

Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades

Assessment of Communication Skills in the Simulated Environment of Medical Training: Concepts, Challenges and Possibilities in Medical Education

Sheyla Ribeiro Rocha^I
Gustavo Salata Romão^{II}
Maria Sílvia Vellutini Setúbal^{III}
Carlos Fernando Collares^{IV}
Eliana Amaral^{III}

RESUMO

Na comunidade acadêmica internacional, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares é reconhecida como condição indispensável para a qualidade dos cuidados em saúde. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina estabelecem que o egresso deve ser preparado para se comunicar por meio de linguagem verbal e não verbal, com empatia, sensibilidade e interesse, promovendo o cuidado centrado na pessoa e uma relação horizontal e compartilhada com o paciente. Para alcançar esses objetivos, faz-se preciso a implementação de atividades curriculares que promovam o desenvolvimento dessa habilidade e avaliem a sua aquisição durante a graduação em Medicina. A habilidade em se comunicar adequadamente não pode ser aprendida apenas por observação e tende a declinar ao longo do curso. Recomenda-se que seu ensino se estenda de modo coerente a todos os níveis de formação, incluindo os internatos e programas de residência. Na avaliação de habilidades de comunicação, especialistas recomendam que seja instituída uma matriz que permita repetidas oportunidades de avaliação e feedback, reforçando o uso das habilidades mais básicas de entrevista até as mais complexas, como a comunicação de más notícias. Dessa maneira, para um ensino e avaliação eficientes, são necessários métodos e instrumentos com sólida fundamentação teórica. Atividades em ambiente simulado com a participação de pacientes padronizados têm sido amplamente utilizadas para o ensino e a avaliação dessa habilidade durante a consulta clínica. Nesse contexto, programas de desenvolvimento docente são fundamentais para que estratégias eficazes de ensino e avaliação sejam implementadas e permitam ao futuro médico a aquisição de habilidades essenciais ao ético exercício profissional. Este artigo propôs-se a uma revisão narrativa sobre avaliação de habilidades de comunicação em ambiente simulado apresentando seus conceitos, desafios e possibilidades. Também aborda aspectos práticos para a organização desse tipo de avaliação.

PALAVRAS-CHAVE

- Comunicação em Saúde.
- Avaliação Educacional.
- Educação Médica.
- Simulação de Pacientes.
- Treinamento por Simulação.

^I Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil.

^{II} Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

^{IV} Maastricht University Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht, Limburg, Holanda.

KEY-WORDS

- Health Communication.
- Educational Assessment.
- Medical Education.
- Patient Simulation.
- Simulation Training.

ABSTRACT

In the international academic community, effective communication between health professionals, patients, and their families are recognized as an indispensable condition for the quality of health care. In Brazil, the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Medical Schools established that medical students should be prepared to communicate through verbal and non-verbal language, with empathy, sensitivity and interest, promoting patient-centered care, and a horizontal and shared relationship with the patient. To achieve these goals, it is necessary to implement curricular activities that promote the development of this skill and assess its acquisition during undergraduate medical school. Adequate communication skills cannot be learned by observation alone and tend to decline as medical students progress through their medical education. For the assessment of communication skills, experts recommend a framework that allows for repeated assessment and feedback opportunities, reinforcing the use of the most basic interviewing skills to the most complex ones, such as communicating bad news. Thus, for an efficient assessment, methods and instruments with a solid theoretical basis are necessary. Thus, activities in a simulated environment with the participation of standardized patients have been widely used for the teaching and assessment of these skills during the clinical consultation. In this context, faculty development programs are fundamental for effective teaching and assessment strategies to be implemented and allow the future doctors to acquire essential skills for their professional practice. This article proposes a narrative review of communication skills assessment in a simulated environment regarding its concepts, challenges, and possibilities. It also discusses practical aspects for the organization of this type of assessment.

Recebido em: 10/6/19

Aceito em: 3/8/19

INTRODUÇÃO

Desde 2001 as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNGM) definem que as habilidades de comunicação devem ser ensinadas aos médicos brasileiros¹. Em 2014, as DCNGM foram revisadas e definiram que o médico precisa ser preparado para o cuidado centrado na pessoa, desenvolvendo relação horizontal e compartilhada, condição intrinsecamente ligada à habilidade para se comunicar. Estabeleceram, ainda, que o estudante tem de ser capaz de se comunicar por meio de linguagem verbal e não verbal, com empatia, sensibilidade e interesse². Em 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 569/2017, que expressa diretrizes comuns para os cursos de graduação em saúde considerando as competências necessárias para a formação profissional³. Entre outros aspectos, destacou a importância das competências em comunicação e relações interpessoais para um cuidado em saúde seguro e de qualidade³.

