UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE

SÍLVIA CRISTINA MARQUES NUNES PRICINOTE

PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA SOBRE O *FEEDBACK* NA AVALIAÇÃO FORMATIVA

Goiânia

2014

SÍLVIA CRISTINA MARQUES NUNES PRICINOTE

PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA SOBRE O *FEEDBACK* NA AVALIAÇÃO FORMATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – nível Mestrado Profissional da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientador: Profª. Drª. Edna Regina Silva Pereira

Goiânia

2014

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Aluno(a): Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote

Orientador(a): Profª Drª Edna Regina Silva Pereira

Membros:

1. Profª Drª Edna Regina Silva Pereira

2. Profª Drª Nilce Maria da Silva Campos Costa

3. Profª Drª Maria Auxiliadora Carmo Moreira

Suplentes:

1. Prof° Drº Vardeli Alves de Moraes

2. Profª Drª Josélia Rego

Data:12/fev/2014

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**7**
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**	**13**
2.1	AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA	13
2.1.1	Avaliação de competências	14
2.1.2	Critérios para uma boa avaliação	18
2.1.3	Avaliação somativa e formativa	19
2.2	*FEEDBACK* NA AVALIAÇÃO FORMATIVA	21
2.2.1	Definição	21
2.2.2	Impacto do *feedback* no processo de ensino e aprendizagem	22
2.2.3	*Feedback* efetivo	24
2.2.4	Técnicas para aplicação de *feedback* efetivo	30
2.2.5	Qualidades para o professor dar o *feedback*	31
2.2.6	Qualidades e motivações para o aluno receber o *feedback*	32
3	**OBJETIVOS**	**34**
3.1	OBJETIVO GERAL	34
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4	**MÉTODOS**	**35**
4.1	O DESENHO DO ESTUDO	35
4.2	A TÉCNICA DO GRUPO FOCAL	36
4.2.1	A coleta dos dados	42
4.3	A ANÁLISE DOS DADOS	44
4.4	OS ASPECTOS ÉTICOS	45
5	**ARTIGOS**	**47**
5.1	ARTIGO 1: O SIGNIFICADO DO *FEEDBACK* NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA	48
5.2	ARTIGO 2: PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA SOBRE O *FEEDBACK* NO AMBIENTE DE APRENDIZAGEM	66
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	**86**
7	**PRODUTO TÉCNICO**	**88**
	REFERÊNCIAS	**90**

ANEXOS 98
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE 98
ANEXO 2 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 1 100
ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 2 102
ANEXO 4 – NORMAS 1 DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO MEDICAL EDUCATION 104
ANEXO 5 – NORMAS 2 DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO MEDICAL EDUCATION 108
ANEXO 6 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA 113
ANEXO 7 – CARTA DE APOIO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE 117
ANEXO 8 – CARTA DE APOIO DO APOIO PSICOPEDAGÓGICO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 1 118
ANEXO 9 – CARTA DE APOIO DO APOIO PSICOPEDAGÓGICO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 2 119
APÊNDICES 120
APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE DEBATE DO GRUPO FOCAL 120
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 121

RESUMO

Em educação, define-se *feedback* como uma informação provida por um agente: professor, par, livro, por si próprio ou por uma experiência, sobre determinados aspectos da *performance* ou o conhecimento do aluno. *Feedback* gera uma conscientização para a aprendizagem, pois ressalta dissonâncias entre o resultado pretendido e o real, incentivando mudanças, apontando comportamentos adequados e motivando o indivíduo a repetir o acerto. O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção de discentes de medicina sobre o significado do *feedback* na avaliação formativa e conhecer como o *feedback* é ministrado. Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de grupos focais com alunos do quarto ano ou oitavo período de três faculdades de medicina do estado de Goiás. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, criando-se as seguintes categorias: compreensão de *feedback* pelos alunos, frequência do *feedback* recebido, impacto do *feedback* no processo de ensino aprendizagem, percepção sobre o *feedback* recebido, características do *feedback* recebido, fatores relacionados à ocorrência do *feedback*, características do docente para dar o *feedback* e características do discentes para receber o *feedback*. Percebe-se que os alunos, embora tenham dificuldade em conceituar, compreendem parcialmente o que é *feedback*, pois falta a concepção do *feedback* interno. Conseguem reconhecer a importância do *feedback* para seu processo de aprendizagem e se mostram receptivos ao *feedback* efetivo. Entretanto, encontram-se insatisfeitos com a baixa frequência e a falta de regulamentação desta ferramenta. Observa-se também que a prática do *feedback* precisa ser aprimorada nos ambientes de ensino e aprendizagem, independente da instituição ou modelo curricular. Deve – se estimular tanto os docentes a darem o *feedback* quanto aos discentes a buscar recebê-lo, para que seja uma prática regular e contínua nos ambientes de ensino.

Palavras – chave: Retroalimentação psicológica. Estudantes de medicina. Ensino. Aprendizagem. Avaliação educacional.

