

Percepção de Discentes de Medicina sobre o Feedback no Ambiente de Aprendizagem

Medical Students' Views on Feedback in the Learning Environment

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote^{1,II}
Edna Regina Silva Pereira^I

PALAVRAS-CHAVE

- Retroalimentação Psicológica;
- Estudantes de Medicina;
- Ensino;
- Aprendizagem;
- Educação Médica;
- Avaliação Educacional.

KEYWORDS

- Feedback, Psychological;
- Medical Students;
- Teaching;
- Learning;
- Medical Education;
- Educational Assessment.

RESUMO

O feedback é descrito na literatura como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado, mas, na prática, ocorre raramente e/ou de forma ineficaz. O objetivo deste trabalho foi avaliar como estudantes de cursos de Medicina percebem o feedback educacional e identificam as características positivas e negativas, de docentes e discentes, associadas à realização do feedback. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por meio de grupos focais com alunos do quarto ano ou oitavo período de três faculdades de Medicina. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, criando-se as seguintes categorias: características do feedback recebido, fatores relacionados à ocorrência do feedback, características do docente para dar o feedback e características do discente para receber o feedback. Observou-se que, independentemente da instituição e do modelo curricular, na percepção dos participantes da amostra, a prática do feedback precisa ser melhorada nos ambientes de ensino e aprendizagem. Deve-se estimular tanto os docentes a dar o feedback, quanto os discentes a buscar recebê-lo, para que seja uma prática regular, contínua e com qualidade.

ABSTRACT

Although feedback is described in literature as capable of powerfully affecting learning, in practice it rarely occurs and/or is ineffective. The aim of this research was to gauge how medical students view educational feedback, and to identify the positive and negative characteristics of both teachers and students involved with the completion of feedback. Qualitative in nature, the study collected data via focus groups of fourth-year or eighth-term students at three medical schools. Thematic analyses revealed four major themes: the characteristics of feedback received, factors related to the occurrence of feedback, characteristics of the teacher to have provided feedback, and characteristics of the student to have received feedback. Regardless of the institution and the curriculum model, this sample suggested that the practice of feedback needs to be improved in the teaching and learning environments. Teachers should be encouraged to provide feedback and students should seek it out, so that it becomes a regular, continuous, and quality practice.

Aprovado em: 05/03/2014

Reencaminhado em: 23/12/2014

Reencaminhado em: 17/07/2015

Aprovado em: 26/02/2016

^I Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

^{II} Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, GO, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na Medicina, o foco educacional mudou da aquisição de conhecimento e treinamento prolongado para alcance de objetivos de aprendizado e preparação dos graduandos para responder às demandas de saúde individual, coletiva e do sistema de saúde¹. Espera-se que estudantes desenvolvam competências específicas para desempenho profissional. A avaliação da aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos gera informações sobre desempenho do estudante. Neste contexto, emerge a importância do *feedback*¹.

Feedback é uma informação específica sobre a comparação entre observação da *performance* ou do conhecimento de um aluno no desempenho de uma tarefa e *performance* ou conhecimento padrão desejado com a intenção do aprimoramento do mesmo, reduzindo a distância existente entre o ideal e a prática^{2,3}.

Na perspectiva construtivista, *feedback* não é apenas uma informação transmitida de professor para aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação⁴. O estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para que possa confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, as habilidades e as atitudes, desenvolvendo novas ideias e capacidades². Torna-se o processo um diálogo entre o provedor e o receptor, importante em si, assegurando que a mensagem foi recebida, como foi interpretada e como precisa ser contextualizada e colocada em prática em nova oportunidade^{2,5}.

Define-se *feedback* efetivo como aquele capaz de gerar resultados, ou seja, um desenvolvimento positivo e desejável por meio de uma informação oferecida sobre *performance* ou conhecimento prévio^{6,7}. Para tanto, todas as fases (tarefa, observação, informação gerada) devem ser detalhadas, compreensíveis, com significado para o indivíduo, baseadas na realidade vivenciada, com objetivos claros e oferecer apoio ao processo de ensino-aprendizagem^{8,9}.

Na literatura, *feedback* é descrito como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado^{1,2,6,10,11,12}, embora na prática ocorra raramente ou de forma ineficaz^{2,10,11,12}. Portanto, são necessários estudos qualitativos e quantitativos que investiguem o *feedback* no ambiente de ensino-aprendizagem^{2,10}.

O objetivo deste trabalho foi avaliar como estudantes de cursos de Medicina percebem o *feedback* educacional e identificam as características positivas e negativas, de docentes e discentes, associadas à realização do *feedback*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Com a finalidade de analisar a percepção de um grupo sobre um assunto específico, utilizou-se a abordagem qualitativa de pesquisa, e na coleta de dados foi empregada a técnica de grupo focal^{13,14}.

O critério de inclusão para participar da amostra foi: indivíduo que estivesse cursando quarto ano ou oitavo período de uma das faculdades de Medicina do Estado de Goiás.

Em Goiás, no período da pesquisa, quatro instituições de ensino superior ministravam curso de Medicina¹⁵. A instituição pública federal, criada em 1960, utiliza metodologia tradicional de ensino com algumas inovações curriculares desde 2003¹⁶. Nas outras três, os cursos de Medicina foram criados após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelo Conselho Nacional de Educação em 2001, sendo dois estabelecimentos privados e um municipal. Nestes três cursos de Medicina, os currículos adotam metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem baseada em problemas e a problematização^{15,17}.