Na comunidade acadêmica internacional, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde, pacientes e seus familiares é reconhecida como condição indispensável para a qualidade dos cuidados em saúde⁴. Estudos revelam que a melhora na qualidade da comunicação médico-paciente está diretamente

relacionada a melhores desfechos em saúde⁵, maior adesão ao tratamento⁶, maior satisfação dos usuários, redução de reclamações por má prática⁷ e maior segurança do paciente⁸.

Na atualidade, é consenso que a habilidade de se comunicar adequadamente é uma competência que não pode ser aprendida apenas por observação e tende a declinar ao longo do curso de Medicina⁹. Diante disso, percebe-se a importância de que haja a intencionalidade em promover o desenvolvimento dessa competência durante a formação médica¹⁰. Consensos mundiais recomendam que o ensino formal das habilidades de comunicação se estenda a todos os níveis da formação, passando pelo internato e por programas de residência^{11,12,9,13-17}.

Levando em conta que a avaliação direciona e estimula o aprendizado, instituir processos avaliativos bem estruturados pode favorecer o desenvolvimento das habilidades de comunicação desejáveis durante a formação médica¹⁸. Nesse sentido, diretrizes internacionais apontam que as instituições de ensino implementem programas que permitam repetidas oportunidades de avaliação e *feedback* durante a graduação em Medicina e a residência médica^{4,12}.

A escolha do método de avaliação de estudantes deve considerar critérios de qualidade e eficiência¹⁸. As habilidades

de comunicação podem ser avaliadas pela observação da interação do estudante com um paciente simulado ou com um paciente real durante a prática clínica. As atividades desenvolvidas em um ambiente simulado permitem ao aprendiz ser avaliado em um ambiente protegido, de forma estruturada e ao mesmo tempo realística. Admite também que a habilidade seja verificada antes que o aprendiz realize o atendimento no ambiente real, garantindo um atendimento mais seguro ao paciente.¹⁹

Entre os tipos de avaliação de habilidades de comunicação (HC) em ambiente simulado, destaca-se o exame clínico objetivo estruturado, uma ferramenta que propicia a verificação do desempenho dos estudantes por avaliadores treinados. Sugere-se que esse tipo de exame seja incluído como parte dos programas de avaliação de HC por ser um método objetivo e padronizado²⁰. Pondera-se também que, ao reproduzir cenários da prática real e fornecer *feedback* aos estudantes, esse tipo de avaliação tem potencial para impulsionar o aprendizado e, portanto, ter impacto educacional positivo²⁰. No entanto, para alcançar esses resultados, a organização do exame deve seguir rigorosos e laboriosos padrões de qualidade²¹.

Diante do exposto, este artigo propôs-se a uma revisão narrativa sobre avaliação de HC com ênfase em avaliação em ambiente simulado do tipo OSCE, apresentando seus conceitos, desafios e possibilidades. Também aborda aspectos práticos para a organização desse tipo de avaliação.

AS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM EDUCAÇÃO MÉDICA

As HC em educação médica podem ser definidas como tarefas e/ou comportamentos observáveis durante a entrevista: coleta de dados, explicação ao paciente sobre seu diagnóstico, prognóstico e proposta terapêutica, discussão do plano de cuidados e oferta das informações necessárias sobre procedimentos, além da obtenção do consentimento para a realização deles²². Estudos demonstram que a melhora na qualidade da comunicação no decorrer da entrevista clínica está diretamente associada a aumento na qualidade da atenção em saúde, maior satisfação de médicos e pacientes, melhor prognóstico físico e psicológico do paciente, melhor adesão ao tratamento, redução de reclamações por má prática, maior segurança do paciente e diminuição de erros²³.

Apesar da crescente valorização, ainda não há consenso sobre o que seria uma comunicação médico-paciente adequada^{24,25}. O Consenso de Kalamazoo²², baseando-se em cinco modelos teóricos de comunicação médico-paciente, determinou sete componentes-chave que caracterizam a comunicação adequada no contexto clínico:

- construção de relacionamento;
- abertura da consulta;
- coleta de informações;
- inclusão da perspectiva do paciente;
- compartilhamento de decisões;
- formulação de um acordo entre médico e paciente;
- encerramento da consulta.

As habilidades interpessoais estão diretamente ligadas à qualidade da comunicação realizada durante a consulta e dependem do desenvolvimento de habilidades, como empatia, cordialidade, linguagem não verbal e tonalidade da voz. As habilidades interpessoais podem ser percebidas pelo efeito da comunicação no interlocutor e, juntamente às habilidades de comunicação, criam e sustentam, de forma combinada, a relação médico-paciente²⁶.

Dessa maneira, podem-se definir as HC como a capacidade de o profissional se relacionar com os pacientes, suas famílias e outros profissionais, o que resulta em uma comunicação médico-paciente efetiva e eficaz. Espera-se, portanto, que os médicos que apresentem essas habilidades bem desenvolvidas sejam capazes de²⁷:

- criar e manter uma relação terapêutica e ética com os pacientes;
- utilizar a escuta ativa para obter informações necessárias, incluindo habilidades verbais (explicativas, questionadoras, orientadoras) e não verbais, além de registrar adequadamente as informações coletadas;
- trabalhar harmoniosamente com outros profissionais, seja como membro, seja como líder de uma equipe de saúde.