ABSTRACT

In education, feedback can be defined by information provided by an agent that can be a teacher, a mate, a book, oneself or an experience about certain aspects of the student's performance or knowledge. Feedback creates awareness of learning, for it emphasizes deviations among the desired goals and the actual results, encourages changes and indicates the appropriate behavior, promoting individual's motivation to repeat the correct action. The aim of this research was to analyze the student's perception of the meaning of feedback in formative assessment, and, therefore, know how it is delivered. This is a qualitative research. Data were collected via focus groups with fourth year or eighth term students at three medical schools in the state of Goiás. Thematic analysis revealed eight major themes: understanding of feedback by the students, frequency of the received feedback, impact of feedback in the teaching and learning process, the perception of the feedback received, characteristics of received feedback, factors related to the occurrence of feedback, characteristics of the teacher to provide feedback and characteristics of the student to receive feedback. We realize that the students, in spite of their difficulty to conceptualize, can understand partially what feedback means, because there is no concept of internal feedback. On the other hand, they can recognize the importance of feedback for their learning process and they are receptive to effective feedback. However, they are unhappy with the low frequency and the lack of regulation of this tool. It is observed that the practice of feedback needs to be improved in the teaching and learning environment of the students, regardless of the institution or curriculum. Teachers should be stimulated to give feedback, as well the students should be stimulated to seek it, so that it is regular and continuous practice in educational environments.

Keywords: Feedback psychological. Medical students. Teaching. Learning. Educational measurement.

1 INTRODUÇÃO

O mundo vivencia profundas modificações na área do conhecimento, da tecnologia, da sociopolítica e, como é próprio da dinâmica dessas mudanças, elas também atingem a área da saúde.

Requer-se um novo perfil de profissional na área médica, que precisa ser generalista, humanista, crítico e reflexivo. Sua prática deve ser pautada na ética, no rigor científico, na integralidade, na cidadania e na promoção de saúde, desenvolvendo competências que vão além da atenção em saúde, como tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, bem como educação permanente (BRASIL, 2001).

Para tanto, os currículos tradicionais, as metodologias de ensino e de avaliação tornaram-se ultrapassados. O processo de ensino aprendizagem não pode permanecer parado frente a essas transformações, necessitando de inovações para cumprir com seu papel social de formar o profissional que atenda às demandas dessa nova sociedade, ultrapassando os limites do treinamento técnico (PAGLIOSA; DAS ROS, 2008).

As tendências atuais no ensino em saúde apontam para a utilização de metodologias ativas, em que o aluno é o protagonista do seu próprio processo de formação, transformando-se o professor em um facilitador e motivador deste processo; para a busca do ensino integrado e interdisciplinar, inserido desde o início do curso em campos de prática na comunidade, em que o ensino se articula com a assistência, voltando-se para determinantes biopsicossociais do processo saúde e doença dessa comunidade e para inserção da tecnologia da informação no processo de formação (ANASTASIOU; ALVES, 2010; BATISTA et al, 2005).

Nesse contexto, o ato de avaliar o profissional em formação passa a adquirir um novo significado: deixa de estabelecer se o aluno foi aprovado ou não em determinada disciplina, para verificar se os objetivos educacionais como um todo foram atingidos, quer dizer, se o aluno adquiriu, além do conhecimento técnico necessário, as competências, habilidades e atitudes requeridas para o novo perfil de profissional requerido (AMIN; SENG; ENG, 2006; EPSTEIN, 2007).

Tradicionalmente, a avaliação é vista como "mal necessário" para medir o desempenho dos estudantes. Entretanto, se bem planejada e implementada, tem o poder positivo de direcionar o aprendizado e o currículo, tornando-se o mais potente motivador do aprendizado (AMIN; SENG; ENG, 2006).

A avaliação é também um instrumento de coleta de dados necessários à melhoria da aprendizagem. Ela auxilia a estabelecer de metas, a verificar se objetivos educacionais foram alcançados, a dar suporte ao aprendizado do aluno, a certificar e julgar competências, a avaliar e desenvolver programas pelos professores, a tomar decisões em relação às mudanças curriculares, a prever futuras *performances* dos profissionais em formação, protegendo os pacientes da má prática profissional, e determina cada passo do processo ensino aprendizagem, indicando sua eficácia e entendendo esse próprio processo (AMIN; SENG; ENG, 2006; NORCINI, 2011).

Despoja-se, portanto, do caráter meramente somativo, de aprovar o aluno em uma disciplina, e assume um caráter formativo, tornando-se parte integrante da formação de competências do novo profissional (AMIN; SENG; ENG, 2006; NORCINI, 2011).

Na abordagem por competências, a aprendizagem não deve ser vista como uma transferência de conhecimentos, mas deve partir da análise de situações e da atitude para derivar o conhecimento, abrangendo, entre outras características, conhecimento, capacidade de execução, habilidade para a execução, raciocínio, pensamento crítico, postura profissional e ética, relacionamento humano, comportamento, valores, mudança de atitude e até certa independência para a produção do saber (NORCINI; MCKINLEY, 2007; IRBY; WILKERSON, 2003).