Compor o grupo focal com alunos do quarto ano ou do oitavo período do curso de Medicina foi uma escolha intencional¹⁸, a fim de que a amostra fosse composta por alunos que cursaram a maior parte da graduação antes de iniciar o internato. Por isso, apenas duas instituições privadas e a instituição pública federal tiveram representantes na amostra, uma vez que o curso de Medicina não representado teve atividades iniciadas em 2012.

Estabeleceu-se contato prévio com as secretarias dos cursos para obtenção da lista de matriculados que se encaixavam no critério de inclusão. Selecionou-se a amostra estudada de forma aleatória, por sorteio via Microsoft® *software* Office Excel¹⁹, sendo recrutada por contato telefônico. Os estudantes foram convidados para discutir um tema de educação médica, mas a temática específica lhes foi ocultada.

Grupos focais ocorreram entre outubro e dezembro de 2013. Para garantir que cada grupo focal tivesse entre 4 e 12 participantes, conforme orientado pela literatura^{18,20,21}, convidaram-se 18 alunos de cada instituição, por reconhecer que imprevistos poderiam impedir a presença de alguns alunos confirmados no dia agendado, garantindo a aleatoriedade do sorteio. Atenderam ao recrutamento 12 alunos de uma das instituições, sete alunos de outra e seis alunos da terceira.

A duração do debate foi de 60 minutos em dois grupos e 90 minutos no outro. Finalizou-se cada grupo focal quando se obteve a saturação do tema proposto, porque o objetivo não é a representatividade dos dados, mas, sim, a diversidade e a profundidade da informação e a compreensão, como em ou-

tros métodos qualitativos, de que a coleta de dados está concluída quando o material coletado é redundante¹⁸.

Realizou-se a análise dos dados por meio da técnica de análise de conteúdo, primando por descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto nas discussões dos grupos focais com a finalidade de interpretá-lo²². Dentre várias modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática fundamentada em Minayo²² e Bardin²³, por ser apropriada a investigações qualitativas em saúde¹⁴.

Após a transcrição das falas dos grupos focais, utilizou-se o *software* Atlas.ti versão 7.0.77²⁴ para separar falas semelhantes, facilitando a organização da codificação e da categorização dos dados.

Definiram-se categorias e subcategorias (Quadro 1) tanto *a priori*, baseadas nos objetivos do trabalho e no roteiro de debate utilizado para a condução do grupo focal (Quadro 2), como com base nas que emergiram das falas dos participantes.

QUADRO 1 Categorias e subcategorias	
1. Características do <i>feedback</i> recebido	Positivas Negativas
2. Fatores relacionados à ocorrência do <i>feedback</i>	Facilitadores Dificultadores
3. Características do docente para dar o <i>feedback</i>	Positivas Negativas
4. Características do discente para receber o <i>feedback</i>	

QUADRO 2 Roteiro de debate para condução dos grupos focais	
Sobre <i>feedback</i> , vamos discutir algumas questões:	
1. Como o <i>feedback</i> foi ministrado para vocês?	
2. O que vocês consideram um bom <i>feedback</i> ? Descrevam suas características.	
3. Em algum momento o <i>feedback</i> ministrado não foi considerado adequado? Por quê?	
4. Em sua opinião, quais características/qualidades um professor deve ter para dar um <i>feedback</i> efetivo?	
5. Em sua opinião, quais características/qualidades um aluno deve ter para receber um <i>feedback</i> efetivo?	
6. Para finalizar, como vocês gostariam de receber um <i>feedback</i> ?	

A coleta de dados iniciou-se após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição proponente e das duas instituições coparticipantes, sob o protocolo CAAE da Plataforma Brasil 14771213.9.0000.5078.

Iniciaram-se os grupos focais após concordância dos estudantes participantes com os propósitos da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desenvolveu-se todo o estudo contemplando preceitos éticos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde²⁵.

Os grupos focais receberam um código com a letra inicial das palavras “Grupo Focal” (GF) seguido dos números 1, 2 e 3, a fim de garantir o anonimato dos discentes e das instituições participantes.

RESULTADOS

Características positivas do *feedback* recebido

Quatro características positivas emergiram em todos os grupos para que um *feedback* fosse considerado efetivo.

Uma característica foi o *feedback* ser individual, oferecendo oportunidade de discussão:

*Quando você errava uma questão, ela escrevia o que você errou, o motivo do erro e a resposta certa com justificativa. No final do módulo, ela chamava individualmente e tentava entender por que você tinha acertado questões não discutidas e errava questões discutidas. Mas *feedback* individual foi pouco. Quando tinha, era coletivo. Coletivamente, perde o sentido. (GF1)*

Bohnacker-Bruce²⁶ revelou que satisfação e engajamento de estudantes com *feedback* se relacionam diretamente com *feedback* individual, embora uma minoria dos estudantes tenha essa oportunidade. Poulos e Mahony²⁷ também ressaltaram preferência por *feedbacks* específicos para o indivíduo e não gerais para toda a classe.