Apesar das evidências quanto à importância das HC, aprendizes e educadores vivenciam problemas na integração do ensino dessa competência com os demais conhecimentos clínicos^{5,28}. Um dos problemas é o aparente conflito entre os dois modelos de entrevista clínica: o modelo construído em bases comunicacionais, que se estrutura no processo da entrevista, e o modelo tradicional de coleta de informações, que se estrutura no conteúdo da entrevista²⁹. Isso resulta em confusão para os aprendizes e interfere na aplicabilidade desse conceito na prática médica cotidiana³⁰.

No sentido de fortalecer a aquisição dessa competência, recomenda-se que seja instituída uma matriz de avaliação das HC que permita repetidas oportunidades de avaliação e *feedback*, reforçando o uso das habilidades mais básicas de entrevista clínica até as mais complexas, como, por exemplo, dar más notícias¹². Nesse contexto, programas de desenvolvimen-

to docente são fundamentais para que estratégias eficazes de ensino e avaliação sejam implementadas e permitam ao futuro médico a aquisição de habilidades essenciais ao ético exercício profissional³¹.

QUALIDADE DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE

Os processos de avaliação em educação médica desenvolveram-se muito nas últimas décadas, com foco na avaliação de habilidades clínicas e no profissionalismo³². Os novos métodos incluem avaliação de desempenho com atividades desenvolvidas em ambientes simulados, com a participação de pacientes padronizados (PP) e em cenários reais da prática profissional.

A escolha do método de avaliação deve considerar critérios de qualidade e eficiência. Segundo Norcini e McKinley³², devem-se levar em conta cinco fatores: validade, confiabilidade, efeitos educacionais do teste, viabilidade e aceitação pelo público-alvo. Se o teste não preencher um dos cinco quesitos, ainda que seja válido e confiável, não deve ser visto como um método adequado para uso naquela realidade.

Recomenda-se que as atividades de avaliação sejam programáticas, isto é, sejam parte do programa educacional ou do currículo^{18,32,33}. Deve haver mudança de foco do processo de avaliação, sendo desejável que se concentre na avaliação “para o aprendizado”, e não somente na avaliação “do aprendizado”³³. Recomenda-se que os processos avaliativos combinem testes somativos e formativos em diferentes momentos, por distintos métodos e múltiplos avaliadores, permitindo maior segurança nas decisões de progressão ou retenção dos estudantes^{12,33}.

Uma estratégia importante para potencializar o aprendizado é o uso do *feedback*²⁹. No meio médico-educacional, *feedback* pode ser definido como a apreciação objetiva do desempenho de um profissional, com o propósito de aperfeiçoar suas habilidades clínicas³⁴. Evidências mostram que a observação do estudante enquanto realiza um atendimento associada a um *feedback* apreciativo pode afetar positivamente o seu desenvolvimento e a qualidade do atendimento prestado ao paciente³⁵.

Em um programa de avaliação, o momento do *feedback* configura-se como uma avaliação formativa com potencial para corrigir erros e deficiências, evitando que falhas não percebidas se consolidem como maus hábitos. Além disso, é importante para reforçar comportamentos positivos, evitando que a não valorização favoreça a descontinuidade de comportamentos desejáveis^{29, 31,32}.

Processos adequados de avaliação são importantes tanto para qualificar a formação quanto para dar garantias à popula-

ção que será beneficiada pelos serviços prestados pelos profissionais¹⁸. Em educação médica, também está bem estabelecido o conceito de que a avaliação desempenha o importante papel de direcionar e estimular o aprendizado – os alunos sentem-se motivados a estudar os temas sobre os quais serão testados^{18,36}

AVALIAÇÃO DE HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM AMBIENTE SIMULADO DO TIPO OSCE

Na década de 1970, Harden *et al.*³⁷ desenvolveram um método de avaliação de habilidades médicas com o objetivo de padronizar as provas práticas³⁷. Esse método ficou mundialmente conhecido como OSCE, sigla em inglês para *objective structured clinical examination* (exame clínico objetivo estruturado). Assim também se popularizou no Brasil, sendo amplamente utilizado na literatura científica nacional^{30,38-42}. Dessa forma, usaremos o anglicismo OSCE para nos referirmos a esse tipo de avaliação.

OSCE é um exame baseado no desempenho que permite a avaliação estruturada de habilidades clínicas, incluindo as HC, tanto em nível de graduação quanto pós-graduação^{24,43}, bastante empregado no Brasil^{30,38,40,44-46}. Durante o exame, os estudantes realizam tarefas em um cenário simulado, denominado de estação, e são avaliados por examinadores treinados. Tipicamente, os estudantes percorrem estações interagindo com pacientes padronizados, treinados para representar um paciente e avaliar os estudantes³⁷.