Como não existe um único método de avaliação capaz de atingir todos estes elementos (conhecimentos, habilidades e atitudes), entende-se que apenas a combinação de métodos é capaz de produzir os resultados esperados da avaliação (EPSTEIN, 2007; NORCINI, 2011; NORCINI; MCKINLEY, 2007).

Outro aspecto fundamental para que a avaliação cumpra sua função é que o aluno conheça de forma imediata quais foram seus acertos e erros, ou seja, quanto antes obtiver um feedback da avaliação, mais facilmente tenderá a reforçar as respostas certas, a superar suas deficiências e a corrigir seus erros (MENACHERY et al, 2006).

Por *feedback* entende-se um processo que não se limita a transmitir informações ao aluno (certo ou errado, bom ou fraco), mas um processo de aprendizagem construído ativamente, que busca desenvolver no indivíduo uma capacidade de autoavaliação direcionada, baseada em um determinado contexto e no alcance de objetivos, metas ou desempenho padrão (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2006).

Uma observação da *performance* do discente em um cenário de prática gera informações em que se comparam o estado atual de aprendizado com o aprendizado esperado. Discutir essas informações para que o estudante possa confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento na memória é praticar o *feedback* (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). Ao se adotar essa prática, consegue-se reduzir as discrepâncias entre o desempenhado e o padrão ideal (objetivo de aprendizagem), tornando-se, então, o *feedback* um instrumento valioso para efetiva educação médica (MENACHERY et al, 2006).

O *feedback* está relacionado à melhoria do desempenho do aluno, podendo contribuir para a fixação da aprendizagem, assumindo uma dimensão orientadora e construtiva, e não seletiva (HATTIE; TIMPERLEY, 2007).

A literatura enumera vários pontos positivos sobre essa prática andragógica: motiva o aprendizado ao devolver informações de alta qualidade para o estudante sobre o aprendizado; pautando-se na prática reflexiva, desenvolve e aprimora a autopercepção; reduz as incertezas sobre o aprendizado ao tornar o ambiente de ensino seguro; melhora a receptividade do indivíduo a críticas; encoraja o diálogo entre aluno e professor e entre os pares sobre o aprendizado; promove o desenvolvimento de competências e habilidades genéricas e provê aos professores informações que podem ser utilizadas no aprimoramento da forma de ensinar (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

Deste modo, no contexto da educação médica, o *feedback* deve ser uma prática constante, uma vez que esta habilidade percorrerá toda a trajetória da profissão. Isso é particularmente válido nos dias atuais, quando se defende a ideia de que o egresso desenvolva sua capacidade de aprendizagem continuada (EPSTEIN, 2007).

Observa-se que o *feedback* é descrito como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado (RAMANI; KRACKOV, 2012; HATTIE; TIMPERLEY, 2007; ARCHER, 2010; NORCINI, 2010), embora na prática algumas pesquisas relatam que ele ocorre raramente ou de forma ineficaz (HATTIE; TIMPERLEY, 2007; NORCINI, 2010). Portanto, são necessários estudos qualitativos e quantitativos que investiguem o *feedback* no ambiente de ensino e aprendizagem (HATTIE; TIMPERLEY, 2007; NORCINI, 2010).

Outro questionamento que emerge nesse contexto: os estudantes percebem a importância do *feedback* para sua formação? A literatura traz poucas repostas para esta questão (DOAN, 2013; GETZLAF, 2009; HIGGINS; HARTLEY; SKELTON, 2002; POULOS; MAHONY, 2008), principalmente na área educacional médica nacional.

Doan (2013) retratou o interesse de discentes da Universidade de Aston, localizada no Reino Unido, no *feedback* de tutores. Higgins, Hartley e Skelton (2002) analisaram a compreensão de *feedback* por graduandos de administração e sociologia de duas instituições na Inglaterra. Poulos e Mahony (2008) descreveram a percepção sobre o *feedback* efetivo de um grupo de estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Sidney. Bohnacker – Bruce (2013) pesquisou sobre aspectos práticos do *feedback* na percepção de estudantes de administração, direito e esporte da Universidade de Winchester, como: tempo para devolutiva, legibilidade, formato, uso do *feedback* pelo aluno. Bailey (2009) revelou a insatisfação de graduandos de enfermagem e assistência social com o *feedback* escrito. Carless (2006) tentou elucidar as diferentes percepções de discentes e docentes sobre o *feedback* de oito instituições públicas de ensino superior em Hong Kong. Orsmond, Merry e Reiling (2005) demonstraram que alunos de biologia utilizavam o *feedback* recebido para seis propósitos: motivar, aprender, refletir, compreender, enriquecer o ambiente de aprendizado e evitar erros futuros na prática profissional. Weaver pesquisou a percepção de discentes de administração e arte e *design* sobre o *feedback* escrito, relatando que os participantes precisavam de ajuda para compreender e utilizar o feedback ministrado e que o *feedback* foi considerado sem utilidade para o aprendizado quando realizado de forma vaga ou geral, sem indicação de como melhorar, utilizando frases negativas e sem correlação com critérios de avaliação.