Outra característica positiva encontrada foi a importância de o *feedback* ser imediato para ser considerado uma forma de ensino efetiva:

*Em cada estação que passávamos tinha *feedback* do professor. Você acabou de passar pela estação, acabou de vivenciar a situação, e o professor, em seguida, te avaliava, falando o que você fez bem ou o que você fez errado. Acho muito positivo porque é uma forma de ensino efetiva. (GF2)*

Em relação ao tempo apropriado para dar *feedback*, Bohnacker-Bruce²⁶ trouxe que estudantes consideram até duas semanas um tempo oportuno de *feedback*; se for mais do que isso, perde-se efetividade para a aprendizagem porque não é possível colocá-lo em prática. Weaver²⁸ mostrou que em mais

de 40% dos cursos de Administração a área mais fraca do *feedback* se correlaciona ao tempo de provisão: o *feedback* é muito tardio para ser útil. Troncon²⁹ descreveu que, se o estudante não receber *feedback* imediatamente, ele terá seus esforços desviados para um novo conteúdo, e o *feedback* será irrelevante para esse novo momento e, provavelmente, não resultará em aprendizado.

Estudantes participantes da amostra relataram que o *feedback* deve apontar como melhorar quando for detectado erro, para contribuir com o aprendizado:

Ele tem que mostrar qual caminho você deve seguir. Não adianta a pessoa só apontar erros e não te mostrar como contornar a situação e crescer. Agora sei o que errei, mas não sei como vou consertar. Como vou melhorar? Gosto daquele professor que aponta seu erro e te mostra no que você pode melhorar e como melhorar. (GF3)

A última característica positiva ressaltada foi a necessidade de nova oportunidade para colocar em prática o *feedback* recebido:

Na OSCE, queríamos ter a oportunidade de fazer novamente para aproveitar esse feedback recebido e fazer melhor da próxima vez. (GF2)

Ramani e Krackov¹ descreveram que o *feedback* deve ser dado ao longo das disciplinas e não apenas ao final, para ter a oportunidade de ser praticado e deve ser acompanhado por justificativas de áreas que precisam ser melhoradas e por um plano de ação para alcançar os objetivos levantados.

Outro estudo sobre características do *feedback* na medicina, na música e no esporte apontou como características positivas: específico, imediato, ter credibilidade, passível de ser colocado em prática e obter melhora da *performance* ao ser praticado¹².

Características negativas do feedback recebido

Apontaram-se quatro características negativas de um *feedback*: utilização de frases críticas sem conteúdo, comentário focado na pessoa e não na tarefa, exposição depreciativa do aluno perante a turma e/ou pacientes e não discussão das avaliações de conhecimento, com apenas entrega de gabarito.

Sobre a utilização de frases críticas sem conteúdo, registraram-se algumas falas:

Na maioria dos feedbacks recebidos, o professor fala seu erro, mas não explica. Não é adequado. (GF1)

“Até hoje você não aprendeu isso?”. Essa expressão surge no ambulatório. (GF3)

Watling *et al.*³⁰ observaram que estudantes de Medicina gostam de *feedbacks* tanto positivos quanto negativos. Nos comentários negativos, ressaltaram a importância de serem acompanhados por um plano de ação para melhoria. Em outra pesquisa de Watling *et al.*¹², participantes da amostra ressaltaram maior frequência de devolutivas vagas e não específicas na medicina do que no esporte ou na música e que, em qualquer contexto de aprendizado, *feedbacks* com tais características são depreciados por eles. Sugeriram que, na medicina, seria interessante estipular tarefas desafiadoras com metas claras e consequentes *feedbacks* alinhados.

Weaver²⁸ demonstrou que estudantes consideram como características não proveitosas do *feedback*: ser geral ou vago, não conter sugestões de melhorias e focar apenas características negativas.

Outra característica negativa do *feedback* evidenciada nesta pesquisa foi focar o comentário no indivíduo e não na tarefa:

Você tirou uma nota ruim. O professor vem achando que sabe tudo, descasca em cima de você, ultrapassa a linha da faculdade e começa a atingir coisas que não dizem respeito a nenhum professor. “Você é um cara desinteressado, não dá valor a pai nem a mãe”. Isso é um feedback muito ruim que não deve ser citado. (GF3)

Nicol e Macfarlane-Dick⁴ ressaltaram que o *feedback* deve focar a tarefa e não o indivíduo, pois fazer comentários sobre características pessoais pode ter efeito negativo na atitude, no desempenho, no relacionamento e no aprendizado.

Reduz-se a efetividade do *feedback* à medida que a atenção se desloca da tarefa para o indivíduo; essencialmente, um *feedback* ameaçador da autoestima raramente resulta em melhoria de desempenho, elucidando a tendência de alguns alunos a descartar o *feedback* que eles percebem como crítica¹².

Exposição depreciativa do aluno perante a turma e/ou pacientes, levando ao constrangimento, foi outra característica negativa ressaltada pelos participantes:

Você está no ambulatório e o professor começa a brigar com você e a falar tudo o que você está fazendo de errado na frente do paciente e dos colegas. Você não sabe onde colocar sua cara. “Como você não sabe isso? Era para estar sabendo. Todo mundo sabe! Chama qualquer pessoa na rua e ela vai saber. Está no livro, você tem que saber”. Até paciente fica com vergonha por você. (GF2)

Segundo Stone³, alguns alunos não valorizam o *feedback* devido a experiências negativas prévias, o que aponta a necessidade de devolutivas dialogadas para a superação de traumas e o engajamento do aluno com o *feedback* recebido, com consequente melhoria do desempenho.