O processo de elaboração de um OSCE deve seguir as recomendações gerais para esse tipo de avaliação^{20,21,33,47,48}. As tarefas escolhidas precisam se basear nos objetivos de aprendizagem do curso, no nível de aprendizagem e no desempenho esperado dos estudantes. Um OSCE pode ter caráter formativo ou somativo. As estações podem ser criadas para avaliação exclusiva das HC ou para avaliar outras habilidades clínicas simultaneamente. Nas estações em que forem avaliadas as HC, deve-se definir com clareza a situação que exigirá maior domínio da comunicação por parte do estudante^{49,50}. No Quadro 1, apresentamos exemplos de estações de OSCE para avaliação de HC.

Os conceitos de validade e confiabilidade, impacto educacional, viabilidade e aceitação da avaliação aplicados ao OSCE são detalhados a seguir.

Validade e confiabilidade

Na atualidade, *validade* é compreendida como um conceito único que se refere ao grau em que as evidências dão suporte à interpretação dos resultados de um teste para o uso proposto. Nesse conceito, confiabilidade passa a ser vista como parte do processo de obtenção de validade⁵¹.

QUADRO 1
Exemplos de estações de exame clínico objetivo estruturado (OSCE): comunicação em situações desafiadoras

Tópico de comunicação	Descrição do caso clínico e postura do paciente	Tarefa/Comunicação em situação desafiadora	Cenário
1. Orientação e educação do paciente: compartilhamento de decisão	Mulher, 25 anos, portadora de HIV, solicita orientação sobre planejamento familiar. Manifesta resistência ao uso de preservativo.	Lidar com a resistência e aconselhar com base nas recomendações específicas para o caso.	Atenção primária – ginecologia
2. Comunicação de más notícias: resultado desfavorável de exames	Mulher casada, 30 anos, grávida do primeiro filho, com exame de VDRL positivo, e questiona como adquiriu a doença. Está tensa e ansiosa.	Lidar com as dúvidas e ansiedade da paciente diante do diagnóstico inesperado.	Atenção primária – obstetrícia
3. Incerteza do diagnóstico ainda não confirmado	Mulher, 45 anos, apresenta nódulo palpável em mama durante atendimento em consulta de rotina.	Preparar o paciente para lidar com uma possível situação desfavorável, mas que ainda precisa ser confirmada.	Atenção primária – ginecologia
4. Orientação e educação do paciente: comunicação de risco	Homem, 50 anos, sobrepeso, hipertenso e sem sintomas. Demonstra resistência em acreditar que sua condição seja algum problema de saúde. Não aceita tomar medicamentos.	Orientar sobre o risco cardiovascular e definir plano compartilhado de tratamento, incluindo mudança de estilo de vida.	Atenção primária – clínica médica
5. Comunicação de más notícias: informar diagnóstico grave	Homem, 60 anos, retorna com resultado de biópsia gástrica positiva para carcinoma. No atendimento anterior, médico considerou tratar-se de uma gastrite.	Lidar com a comunicação do diagnóstico grave recente.	Atenção primária – clínica médica
6. Erro médico: gerenciamento de conflitos	Menino, 4 anos, com dor nas pernas, tratada como dor do crescimento, mas que posteriormente recebe o diagnóstico de leucemia. Pais revoltados.	Lidar com a agressividade dos familiares e dilemas éticos.	Atenção primária – pediatria
7. Suspeita de abuso sexual infantil	Menina, 10 anos, apresentando lesões genitais compatíveis com condiloma (IST). Acompanhada da mãe.	Comunicar o possível diagnóstico e lidar com a necessidade de notificar o caso às autoridades competentes.	Atenção primária – pediatria
8. Violência doméstica	Mulher, 19 anos, múltiplas feridas e contusões. Paciente sozinha e chorando muito.	Lidar com casos de violência doméstica.	Serviço de urgência – cirurgia
9. Diversidade de gênero	Transexual masculino, 23 anos, solicita orientação sobre a cirurgia para mudança de sexo.	Lidar com a diversidade de gênero.	Atenção primária – cirurgia
10. Consentimento para realizar procedimento cirúrgico	Adolescente, 12 anos, apendicite aguda acompanhada dos pais. Pais inseguros diante dos riscos cirúrgicos e verbalizam o medo da morte da filha.	Comunicar diagnóstico, orientar sobre o procedimento e solicitar consentimento ao responsável.	Serviço de urgência – cirurgia

HIV: vírus da imunodeficiência humana; VDRL: sorologia não treponêmica; IST: infecção sexualmente transmissível.