Na área educacional médica internacional, relacionam-se alguns estudos. Burguess et al (2013) retratou a percepção de graduandos sobre dar o *feedback* a pares. Burr, Brodier e Wilkinson (2013) descreveram como positiva a opinião de alunos sobre experiência de *feedback* escrito através do mapeamento dos objetivos educacionais nas avaliações. Cushing et al (2011) demostraram que o *feedback* dado por pares pós estações do exame clínico estruturado (OSCE) foi considerado construtivo pelos estudantes de medicina e enfermagem que participaram da pesquisa. Mazor et al (2011) realizaram uma pesquisa nacional nos Estados Unidos com graduandos de medicina, internos, médicos residentes e supervisores de residência médica para avaliar a observação direta dos desempenhos dos profissionais em formação e o *feedback* ministrado. Neste estudo demonstraram que a observação direta é fundamental para o *feedback* efetivo. Watling et al (2013) compararam o *feedback* ministrado a graduandos de pedagogia e música e a médicos residentes e concluíram que o curso de medicina ainda não desenvolveu a cultura do *feedback*, diferente dos outros dois cursos.

Na literatura nacional, destaca-se o artigo de revisão de Zeferino, Domingues e Amaral (2007a). Este buscou auxiliar os educadores médicos a pensarem criticamente sobre como incorporar ou aprimorar a habilidade de ministrar *feedback* ao fornecer elementos teóricos para o entendimento da proposta do *feedback* e ao apresentar algumas evidências de sua efetividade para o ambiente de aprendizagem.

Assim o objetivo do presente estudo será analisar a percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* para o processo de ensino aprendizagem, podendo contribuir com dados importantes para a literatura nacional.

A motivação pessoal que levou ao desenvolvimento desta pesquisa repousa na característica principal da pesquisadora: ser docente. Docência implica em capacitação, e este trabalho é uma forma de aprofundamento na abordagem da avaliação e, sobretudo, do *feedback*, instrumentos importantíssimos que não devem ser negligenciados no processo de ensino aprendizagem. Isso porque já se constatou que a maior influência sobre os estudantes no processo de aprendizagem não é o ensino em si, mas a avaliação (GIBBS; SIMPSON, 2004). E a avaliação só é capaz de cumprir sua função quando, a partir dela, os alunos podem reconhecer seus pontos fortes e fracos e podem adotar ações para melhorar seu desempenho. Por meio

desse processo de percepção e de correção de condutas é possível gerar um efetivo aprendizado (MENACHERY et al, 2006).

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA

No início da década de 1970, descobriu-se que a maior influência exercida sobre os estudantes no processo de aprendizagem não é o ensino em si, mas a avaliação. Estudantes descreveram que todo o esforço despendido depende da percepção sobre o sistema de avaliação, visto que são estratégicos no uso do tempo e utilizam uma negligência seletiva, evitando o conteúdo que acreditam que não será avaliado (GIBBS; SIMPSON, 2004).

Embora a avaliação seja um dos mais importantes fatores que influenciam os estudantes a aprender, essa relação necessita ser melhor entendida devido à persistência da incongruência entre os objetivos curriculares e os avaliados, o propósito da avaliação (somativa ou formativa) e influências pessoais (expectativas com curso/disciplina, educação prévia, sexo, idade e cultura). Somente com o alinhamento construtivo, com a sincronização entre os objetivos curriculares e os avaliados, a avaliação assume o papel real de conduzir o aprendizado (AL-KADRI et al 2011).

Avaliação é definida como a determinação do valor de alguma coisa para uma determinada finalidade (ANASTASIOU; ALVES, 2010). No contexto educacional, a avaliação implica obter informações: saber o que o estudante conhece, o que sabe fazer e se, efetivamente, faz de modo adequado, de maneira que se possa interferir no processo educacional corrigindo distorções e reforçando aspectos positivos, pela aplicação contínua e sistemática de métodos específicos (TRONCON, 1996).

Os métodos avaliativos podem subsidiar a tomada de decisões que interessam tanto ao processo do aprendizado como ao educando: o alcance dos objetivos educacionais, o reforço para o aprendizado do aluno, a progressão do estudante em etapas futuras da formação, o desenvolvimento e a qualidade dos programas de ensino, o entendimento e a eficácia do processo de ensino aprendizagem, assim como a previsão da *performance* futura do profissional em formação (AMIN; SENG; ENG, 2006; TRONCON, 1996).

No caso do estudante de Medicina, a avaliação reveste-se de importância especial, visto que é um dos meios de afirmar o compromisso com a sociedade ao assegurar que os futuros médicos adquiriram competências necessárias para o trabalho (proteção do paciente) e sejam capazes de suprirem a demanda do sistema de saúde (AMIN; SENG; ENG, 2006).