Zeferino et al.³¹ orientaram a necessidade de dar o *feedback* em ambiente reservado, garantindo privacidade, sem exposição e sem constrangimento do indivíduo.

A última característica negativa encontrada foi a não discussão das avaliações de conhecimento, com apenas entrega do gabarito das provas:

Após as provas objetivas, entregam o gabarito sem dar explicação, sem discutir a questão e muitas vezes sem se importar com questões que a maioria errou, saber o porquê e ver o que precisaria melhorar na matéria. (GF2)

Hounsell³² revelou insatisfação de estudantes com a frequência e a qualidade do *feedback* escrito em avaliações de conhecimento.

Burr et al.³³ propuseram facilitar o *feedback* escrito por meio do *blueprint*, ou seja, mapeamento da avaliação somativa de seus objetivos de aprendizagem mais relevantes, possibilitando ao discente reconhecer os objetivos e monitorar a eficácia do seu aprendizado, sendo uma opção para o docente dar devolutivas a um grande número de alunos, economizando tempo.

Fatores facilitadores relacionados à ocorrência do *feedback*

Listaram-se três fatores facilitadores para ocorrência do *feedback*. Observação direta pelo avaliador, geralmente professor, foi um fator relatado:

Quando o professor é mais interessado, ele fica do seu lado vendo você fazer os exames. Ele olha o que você está fazendo errado e ensina de novo. (GF2)

Em Watling et al.³⁰, estudantes de Medicina identificaram como forte preditor de credibilidade do *feedback* a observação direta de seus desempenhos em tarefas específicas. Entretanto, frequentemente relataram receber *feedback* de seus desempenhos sem ser observados diretamente. Este achado também vai ao encontro de Mazor et al.³⁴ e Bok et al.³⁵, em que discentes associam a observação do seu desempenho como fonte de informação para o observador dar devolutivas, relacionando diretamente a quantidade de atividades sob observação com a frequência do *feedback*.

Pelgrim et al.³⁶ reportaram que, quando a observação direta e o *feedback* são planejados entre residentes médicos e seus

preceptores, há maior probabilidade de ocorrerem. Associaram também *feedback* precedido pela observação direta com maior clareza dos objetivos do treinamento em serviço.

A existência de um padrão esperado para a tarefa em uma planilha, ou *checklist*, para objetivar a observação foi outro fator positivo considerado para a ocorrência do *feedback*:

Nas avaliações formativas sempre tem planilha. Professor tem planilha na atividade prática e avalia: se você chegou na hora, se está com vestimenta adequada, se o procedimento realizado estava certo. Uma boa avaliação formativa que tivemos no semestre passado foi na cirurgia. Quando adentrávamos nas cirurgias, professores anotavam o que fazíamos de errado e depois nos passavam. Podíamos também olhar na ficha. Era muito bom. (GF1)

Zeferino et al.³⁷ ressaltaram a importância do uso de instrumento estruturado, do tipo *checklist*, para avaliação durante a observação de uma tarefa por auxiliar o professor a focar sua atenção, aumentando a acurácia na detecção de falhas. Além de servirem como instrumento de avaliação, essas listas são úteis como ferramenta de aprendizagem, oferecendo elementos objetivos para dar *feedback* aos alunos.

Isto corrobora o achado de Watling et al.¹² de que a devolutiva ocorre naturalmente quando objetivos de aprendizagem são previamente definidos. Foi encontrado também que a definição de metas, embora seja implícita na cultura do esporte e da música, deixa a desejar na medicina.

O último fator facilitador para a ocorrência do *feedback* foi a demonstração pelo professor de como realizar a tarefa:

A professora disse: "Você não está conseguindo auscultar porque é nessa posição. Você vai colocar o paciente neste decúbito e vai facilitar bastante. Pega aqui o estetoscópio, auscultou?". Escutei. Mostrou o jeito correto e nunca mais vou esquecer como auscultar um paciente. (GF3)

Gibbs e Simpson³⁸ informaram que, além de estratégias como textos escritos e explicações verbais, a técnica de modelagem, em que o discente observa o docente a desempenhar determinada tarefa, pode ser utilizada para exemplificar a *performance* pretendida, facilitando a comparação pelo aluno.

Fatores dificultadores relacionados à ocorrência do *feedback*

Relacionaram-se três fatores como dificultadores para a ocorrência do *feedback*.

Citou-se o pouco tempo disponível para a realização do *feedback* devido a: rodízios rápidos, falta de tempo reservado para este propósito e priorização da assistência em relação ao ensino:

Ele convive muito pouco tempo às vezes dentro do próprio rodízio. Em seis semanas, é muita gente passando. Tem professor que não tem nem interesse de saber seu nome para te avaliar. Fica impossível. (GF3)

O professor tem que ter espaço para tirar dúvidas e gerar discussão em grupo. Acho isso importante. A gente pega aulas seguidas. Ultimamente nem almoçamos direito. Acaba que não tem tempo. (GF3)

Tocar serviço. Atendemos um monte de pacientes e não dá tempo de discutir bem os casos. Se tiver menos pacientes para atendermos, melhor será o aproveitamento da turma. (GF3)

Confirma-se o descrito por Watling *et al.*¹², em que a quantidade de tempo limitada dificulta o desenvolvimento de uma relação sólida entre aluno e professor, reduzindo a oportunidade de *feedback*.