A validade de conteúdo é fundamental na elaboração de avaliações em ambiente simulado⁵², pois identifica se as questões do teste são relevantes e representativas dos conteúdos a serem avaliados. Isso requer que um grupo de especialistas analise (ou crie) as estações, a fim de assegurar que elas reflitam o domínio que se pretende avaliar. A elaboração de uma matriz de avaliação é indispensável para se definir os parâmetros do teste e orientar os especialistas nessa análise⁵³. A validade de um teste, portanto, depende diretamente dos padrões de qualidade em que é elaborado^{20,21}.

A confiabilidade ou precisão refere-se à consistência dos resultados ao longo da aplicação do teste. No OSCE, a confiabilidade

está fortemente relacionada ao número de estações, ao tempo total de duração da prova e à diversidade de estações utilizadas⁵⁴, além da padronização dos pacientes simulados, dos avaliadores e dos critérios de avaliação²⁰.

Verificar a validade e a confiabilidade de um OSCE tem por objetivo garantir que padrões mínimos de qualidade sejam alcançados, legitimando o conteúdo do exame, a avaliação dos alunos e a interpretação dos resultados⁵⁵. Diferentes métodos estatísticos podem ser utilizados nesse sentido⁵¹. Em avaliações de maior impacto na vida acadêmica (aprovação/reprovação, seleção, certificação profissional), são desejáveis índices elevados de confiabilidade e validade que fundamen-

tem decisões de aprovação/reprovação. Nos exames de caráter formativo, são aceitáveis níveis mais baixos de confiabilidade^{20,21,51,52}.

Considerando os critérios de qualidade de um OSCE, a validade e a confiabilidade da avaliação de HC no ambiente simulado serão influenciadas pelos seguintes fatores^{20,36,54}:

- Matriz de avaliação: o primeiro passo é desenvolver uma matriz do conteúdo curricular e, a seguir, definir peso e relevância de cada conteúdo diante dos objetivos de aprendizagem. O ideal é que essa etapa seja desenvolvida por um grupo de docentes envolvidos na gestão do curso⁵³. O próximo passo é definir a matriz de avaliação garantindo que o exame contenha uma amostra representativa dos conteúdos a serem avaliados⁵². Um exemplo de matriz de avaliação é apresentado no Quadro 2;

QUADRO 2				
Exemplo de uma matriz de avaliação do exame clínico objetivo estruturado (OSCE) para estudantes de graduação em Medicina				
Tópico/Área	Habilidade em exame físico	Habilidade em procedimentos	Habilidade de comunicação	Total de questões
Obstetria	Estação 1	Estação 6		2
Pediatria	Estação 2		Estação 9	2
Clínica Médica	Estação 3		Estação 10	2
Cirurgia		Estação 7		1
Emergência		Estação 8		1
Atenção Primária	Estação 4		Estação 11	4
	Estação 5		Estação 12	
Total de questões	5	3	4	12

Fonte: adaptado de Khan et al., 2013.

- Número de estações e tempo de duração da prova: este é um quesito extremamente importante. A composição da avaliação pode variar de 5 a 20 estações, com duração média de 5 a 10 minutos cada uma⁵⁶. De forma prática, é necessário equilibrar a qualidade do exame com a viabilidade de recursos;
- Instrumentos de avaliação: não existe um instrumento padrão ouro para a avaliação de HC em educação médica. Os examinadores (geralmente um por estação) podem utilizar listas de verificação (*checklist*), escalas de avaliação (*rating scale*) ou uma combinação de ambas⁴³. Para avaliação de HC, as escalas de avaliação são mais recomendadas⁵⁷. Sugere-se que seja estabelecido um instrumento padrão para todas as estações, permitindo que o desempenho dos estudantes possa

ser comparado ao longo de todo o teste⁵⁸. Recomenda-se que seja utilizado um instrumento validado^{24,43,54,59}.

- Quantidade, tipo e treinamento de examinadores: para avaliação de HC, as estações geralmente contam com a presença de pelo menos um examinador, que pode ser médico, PP, especialista em comunicação ou estudante de Medicina treinado^{21,54}. Os PP são considerados bons examinadores de HC e domínio de idioma, pois vivenciam os efeitos diretos da comunicação médico-paciente durante o atendimento⁵⁴. Os estudantes podem ser simultaneamente avaliados pelos PP e por outro examinador que esteja presente na estação. Os examinadores devem receber treinamento sobre os processos de avaliação, garantindo que todos os estudantes sejam avaliados com os mesmos critérios^{20,21}.
- Seleção e padronização dos pacientes simulados: a seleção e o treinamento dos pacientes simulados são fundamentais para garantir a padronização da estação, especialmente quando o exame é conduzido em mais de um circuito ao mesmo tempo (atores diferentes desempenhando o mesmo papel). A padronização consiste em treinar os PP para representar sintomas, respostas emocionais e atitudes semelhantes⁶⁰. Pacientes mal padronizados, cujo desempenho varia de um candidato para outro, podem reduzir a confiabilidade da avaliação²⁰. Podem-se utilizar voluntários ou atores profissionais para atuar como pacientes simulados. Em avaliações de maior impacto na vida acadêmica (aprovação/reprovação, seleção, certificação profissional), recomenda-se que os PP sejam atores profissionais^{21,48-50,54,60}.