Múltiplos propósitos acarretam várias implicações e, entre estas, citam-se os principais interessados nos resultados ou nas informações obtidas pelas avaliações: o próprio estudante, o professor, os futuros colegas de trabalho, os pacientes e a instituição de ensino (AMIN; SENG; ENG, 2006). Conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1 - Os envolvidos no processo de avaliações e suas indagações

ENVOLVIDO	PERGUNTA	INTERESSE
ACADÊMICO	Alcancei todos os conhecimentos e as competências necessárias? Como posso fazer melhor?	Julgamento de competência e de conhecimento. Suporte ao aprendizado.
PROFESSOR	Meu ensino foi bem sucedido? Como posso fazer melhor?	Validação e melhoria do programa.
COLEGAS DE TRABALHO E PACIENTES	Estamos gerando médicos confiáveis?	Certificação e licenciamento. Segurança para pacientes.
INSTITUIÇÃO DE ENSINO	Estamos justificando o gasto do dinheiro? Estamos ensinando as coisas certas? Estamos ensinando do modo correto?	Justificação do programa. Modificação e melhoria curricular.

Fonte: AMIN; SENG; ENG, 2006.

2.1.1 Avaliação de competências

As habilidades para realizar história, exame físico e para se comunicar com o paciente continuam as mais importantes e eficazes ferramentas diagnósticas e terapêuticas diante de um caso clínico, do que apenas o conhecimento em si (cognitivo) (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b). Tal constatação, nos últimos 20 anos, vem reforçando a necessidade de que os educadores na graduação médica voltem sua atenção para a avaliação de competências clínicas. Estas se caracterizam

como um conjunto de conhecimentos, habilidades técnicas e de comunicação, empatia, propedêutica, raciocínio clínico, profissionalismo, trabalho em equipe, bem como aprendizado baseado em problema e no sistema de saúde (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b).

A competência é, em geral, definida como um conjunto de habilidades de natureza intelectual ou física, relevantes para um determinado fim, passíveis de serem ensinadas, aprendidas e avaliadas (ZEFERINO; PASSERI, 2007). As habilidades podem ser descritas como pertencentes a três grandes domínios: o cognitivo, o psicomotor e o afetivo (TRONCON, 1996).

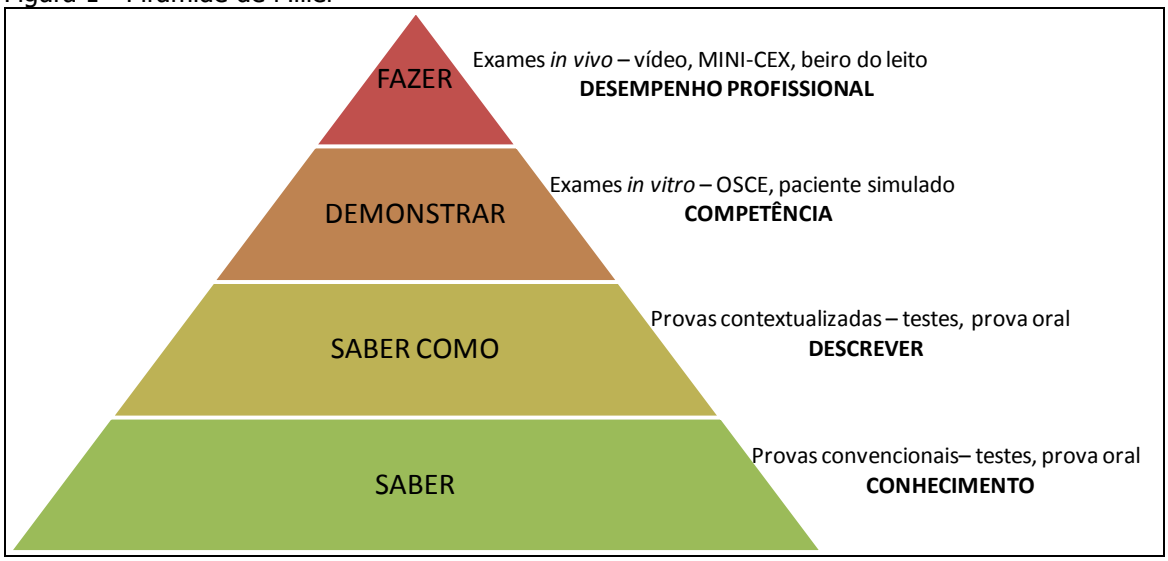
O domínio cognitivo refere-se às habilidades de natureza puramente intelectual, como a aquisição de conhecimento, a compreensão, a análise e a capacidade de síntese, entre outras (TRONCON, 1996; ZEFERINO; PASSERI, 2007).

As habilidades psicomotoras são as que demandam os órgãos dos sentidos e a efetuação neuromuscular para o desempenho de tarefas específicas da profissão (TRONCON, 1996; ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Já o domínio afetivo compreende as atitudes, as crenças, os valores e os juízos acerca das coisas, que, por sua vez, funcionam como importantes determinantes da emissão de comportamentos específicos condizentes com a formação que o discente obteve (TRONCON, 1996; ZEFERINO; PASSERI, 2007).