A existência de turmas grandes foi uma barreira citada para a provisão de *feedback*.

Uma coisa que prejudica é um grupo extenso. Acho que grupos menores facilitariam o feedback. (GF2)

No rodízio prático, é muita gente passando para pouco tempo disponível. Fica difícil dar feedback. (GF3)

Paradoxalmente, embora se conheçam amplos benefícios pedagógicos da avaliação formativa, a provisão de *feedback* tem declinado no ensino superior, segundo Hounsell³². Ele correlacionou este fato com a existência de turmas cada vez maiores e com a educação dividida em módulos ou semestres, levando à compressão dos currículos com avaliações ao final das disciplinas. Falchikov³⁹ também referiu a dicotomia vivenciada por professores: desejo de prover *feedback* em tempo hábil e tempo reduzido para o mesmo, devido ao grande número de alunos e à sobrecarga de trabalho.

Bates *et al.*⁴⁰ reafirmaram a dificuldade de desenvolver a cultura do *feedback* no ambiente de ensino médico devido à falta de continuidade do estudante em determinado ambiente de aprendizado pela característica de rotação entre disciplinas. Watling *et al.*³⁰ retrataram essa dificuldade vinculada aos dois papéis exercidos pelo professor médico: docência e assistência.

Algumas características relacionadas à avaliação – como qualidade ruim e a não devolução das avaliações aos alunos

– tornaram-se empecilhos no dia a dia para a ocorrência do *feedback*, na percepção dos discentes participantes:

Dar feedback de prova mal elaborada é muito difícil. Prova de ontem, eu nem me importo se não tiver feedback. Não vai fazer diferença. (GF2)

Além de não receber a prova, você não sabe o que errou, se realmente errou e por que errou. (GF1)

Weaver²⁸ relatou insatisfação de estudantes com a falta de correlação do *feedback* com critérios de avaliação e o desconhecimento destes critérios pelos alunos. Isto também foi relatado na pesquisa de Bohnacker-Bruce²⁶ por 40% dos estudantes que participaram da investigação.

Características positivas do docente para dar *feedback*

A maioria dos professores é formada por médicos sem capacitação em docência universitária e espera que suas experiências clínicas consigam ajudar na formação do estudante⁴¹. Como os professores ocupam papel significativo no processo de ensino-aprendizagem, é pertinente identificar os fatores que se correlacionam com a prática docente efetiva.

Segundo Kikukawa *et al.*⁴², muitos estudos qualitativos e quantitativos tratam das características de um bom professor. Um dos temas mais identificados é a capacidade de prover apoio educacional, dar ao aluno a oportunidade de pensar e prover informação sobre áreas que necessitam de melhorias; logo, tais características se resumem à capacidade do docente em dar *feedback* efetivo.

No contexto das falas dos participantes desta pesquisa, pode-se dividir esta subcategoria em três: relação de proximidade aluno e professor, características pessoais do docente e em relação à docência.

No item sobre relação aluno e professor, características positivas para o docente dar o *feedback* foram: ser disponível, demonstrar interesse pelo desempenho do aluno e aceitar o *feedback* do discente.

A qualidade que o professor tem que ter é disposição para ser acessível tanto às dúvidas quanto aos erros do aluno. A partir do momento em que o aluno errou, ele também é responsável pela formação, então ele tem que estar disposto a ajudar a corrigir aquilo para não se errar novamente. (GF2)

O professor que quer ver você crescer sabe quem é você, te dá abertura para tirar suas dúvidas, corre atrás e te indica aonde você deve ir e, se você quer chegar a tal lugar, ele te mostra como. (GF3)

O professor deve valorizar o feedback que o aluno dá para ele. Muitas vezes, o aluno fala de determinada dificuldade da disciplina, acredito que o professor deveria valorizar. (GF1)

Em Bok *et al.*⁴³ e em Menachery *et al.*⁴⁴, discentes indicaram as características dos docentes para prover *feedback*: ter boa comunicação, desejar prover *feedback*, ser acessível aos alunos, observar diretamente o aluno em desempenho de tarefas designadas, detectar e discutir questões emocionais do aluno, ter competência para lidar com conflitos, revisar anualmente os objetivos de aprendizado, desenvolver ensino centrado no aluno e pedir *feedback* do próprio desempenho aos alunos para melhoria de estratégias de ensino.

Bok *et al.*³⁵ e Ramani¹¹ descreveram que o estabelecimento de uma relação de confiança entre aluno e professor em estágio clínico longitudinal é fator importante para criar um ambiente de aprendizagem propício ao *feedback* efetivo de intercâmbio bilateral.

Como características pessoais do docente foram citadas: paciência, segurança e conhecimento.

