORES COMPETENTES CONTRIBUI PARA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**7. COMENTÁRIOS QUE DESVALORIZAM MINHA PRÁTICA DOCENTE AFETAM O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**8. SINTOMAS COMO O CANSAÇO, DORES, IRRITAÇÃO SÃO INDICATIVOS QUE AFETAM O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**9. QUANDO COMETO ERROS, ISSO AFETA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**10. QUANDO VISUALIZO MENTALMENTE EXPERIÊNCIAS DE SUCESSO EM MINHA PRÁTICA DOCENTE, ISSO CONTRIBUI PARA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO    2    3    4    5    6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**11. RECEBER COMENTÁRIOS DOS MEUS ALUNOS AVALIANDO MINHA PRÁTICA DOCENTE INFLUENCIA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**12. A PERCEPÇÃO DE SENTIMENTOS POSITIVOS DURANTE MINHA PRÁTICA DOCENTE CONTRIBUI QUANDO PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**13. ENFRENTAR SITUAÇÕES DESAFIADORAS E QUE DESPENDEM MAIS ESFORÇO COMO PROFESSOR (A), CONTRIBUI PARA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**14. OBSERVAR PROFESSORES COMPETENTES EXPLICANDO SOBRE A PRÁTICA DOCENTE – O QUE FAZEM, COMO FAZEM ETC. - INFLUENCIA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**15. OUVIR COMENTÁRIOS DE PESSOAS QUE ADMIRO RECONHECENDO O MEU PROGRESSO COMO PROFESSOR (A) AFETA O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

**16. MUDANÇAS NO MEU HUMOR DURANTE MINHA PRÁTICA COMO PROFESSOR (A) AFETAM O QUE PENSO SOBRE MINHA CAPACIDADE PARA ENSINAR.**

1 TOTALMENTE FALSO  2  3  4  5  6 TOTALMENTE VERDADEIRO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “**AUTOEFICÁCIA DO DOCENTE DE MEDICINA NA UTILIZAÇÃO DO *OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION* (OSCE)**”

Nome do (a) Pesquisador (a): Rebeca Carvalho Bressa

Nome do (a) Orientador (a): Camélia Santana Murgio

**1. Natureza da pesquisa:** o (a) Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a relação entre a autoeficácia docente e a efetividade na aplicação do OSCE como instrumento de avaliação formativa.

**2. Participantes da pesquisa:** setenta docentes do curso de Medicina que aplicam OSCE do nono ao décimo segundo período.

**3. Envolvimento na pesquisa:** para participar da pesquisa você será entrevistado (a) pela pesquisadora Rebeca Carvalho Bressa. Esta entrevista ajudará a pesquisadora a compreender como você compreende as crenças de autoeficácia no exercício da prática docente em um processo avaliativo formativo e suas relações com intuito de contribuir para o seu desenvolvimento profissional. Os encontros acontecerão na universidade em dia e horário previamente agendados. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

**4. Riscos e desconforto:** Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

**5. Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

**6. Benefícios:** ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes a respeito das crenças de autoeficácia docente na utilização do OSCE e suas relações, e que tais informações cooperem para o aprimoramento de suas atividades. A pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

**7. Pagamento:** o (a) Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa ao participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

---

Nome e assinatura do Participante da Pesquisa

---

RG ou CPF do Participante da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora

---

Assinatura da Orientadora

**Pesquisadora: Rebeca Carvalho Bressa (18) 99728-6724**

**Orientadora: Camélia Santana Murgio (14) 99614-0117**

**Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa: Profa. Dra. Gisele Alborgheti Nai**

**Vice Coordenadora: Profa. Dra. Rosa Maria Barilli Nogueira**

**Telefone do Comitê: 3229-2077**

**E-mail [cep@unoeste.br](mailto:cep@unoeste.br)**