Em 1990, George Miller propôs um modelo hierárquico de avaliação da competência clínica, a Pirâmide de Miller (Figura 1). O aluno precisa saber (conhecimento), saber como faz (relatar, descrever), realizar em situações simuladas (demonstrar como faz) e também o grau mais elevado da pirâmide, fazer (aplicar na realidade), devendo ser avaliado em todos esses contextos (MILLER, 1990).

Figura 1 - Pirâmide de Miller



Fonte: Adaptação de MILLER, 1990.

Algumas formas atuais de avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes são: provas escritas e orais, o exame clínico objetivo estruturado (OSCE), a avaliação de habilidades clínicas (CSA), portfólio, mini avaliação do exame clínico (MINI-CEX), observação direta de habilidades de procedimentos (DOPS), avaliação 360 graus e conceito global.

As provas escritas e orais avaliam o conhecimento (saber e saber como) com questões subjetivas e/ou objetivas contextualizadas (AMIN; SENG; ENG, 2006; EPSTEIN, 2007).

No OSCE são criados cenários de prática chamados estações, e, com pacientes simulados (atores), o aluno tem que cumprir tarefas específicas do exame clínico em um tempo determinado para cada estação. Cada aluno passa pelas mesmas estações, e são avaliados pelos tutores por meio de um *checklist*. Neste caso, assim como em casos longos e curtos, avalia-se a capacidade do aluno em demonstrar o conhecimento (AMIN; SENG; ENG, 2006; EPSTEIN, 2007, HARDEN et al, 1975).

A CSA possui configuração geral muito semelhante à do OSCE. Ela tem, entretanto, como principal diferença, o fato de que, em cada estação, o estudante deve cumprir todo o conjunto de tarefas necessárias para que a abordagem do paciente se complete. Tipicamente, em cada situação, o estudante encontra um paciente que deve ser entrevistado, com vistas à obtenção da sua história clínica e à

caracterização do problema de saúde a ser resolvido. Deve ser também submetido ao exame físico e, em seguida, informado e orientado sobre as medidas diagnósticas e terapêuticas necessárias para a solução do referido problema. A principal vantagem desta modalidade é a abordagem integral do caso, em condições mais próximas da realidade da prática profissional (TRONCON, 1996).

O portfólio é uma técnica de avaliação que permite registrar elementos significativos da progressão da aprendizagem. Ele deve ser produzido pelo aluno, com orientação do docente, para relatar a evolução do processo de aprendizagem e as competências adquiridas no decorrer do processo por meio do conjunto de informações que demonstrem o conhecimento adquirido. Este método de avaliação é muito motivador para o aluno, já que ele participa integralmente do processo (AMIN; SENG; ENG, 2006; EPSTEIN, 2007).

A MINI-CEX é um instrumento utilizado para avaliação direta do aluno em atendimentos clínicos reais (fazer). O tutor observa diretamente o desempenho do estudante, e, através de um *checklist*, aponta os seus ganhos de aprendizado em cada etapa do exame clínico (AMIN; SENG; ENG, 2006; NORCINI, 2005; EPSTEIN, 2007).

A DOPS é uma variação da MINI-CEX, em que o avaliador observa o estudante quando ele está fazendo um procedimento, por exemplo: administrando uma injeção, coletando sangue, inserindo uma sonda vesical e outros. A *performance* é pontuada conforme uma escala e o *feedback* é dado (MOONEN-VAN-LOON, 2013).

A avaliação 360 graus envolve uma avaliação externa de *performance* prática do aluno durante um período de tempo, realizada por supervisores ou observadores com conhecimento de prática similar, colegas ou pares, pacientes e pelo próprio graduando (MOONEN-VAN-LOON, 2013).

No Conceito Global, atribui-se ao estudante um conceito de maneira retrospectiva no final de um estágio, utilizando categorias gerais, ao invés de comportamentos específicos. Este conceito deve ser construído com itens que especifiquem o que está sendo avaliado, contemplando os atributos necessários (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores) para o desempenho profissional esperado (TRONCON, 1996).

2.1.2 Critérios para uma boa avaliação

É importante seguir critérios de uma boa avaliação para qualquer método avaliativo escolhido, como: validade ou coerência, confiabilidade, equivalência, viabilidade, efeito educacional, efeito catalisador e aceitabilidade (NORCINI et al, 2011; NORCINI; MCKINLEY, 2007).

A validade afere em que grau o teste realmente avalia aquilo a que se propõe, demonstrando a ligação entre o conteúdo do teste e os objetivos de aprendizado (NORCINI et al, 2011; NORCINI; MCKINLEY, 2007). O sucesso da avaliação estruturada está em se encontrar o equilíbrio entre validade e confiabilidade, ou entre o ideal e o prático (AMARAL; TRONCON, 2007). Divide-se em validade de conteúdo (objetivos representativos de aprendizagem são avaliados), validade de construção (utilização de instrumento adequado para o que se propõe avaliar) e validade preditiva (capacidade do resultado da avaliação predizer futura *performance*) (AMIN; SENG; ENG, 2006).