De forma prática, pode-se dizer que um número maior de estações permite melhor abordagem do conteúdo a ser avaliado, aumentando, portanto, a validade e a confiabilidade do OSCE⁴⁷. A atribuição adequada do tempo para a execução das tarefas e a padronização do desempenho dos avaliadores e dos PP também aumenta a validade do teste²⁰.

Viabilidade

O OSCE, quando comparado a outros métodos de avaliação, exige maior investimento de recursos financeiros e logísticos, tanto na sua elaboração quanto na sua execução. Lidar com a viabilidade desse tipo de exame é um desafio para todos que trabalham com educação médica³². Por essa razão, o OSCE deve ser reservado para avaliação de habilidades práticas, e não para avaliação de conhecimento teórico. Os relatos de experiências exitosas no cenário nacional, tanto em cursos de

medicina^{30,39,44-46,61} quanto em outras áreas da saúde^{38,62,63}, apontam estratégias locais para lidar com dificuldades logísticas e financeiras. Esses estudos demonstram a viabilidade da utilização do OSCE nos cursos da área da saúde no Brasil. As vantagens e desvantagens do OSCE estão listadas no Quadro 3.

QUADRO 3 Exame clínico objetivo estruturado (OSCE): vantagens e desvantagens	
Vantagens	Limitações
<ul style="list-style-type: none"> • Observação direta de habilidades clínicas; • Adaptável aos objetivos educacionais; • Avaliação mais justa por ser baseada em padrões bem definidos; • Avaliação de diversas habilidades em um período relativamente curto; • Minimização do viés do avaliador por conta do uso de múltiplos examinadores; • Elevada confiabilidade quando implementado conforme os padrões de qualidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Custo alto; • Consumo elevado de tempo; • Limitado escopo do que se pode avaliar.

Fonte: adaptado de Khan et al., 2013.

Impacto educacional

Sabe-se que a avaliação direciona o aprendizado, uma vez que os alunos se concentram mais em ter bom desempenho nos testes do que em seu próprio aprendizado^{54,64}. Essa dedicação também é influenciada pelo peso que a avaliação tem na composição da nota final⁶⁵. O OSCE, ao avaliar habilidades de comunicação, pode ter impacto educacional positivo ao direcionar o aprendizado para a aquisição dessa competência clínica⁶⁶. Esse impacto depende do grau de realismo das estações do OSCE ao reproduzir situações semelhantes às vivenciadas nos cenários de prática real²⁰. Mas o impacto educacional pode diminuir quando a avaliação se reduz a cumprir determinado número de tarefas predefinidas^{20,48}. O uso de escalas de avaliação tende a estimular os estudantes a aprender e praticar a habilidade de forma mais integrada ao contexto clínico⁶⁶.

Aceitação da avaliação

A aceitação de um método de avaliação significa que a comunidade acadêmica o reconheceu como pertinente, adequado e justo⁶⁷. O OSCE é considerado um exame de elevada aceitação tanto entre educadores quanto estudantes³². Seu im-

pacto educacional positivo e as evidências de validade de seus resultados levaram à incorporação do método ao processo de avaliação de estudantes de Medicina em todo o mundo, tanto em avaliações que fundamentam decisões de alto impacto (aprovação/reprovação, seleção, certificação profissional) quanto formativas^{20,21,24,25,43,47,55,57}. A cultura institucional, os altos custos e o elevado consumo de tempo em sua elaboração e execução são desafios a serem vencidos²⁰. Na fase de implantação de um novo método de avaliação, recomenda-se que os envolvidos participem dela ativamente, visando assegurar sustentabilidade à mudança⁶⁸. No Brasil, estudos experimentais apontam tanto para a satisfação dos estudantes quanto dos docentes envolvidos no OSCE^{38,44,61}.

CONCLUSÃO

A comunicação é habilidade clínica fundamental ao exercício ético da medicina. As HC esperadas dos médicos incluem a técnica para coleta de dados durante a entrevista, as explicações dadas ao paciente, a discussão do plano de cuidados, bem como a obtenção do consentimento para a realização de procedimentos. Apesar da crescente valorização das HC na formação médica, ainda não há consenso sobre o que é uma comunicação médico-paciente adequada.

Os métodos de avaliação das HC precisam abranger aspectos distintos, tais como empatia, organização da entrevista, entonação da voz e linguagem não verbal. Recomenda-se que a avaliação das HC seja incluída nos processos de avaliação em diferentes etapas da formação, contemplando avaliações em ambiente simulado e da prática profissional. Uma estratégia importante para potencializar o aprendizado é o uso do *feedback*.