Paciência. Tem que ter paciência para ensinar porque estamos em fase de formação. (GF3)

Não dá para confiar no feedback de professor com dúvida. Se ele não fala com segurança, parece não ter domínio. (GF1)

Conhecimento do assunto é fundamental. Ele tem que ter interesse de ir atrás do que ele vai passar para a gente. Principalmente no começo, tivemos muitos tutores que não tinham a mínima ideia do que o aluno lia num pedaço de livro e diziam que estava certo. (GF1)

Em relação à docência, foram citados professores que gostam de ensinar e são capacitados para isso.

Querer ensinar e querer ser professor. Às vezes ele se esforça para que você aprenda. Tem a parte do aluno, mas se o professor tem vontade mesmo de ensinar, isso ajuda muito na convivência e no feedback. (GF3)

Ser didático. Ainda bem que agora eles estão preocupados com essa questão pedagógica do professor. Tem que ter metodologia, saber passar, saber dar feedback. Não é pontuar por pontuar. Tem que ter intenção de fazer. (GF2)

Um estudo que analisou opiniões de estudantes sobre características de professores que deveriam ser indicados a premiação encontrou qualidades como entusiasmo e paixão pelo ensino, bondade, equidade, compaixão, altruísmo, capacidade

de guiar alunos apoiando-os na aprendizagem, compromisso, equilíbrio pessoal/profissional e capacidade de ser modelo⁴⁵.

Uma pesquisa brasileira investigou concepções de professores de Medicina de uma instituição federal sobre as características de um bom professor. Destacaram-se as competências científica, pedagógica e relacional/afetiva, notando-se que docentes de Medicina já incorporaram a noção de que para ser um bom professor não basta apenas conhecer o conteúdo da disciplina sob sua responsabilidade⁴⁶.

Características negativas do docente para dar feedback

Três foram as características negativas do docente para dar *feedback*. Uma delas foi a demonstração de relação de superioridade pelo professor, ratificando o achado prévio de que os discentes preferem docentes que estabelecem um relacionamento de proximidade:

Demonstrar superioridade do professor sobre o aluno é algo que acho muito errado. Olhar assim: quem é você? (GF2)

Watling *et al.*¹² apontaram que a falta de relacionamento sólido entre aluno e professor na Medicina colabora para o não aproveitamento do *feedback*. Os preceptores eram percebidos como distantes, sendo que os participantes atribuíram esta diferença não às pessoas envolvidas, mas, sim, à prática pedagógica da Medicina de exigir mudanças frequentes de local de aprendizagem e preceptor.

A priorização do serviço e não do ensino foi uma característica negativa ressaltada.

Existia uma divisão clara entre professores: os que querem ensinar e os que querem tocar serviço. Geralmente é isso: tocar serviço, você atende um e outro, e dali a meia hora acaba e vai embora. (GF3)

Estudantes de Medicina envolvidos na pesquisa de Watling *et al.*³⁰ reconheceram o duplo papel exercido por seus supervisores: docente e médico. Entretanto, referiram que, quando há prioridade à assistência em detrimento do ensino, há uma redução da frequência e da qualidade do *feedback*. Relataram inclusive que sentiam que a presença dos estudantes incomodava o supervisor.

A falta de capacitação docente é considerada também uma característica negativa do docente para *feedback*:

Professores que são médicos do hospital que frequentamos não têm esse hábito de feedback. Primeiro porque eles não têm formação para isso e segundo porque eles não têm essa informação do que pode ser feito ou não. (GF3)

Reafirma-se a importância que alunos dão à capacitação docente, ressaltando que os professores devem ser estimulados a praticar *feedback* como estratégia regular de ensino-aprendizagem. Para essa mudança ocorrer, entretanto, é preciso disponibilizar aos professores um conjunto de práticas e informações, nos programas de desenvolvimento docente, que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como estratégia de ensino¹.

Características do discente para receber *feedback*

O *feedback* é inevitavelmente interpretado pela lente da auto-percepção. É importante compreender como o discente requer, interpreta, aceita e usa o *feedback* ou não e fatores relacionados a esta interpretação⁴⁷.

Para o graduando receber *feedback*, foram apontadas três características como próprias do aluno. Uma delas foi ser interessado e buscar esse *feedback*:

Interesse é a palavra. Aluno interessado dá jeito: vai atrás, fica sabendo o que está acontecendo, o que aconteceu com ele, se está tudo bem ou se precisa melhorar. Quando se instiga o professor, querendo ou não, ele vai ter que dar esse feedback, não vai deixar o aluno a ver navios. (GF3)

Outra característica foi ser humilde e se mostrar receptivo às críticas:

Humildade: você ter interesse em ouvir, ter disposição de talvez mudar sua atitude, mudar o que você fez de errado para tentar melhorar; é uma característica importante por parte do aluno. (GF2)

E a última foi ser reflexivo e saber filtrar o *feedback* recebido e ir atrás de outras fontes:

O aluno deve ser crítico, saber escutar várias opiniões e ter vários pontos de vista do mesmo assunto para formular seu próprio. Tem que buscar várias fontes de conhecimento, não só aquela que o professor indica. A fonte do professor é de extrema importância, mas tem outras. Não adianta você receber opinião de alguém e ter aquilo como sendo sua opinião. A opinião de outra pessoa vale para se ter uma noção do assunto, mas, para formar sua opinião, você tem que correr atrás. (GF3)

Segundo Sargeant et al.⁴⁸, a principal qualidade para o aluno receber *feedback* é a capacidade de reflexão: a autoavaliação e a autopercepção de seu desempenho desenvolvem o *feedback* interno, que facilita a aceitação do *feedback* externo.