A confiabilidade afere a reprodutibilidade e a consistência de um teste que pode ser afetado por vários fatores, como a decisão do avaliador, o nervosismo do candidato e sua heterogeneidade, o tipo de casos usados, o comportamento dos pacientes (AMIN; SENG; ENG, 2006). Usar vários examinadores pode melhorar a credibilidade do teste (AMARAL; TRONCON, 2007).

A equivalência seria a uniformidade do teste quando aplicado em diferentes instituições ou em uma série de testes. Às vezes é necessária a versão do mesmo teste para manter a equivalência (NORCINI; MCKINLEY, 2007).

A viabilidade é a execução realística e prática da avaliação, levando em conta os custos e os benefícios (NORCINI; MCKINLEY, 2007): disponibilidade de examinadores; tempo para desenvolver, aplicar e pontuar os testes; análise dos resultados; treinamento dos envolvidos; custos administrativos e outros (AMIN; SENG; ENG, 2006).

O efeito educacional é garantir que a avaliação motive aqueles que participam do teste de maneira que haja um benefício educacional (NORCINI; MCKINLEY, 2007).

O efeito catalisador irá promover resultados e *feedback* de maneira a produzir um melhor suporte educacional para melhorar a educação (NORCINI; MCKINLEY, 2007).

A aceitabilidade é quando os investidores (alunos, instituições, planos de saúde, sociedade) confiam em que os processos de resultados são acreditados (NORCINI; MCKINLEY, 2007).

2.1.3 Avaliação somativa e formativa

A seleção do método de avaliação deve ser feita levando-se em consideração, prioritariamente, o que deve ser avaliado. Este é um requisito fundamental da validade da avaliação. Deve-se, ainda, considerar que uma avaliação abrangente, incidindo sobre variadas competências e habilidades, provavelmente, irá requerer o uso de vários instrumentos e técnicas, cujos resultados se completarão (EPSTEIN, 2007). A utilização apropriada de qualquer método de avaliação requer que se tenham presentes as suas vantagens e desvantagens e, em especial, as suas limitações (TRONCON, 1996). A escolha do método deve também ser norteada pela finalidade da avaliação. Classicamente, a avaliação é dividida em somativa e formativa (SWANWICK, 2012).

A avaliação somativa verifica o grau atingido dos objetivos educacionais no final de um programa educacional com intenção de determinar progressão ou não, a necessidade de reforço educacional, a certificação profissional e discrimina as habilidades cognitivas atingidas entre os estudantes (SWANWICK, 2012).

Esse tipo de avaliação foca-se no resultado, por isso é aplicada em exames discriminatórios dos envolvidos (AMIN; SENG; ENG, 2006). Os estudantes se esforçam para serem aprovados e obterem notas altas, o que pode significar para alguns um potencial motivador para o aprendizado, enquanto para outros, um impacto negativo pela ansiedade provocada (PALMER; DEVITT, 2008).

A avaliação formativa define-se como um processo ativo de qualquer atividade realizada ao longo do processo de ensino aprendizagem capaz de prover informações sobre as necessidades dos alunos, podendo ser utilizada para readequar o ensino (BLACK; WILIAM, 1998)

O processo da avaliação formativa subsiste na sequência de duas ações. De um lado, a percepção do estudante da lacuna entre o objetivo desejado e seu estado atual de conhecimento, de habilidade ou de atitude, e, de outro, a ação tomada pelo estudante para preencher a falha encontrada a fim de alcançar o objetivo ideal (BLACK; WILIAM, 1998).

Para a primeira ação, a responsabilidade de identificação recai sobre o aluno, desenvolvendo a capacidade de autoavaliação, ou sobre outra pessoa, que pode ser o professor, que discerne, interpreta e comunica a falha, ou sobre o par, desenvolvendo uma atividade de aprendizado em grupo (BLACK; WILIAM, 1998).

O *feedback* torna-se, portanto, parte central da avaliação formativa, que deve ser contínua, frequente, dinâmica, não fazer juízo de nota e ser aplicada em ambientes informais (SWANWICK, 2012).

Para os estudantes, a disponibilidade regular e a interação dinâmica com tutores facilitam o engajamento com o aprendizado, promovem a reflexão sobre as ações, motivam o estudo e a adoção de comportamento profissional adequado, geram oportunidade para identificar as deficiências e procurar auxílio apropriado, reduzem a insegurança e facilitam a aquisição de competências clínicas (AMIN; SENG; ENG, 2006; BLACK; WILIAM, 1998).

Para os professores, a avaliação formativa promove o ensino dirigido pelas necessidades do estudante, a utilização de estratégias ativas de aprendizagem, o alinhamento construtivo entre currículo e avaliação, assim como a reavaliação constante e melhoria dos programas (AL-KADRI et al, 2011, TRONCON,1996).