A avaliação de desempenho em ambiente simulado é amplamente utilizada na formação médica. Entre os métodos disponíveis, o OSCE é o mais usado tanto em nível de graduação quanto de pós-graduação. Por ser padronizado e usar múltiplos examinadores, é considerado uma avaliação mais justa e pode ter caráter formativo ou somativo. Para que tenha níveis razoáveis de validade e confiabilidade, exige elevados padrões de qualidade na sua elaboração e execução. Executar um OSCE requer base logística e treinamento para todos os envolvidos, além de disponibilidade de recurso.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes comuns para a graduação na área da saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 09 nov. 2001; Seção 1, p.38.

2. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p.8-11.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS Nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 fev. 2018; Seção 1, p.85-6.
4. Laidlaw A, Hart J. Communication skills: an essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. *Med Teach* 2011;33(1):6-8.
5. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1995;152(9):1423-1433.
6. Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical care* 2009;47(8):826-834.
7. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277(7):553-559.
8. Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: Priority areas for curriculum development. *Medical Teacher* 2007;29(1):60-61.
9. Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach* 2006;28(5):e127-34.
10. Hawkins RE, Welcher CM, Holmboe ES, Kirk LM, Norcini JJ, Simons KB, Skochelak SE. Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Med Educ* 2015;49(11):1086-102.
11. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Holzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns* 2010;81(2):259-66.
12. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008;42(11):1100-7.
13. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996;30(2):83-9.
14. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns* 2001;45(1):23-34.
15. von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C, Education UCfCCSTIUM. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008;42(11):1100-7.
16. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlinghaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S, Ausbildung CCaSCotAfMEGfM and others. Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns* 2010;81(2):259-66.
17. Bachmann C, Abramovitch H, Barbu CG, Cavaco AM, Elorza RD, Haak R, Loureiro E, Ratajska A, Silverman J, Winterburn S and others. A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns* 2013;93(1):18-26.
18. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duviolier R, Galbraith R, Hays R, Kent A, Perrott V and others. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* 2011;33(3):206-14.
19. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria Jr S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, Levine AI. The Utility of Simulation in Medical Education: What Is the Evidence? *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine* 2009;76(4):330-343.
20. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective. *Med Teach* 2013;35(9):e1437-46.
21. Khan KZ, Gaunt K, Ramachandran S, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: organisation & administration. *Med Teach* 2013;35(9):e1447-63.
22. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76(4):390-3.
23. Makoul G. Improving communication with all patients. *Med Educ* 2008;42(11):1050-2.
24. Comert M, Zill JM, Christalle E, Dirmaier J, Harter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations

- (OSCE)--A Systematic Review of Rating Scales. *PLoS One* 2016;11(3):e0152717.
25. Gillis AE, Morris MC, Ridgway PF. Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: a systematic review. *Postgraduate Medical Journal* 2014.
 26. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, Lofton S, Wallace M, Goode L, Langdon L. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004;79(6):495-507.
 27. Accreditation Council for Graduate Medical E. Advancing education in interpersonal and communication skills: an educational resource from the ACGME Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical Education: Chicago, IL, USA 2005.
 28. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills: Need to be learnt side by side. *BMJ : British Medical Journal* 2005;330(7488):374-375.
 29. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med* 2003;78(8):802-9.
 30. Nunes SOV, Vargas HO, Liboni M, Martins Neto D, Vargas LHM, Turini B. 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* 2008;32:210-216.
 31. Grosseman S, Loures LFM, Mariussi AP, Grossman E, Muraguchi EMe, Ogatta. Projeto Ensino de Habilidades de Comunicação na Área da Saúde: uma Trajetória Inicial. *Cadernos da ABEM* 2014;10:6.
 32. Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. *Teaching and Teacher Education* 2007;23(3):239-250.
 33. van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Driessen EW, Govaerts MJ, Heeneman S. 12 Tips for programmatic assessment. *Med Teach* 2014;1-6.
 34. Ende J. Feedback in clinical medical education. *Jama* 1983;250(6):777-81.
 35. Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Med Teach* 2007;29(1):2-19.
 36. Van Der Vleuten CP. The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 1996;1(1):41-67.
 37. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal* 1975;1(5955):447.
 38. Cacho RdO, Baroni MP, Ruaro JA, Lopes JM, Britto HMJdS, Ferreira TB, Guedes MBOG, Oliveira DCd. Metodologias Ativas em Fisioterapia: Estudo de Confiabilidade Interexaminador do Método Osce. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2016;40:128-137.
 39. Nunes AA, Pazeli Júnior JM, Rodrigues AT, Tollendal ALSV, Ezequiel OdS, Colugnati FAB, Bastos MG. Desenvolvimento de competências para o uso da ultrassonografia point-of-care em Nefrologia. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2016;38:209-214.
 40. Sandoval GE, Valenzuela PM, Monge MM, Toso PA, Triviño XC, Wright AC, Paris E, Sánchez I, Valdivia GS. Análise de um sistema de avaliação de aprendizagem para internato em pediatria baseado em exame clínico objetivo estruturado, observação de prática clínica e exame escrito. *Jornal de Pediatria* 2010;86:131-136.
 41. Troncon LEdA. Significance of experts' overall ratings for medical student competence in relation to history-taking. *Sao Paulo Medical Journal* 2006;124:101-104.
 42. Amaral E, Domingues RCL, Bicudo-Zeferino AM. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007;31:287-290.
 43. Setyonugroho W, Kennedy KM, Kropmans TJ. Reliability and validity of OSCE checklists used to assess the communication skills of undergraduate medical students: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2015.
 44. Daud-Gallotti RM, Morinaga CV, Arlindo-Rodrigues M, Velasco IT, Martins MA, Tiberio IC. A new method for the assessment of patient safety competencies during a medical school clerkship using an objective structured clinical examination. *Clinics* 2011;66:1209-1215.
 45. Troncon LEdA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. *Sao Paulo Medical Journal* 2004;122:12-17.
 46. Lucchetti G, Ezequiel OS, Lucchetti AL. An OSCE with very limited resources: Is it possible? *Med Teach* 2017;39(2):227.
 47. Pell G, Fuller R, Homer M, Roberts T. How to measure the quality of the OSCE: A review of metrics - AMEE guide no. 49. *Med Teach* 2010;32(10):802-11.
 48. Boursicot K, Roberts T. How to set up an OSCE. *The Clinical Teacher* 2005;2(1):16-20.
 49. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. *Patient Educ Couns* 2006;60(1):10-5.