Já em Watling et al.³⁰, um grupo de residentes médicos reconheceu a importância de seu papel em buscar de forma ativa o *feedback*. Alunos de pedagogia e música que participaram da pesquisa afirmaram não necessitar assumir esse papel porque o *feedback* sempre ocorre, não sendo necessário solicitá-lo.

Outro estudo identificou o impacto emocional do *feedback* como um problema para o receptor, principalmente quando negativo, crítico ou corretivo. A amostra reconheceu o desafio envolvido em distinguir a crítica de seu desempenho da crítica de si mesmo como indivíduo para facilitar a absorção do *feedback*. Ressaltou-se a importância de o aluno conhecer os objetivos de aprendizagem e vivenciar um ambiente de aprendizado inserido na cultura do *feedback* para facilitar essa distinção e aplicação do *feedback*¹².

Esta pesquisa apresentou como limitação um viés de seleção, uma vez que trabalhou com uma amostra aleatória extraída de um grupo específico de estudantes de Medicina, expondo o ponto de vista apenas desta amostra sobre *feedback* educacional, podendo conter em seu discurso elementos menos representativos de seu grupo social como um todo, ou seja, a percepção dos outros discentes pode ter elementos diferentes. Apesar disso e mesmo sendo diferente o número de participantes de cada grupo focal, as falas registradas revelaram uma opinião homogênea sobre o assunto e houve saturação dos dados coletados, cumprindo-se o verdadeiro interesse deste estudo, que está na profundidade e na riqueza da informação colhida. Não se está sugerindo que os resultados sejam verdadeiros em outros contextos, uma vez que a representatividade está ligada a contextos específicos e não à representação de uma população¹⁸.

Pelo fato de a pesquisa se basear em discursos, o próprio ambiente de aprendizagem deve ser inserido em futuras pesquisas. Também são necessários estudos que revelem a percepção de docentes e de gestores educacionais sobre este tema.

CONCLUSÃO

Este estudo sobre a prática do *feedback*, realizado em três instituições do Estado de Goiás, incluindo estabelecimentos privados e público com modelos curriculares distintos, demonstrou como essa prática ocorre na percepção de estudantes de Medicina participantes da amostra. Graças à análise dos discursos desses discentes, pôde-se compreender que, ao mesmo tempo em que é considerada importante, a prática do *feedback* ainda está aquém do desejado, necessitando de melhorias.

Conhecer as características positivas do *feedback* descritas pelos estudantes, os fatores que facilitam a sua ocorrência, bem como as características dos docentes e discentes relatadas

para a realização do *feedback* é importante para o planejamento de ações institucionais. Sugere-se capacitar os professores para ministrar um *feedback* de qualidade e estimular os graduandos a assumir o papel de protagonistas de seu aprendizado.

Neste contexto, emerge o importante papel das instituições de ensino, que devem desenvolver, formalizar e monitorar o processo de *feedback*, tornando-o parte da cultura institucional.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à professora Nilce Maria da Silva Campos Costa pela revisão do artigo quanto à metodologia qualitativa utilizada.

REFERÊNCIAS

- Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical environment. *Medical Teacher*. 2012; 34(10):787-91.
- Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Review of Educational Research*. 2007; 77(1): -81-112.
- Stone A. Online assessment: what influences students to engage with feedback? *The Clinical Teacher*. 2014;11(4):284-89.
- Nicol D, Macfarlane-Dick D. Rethinking formative assessment in he: a theoretical model and seven principles of good feedback practice. *The Higher Education Academy*. 2004. Disponível em: <http://www.heacademy.ac.uk/assessment/ASS051D_SENLEF_model.doc>. Acesso em 20 nov. 2012.
- Murdoch-Eaton D. Feedback: the complexity of self-perception and the transition from 'transmit' to 'received and understood'. *Medical Education*. 2012; 46(6):538-40.
- Archer JC. State of science in health professional education: effective feedback. *Medical Education*. 2010;44 (1):101-8.
- Iskander M. Offering effective feedback to trainees. *Medical Teacher*. 2015;37 (1): 92-93.
- Brown S. Assessment for learning. *Learning and Teaching in Higher Education*. 2004; 1: 3 – 31.
- Pricinote SCMN, Pereira ERS. Feedback efetivo na avaliação formative em saúde. In: Costa NMSC, Pereira ERS (Org). *Ensino na saúde: transformando práticas profissionais*. Goiânia: Gráfica UFG; 2015. p. 35-56.
- Norcini J. The power of feedback. *Medical Education*. 2010; 44(1):16-17.
- Ramani S. Reflections on feedback: closing the loop. *Medical Teacher*. 2016; 38(2):206-07.
- Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Lingard L. Learning culture and feedback: an international study of medical athletes and musicians. *Medical Education*. 2014; 48(7):713-23.
- Gray DE. *Pesquisa no mundo real*. Tradução de Roberto Catalgo Costa. 2.ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
- Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2001; 35(2):115- 21.
- Nassif ACN. *Escolas por estados*. *Escolas Médicas do Brasil*. 2010. Disponível em: <<http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>>. Acesso em 28 fev. 2014.
- Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina. Projeto político pedagógico. Goiânia: UFG; 2003. Disponível em: <http://www.medicina.ufg.br/uploads/148/original_projetopedagogico.pdf>. Acesso em 22 dez. 13.
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 4, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: CNE/CES, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- Stalmeijer RE, Mcnaughton N, Van Mook WN. Using focus groups in medical education research: AMEE guide n. 91. *Medical Teacher*. 2014;36(11):923-39
- Microsoft. Office excel for windows 7. Version 2007. [S.I.]: Microsoft Corporation, 2007.
- Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da associação Brasileira de Estudos Populacionais, 13., 2002, Ouro Preto. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: UFMG, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.
- Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2008; 17(4):779-786.
- Mínayo MCS, Gomes SFD. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Atlas.ti. *Scientific Software: qualitative data analysis*. Version 7.0.77. Berlin: Development GmbH, 2012.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2013.
- Bohnacker-Bruce S. Effective feedback: the student perspective. *Capture*. 2013;4(1): 25-36.

27. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of feedback: the students' perspective. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 2008; 33(2):143-54.
28. Weaver MR. Do students value feedback? student perceptions of tutors' written responses. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. 2006; 31(3):379-94.
29. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. *Medicina*. 1996;29(4):429-39.
30. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Vanstone M, Lingard L. Beyond individualism: professional culture and its influence on feedback. *Medical Education*. 2013;47(6):585-94.
31. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007; 31(2):176-9.
32. Hounsell D. Student feedback, learning and development. In: Slowey M, Watson D (Eds.) *Higher education and the lifecourse*. Buckingham: Society for Research into Higher Education & Open University Press; 2003. p. 67-78.
33. Burr SA, Brodier E, Wilkinson S. Delivery and use of individualized feedback in large class medical teaching. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 63. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/63>>. Acesso em 30 nov. 2013.
34. Mazor KM, Holtman MC, Shchukin Y, Mee J, Katsufakis PJ. The relationship between direct observation, knowledge, and feedback: results of a national survey. *Academic Medicine*. 2011; 86 (10 supl):63- 68.
35. Bok H, Jaarsma D, Spruijt A, van Beukelen P, van der Vleuten C, Teunissen P. Feedback – giving behavior in performance evaluations during clinical clerkships. *Medical Teacher*. 2016;38(1):88- 95.
36. Pelgrim EAM, Kramer AWM, Mokkink HGA, van der Vleuten CPM. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. *Medical Education*. 2012; 46(6):604-12.
37. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Avaliando Competência Clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2007;31(3):287-90.
38. Gibbs G, Simpson C. Conditions under which assessment supports students' learning. *Learning and Teaching in Higher Education*. 2004;1:3-31.
39. Falchikov N. Improving feedback to and from students. In: Knight P (Ed.) *Assessment for learning in higher education*. London: Kogan Page, 1995. p. 157-66.
40. Bates J, Konkin J, Suddards C, Dobson S, Pratt D. Student perceptions of assessment and feedback in longitudinal integrated clerkships. *Medical Education*. 2013; 47(4):362-74.
41. Singh S, Pai DR, Sinha NK, Kaur A, Soe HHK, Barua A. Qualities of an effective teacher: what do medical teachers think? *BMC Medical Education*. 2013;13:128. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/128>>. Acesso em 30 dez. 2013.
42. Kikukawa M, Nabeta H, Ono M, Emura S, Odas Y, Koizumi S et al. The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. *BMC Medical Education*. 2013; 13: 100. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/100>>. Acesso em 30 dez. 2013
43. Bok HGJ, Teunissen PW, Spruijt A, Kokkema JPI, van Beukelen P, Jaarsma DADC, et al. Clarifying student's feedback-seeking behavior in clinical clerkships. *Medical Education*. 2013;47(3): 282-91.
44. Menachery EP, Knight AM, Kolodner K, Wright SM. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(5):440-46.
45. Cho CS, Ramanan RA, Feldman MD. Defining the ideal qualities of mentorship: a qualitative analysis of the characteristics of outstanding mentors. *The American Journal of Medicine*. 2011;124(5):453-8.
46. Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(4):499-505.
47. Eva KW, Armson H, Holmboe E, Lockeyer J, Loney E, Mann K. et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning. *Advances in Health Sciences Education: theory and practice*. 2012; 17(1):15-26.
48. Sargeant J, Mann K, van der Vleuten C, Metsemakers J. "Directed" self-assessment: practice and feedback within a social context. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2008; 28(1):47-54.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote participou de todas as etapas da pesquisa e da redação do artigo. Edna Regina Silva Pereira participou da revisão bibliográfica, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote: não tem, apenas é docente da UniEvagélica e da Universidade Federal de Goiás. Edna Regina Silva Pereira: não tem, apenas é docente da Universidade Federal de Goiás.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote
Rua 01 – Qd. 40 – Lt. 37/43 – apto. 202 – Bl. Alcazar – Ed.
Euroville 2
Chácaras Alto da Glória – Goiânia
CEP 74815-610 – GO
E-mail: dra.silvia.pricinote@gmail.com