50. Mortsiefer A, Immecke J, Rotthoff T, Karger A, Schmelzer R, Raski B, Schmitten Jid, Altiner A, Pentzek M. Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the DÃseldorf CoMeD-OSCE. *Patient Education and Counseling*;95(3):348-355.
51. American Educational Research A, American Psychological A, National Council on Measurement in E. Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: American Educational Research Association; 2014.
52. Newble D. Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Med Educ* 2004;38(2):199-203.
53. Coderre S, Woloschuk W, McLaughlin K. Twelve tips for blueprinting. *Medical Teacher* 2009;31(4):322-324.
54. Swanson DB, van der Vleuten CP. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art revisited. *Teach Learn Med* 2013;25 Suppl 1:S17-25.
55. Tavakol M, Dennick R. Post-examination interpretation of objective test data: monitoring and improving the quality of high-stakes examinations--a commentary on two AMEE Guides. *Med Teach* 2012;34(3):245-8.
56. Hastie MJ, Spellman JL, Pagano PP, Hastie J, Egan BJ. Designing and implementing the objective structured clinical examination in anesthesiology. *Anesthesiology* 2014;120(1):196-203.
57. Brannick MT, Erol-Korkmaz HT, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Med Educ* 2011;45(12):1181-9.
58. Setyonugroho W, Kropmans T, Kennedy KM, Stewart B, Dalen Jv. Calibration of communication skills items in OSCE checklists according to the MAAS-Global. *Patient Education and Counseling*;99(1):139-146.
59. Zill JM, Christalle E, Müller E, Härter M, Dirmaier J, Scholl I. Measurement of physician-patient communication--a systematic review. *PLoS One* 2014;9(12):e112637.
60. Cleland JA, Abe K, Rethans J-J. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teacher* 2009;31(6):477-486.
61. Franco CAGdS, Franco RS, Santos VMd, Uiem LA, Mendonça Nb, Casanova AP, Severo M, Ferreira MAD. OSCE para Competências de Comunicação Clínica e Profissionalismo: Relato de Experiência e Meta-Avaliação. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015;39:433-441.
62. Silva CCBM, Lunardi AC, Mendes FAR, Souza FFP, Carvalho CRF. Objective structured clinical evaluation as an assessment method for undergraduate chest physical therapy students: a cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2011;15:481-486.
63. Galato D, Alano GM, França TF, Vieira AC. Exame clínico objetivo estruturado (ECOFE): uma experiência de ensino por meio de simulação do atendimento farmacêutico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2011;15:309-320.
64. Schuwirth L, van der Vleuten C. Merging views on assessment. *Med Educ*. Volume 38. England 2004. p 1208-10.
65. Wormald BW, Schoeman S, Somasunderam A, Penn M. Assessment drives learning: an unavoidable truth? *Anat Sci Educ* 2009;2(5):199-204.
66. Boursicot KAM. Structured assessments of clinical competence. *British Journal of Hospital Medicine* 2010;71(6):342-344.
67. Troncon LEdA. Estruturação de Sistemas para Avaliação Programática do Estudante de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2016;40:30-42.
68. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ* 2005;39(3):309-17.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram de todas as fases do artigo, desde a elaboração do projeto até a redação final do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sheyla Ribeiro Rocha

Departamento de Medicina, Rodovia Washington Luís, km 235, São Carlos, SP, Brasil. CEP: 13565-905.

e-mail: sheyla.ribeiro.rocha@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.