Ao longo dos anos, a avaliação em educação médica tem sido essencialmente uma responsabilidade do corpo docente. No entanto, na perspectiva de capacitar médicos para desenvolvimento contínuo e para a atuação em equipes, há uma tendência crescente de responsabilização dos estudantes, incluindo-os no papel de agentes de sua própria avaliação e da avaliação de seus pares (EPSTEIN, 2007).

A avaliação dos pares tem sido apontada como um bom indicador do futuro desempenho profissional, sendo considerada consistente e confiável, já que fornece informações que não poderiam ser medidas pelos métodos tradicionais (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007c). De forma complementar, a autoavaliação promove o

profissionalismo, o trabalho em equipe, a capacidade de comunicação e contribui para o processo de aprendizagem contínua, pois auxilia os alunos a identificarem seus pontos fortes e fracos (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007c).

2.2 *FEEDBACK* NA AVALIAÇÃO FORMATIVA

2.2.1 Definição

O termo *feedback* foi originalmente utilizado para descrever o ajuste em circuitos elétricos e eletrônicos, tendo uma conotação objetiva e não ameaçadora (VELOSKI et aL, 2006). O sensor informa constantemente o sistema sobre o nível de sinal de *outputs*, especificando a diferença existente entre o sinal detectado e o considerado padrão para operação. Quando o efeito desejado é reduzir a diferença entre os sinais, denomina-se a operação de *feedback* negativo; quando se objetiva o contrário, *feedback* positivo (BLACK; WILIAM, 1998).

Aplicando este modelo às ciências do comportamento, em que o nível de comunicação se desenvolve em um nível de complexidade maior, identificam-se quatro elementos no sistema de *feedback*: dados atuais sobre um atributo mensurável, dados sobre a referência padrão deste atributo, mecanismo de comparação entre os dados capaz de gerar informação sobre a discrepância entre eles, mecanismo que pode ser utilizado para corrigir a discrepância (BLACK; WILIAM, 1998).

Na medicina, o foco educacional mudou da aquisição de conhecimento e do treinamento prolongado para o alcance de objetivos de aprendizado e para a preparação dos graduandos em responder às demandas de saúde individual, coletiva e do sistema de saúde. Com isso, espera-se que o estudante desenvolva, em um processo interativo, competências específicas para o desempenho profissional. A avaliação da aquisição de conhecimento, de habilidade, de atitude e de comportamento gera informações sobre o desempenho do estudante. Neste contexto, emerge a importância do *feedback* no processo educacional (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Feedback é uma informação específica sobre a comparação entre a observação da *performance* ou do conhecimento de um aluno no desempenho de uma tarefa e a *performance* ou conhecimento padrão desejado com a intenção de seu aprimoramento, reduzindo a distância existente entre o ideal e a prática (HATTIE; TIMPERLEY, 2007).

Na perspectiva construtivista, *feedback* não é apenas uma informação transmitida do professor para o aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como uma simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004). Mas o estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para poder confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, a habilidade e a atitude, desenvolvendo novas ideias e capacidades (HATTIE; TIMPERLEY, 2007). O processo, o diálogo entre o provedor e o receptor, torna-se importante em si, assegurando que a mensagem foi recebida, como foi interpretada, como precisa ser contextualizada e colocada em prática em nova oportunidade (MURDOCH-EATON, 2012).

2.2.2 Impacto do *feedback* no processo de ensino e aprendizagem

O *feedback* é uma ferramenta importante no processo de ensino aprendizagem. Estudos apontam o benefício de se aprender de modo mais rápido e efetivo, quando o aluno sabe se o que se está fazendo é bem feito e em que ponto precisa melhorar, fundamentado na observação de seu desempenho em determinada tarefa, seja pelo professor, pelos pares ou por outro observador externo associada à sua autorreflexão (CARLESS, 2006; HOUNSELL, 2003).

No processo de *feedback* ativo, o aluno assume a parte central, e ao professor cabe o papel de facilitador (escolher a tarefa adequada, estabelecer padrões desejados e auxiliar o processo da prática reflexiva). Neste modelo, a tarefa acadêmica estipulada pelo professor (avaliação ou não) é o ponto inicial do processo do *feedback* (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004).

O engajamento nessa a tarefa requer que o estudante mobilize seu conhecimento prévio, sua motivação e interpretação adequada sobre qual o intento

da tarefa proposta. Baseado nesta concepção interna, ele reformula seus próprios objetivos com a tarefa, aplicando táticas e estratégias para cumprir sua missão, gerando com isso resultados. O *feedback* interno resulta da comparação entre o progresso individual, os objetivos próprios e o padrão definido. O *feedback* externo vem para aumentar, concordar ou conflitar com o caminho de aprendizagem percorrido. Como etapa seguinte, são postas em prática ações para preencher os espaços entre eles, direcionando e sedimentando o conhecimento (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004).

Com esta prática reflexiva, o estudante pode atravessar os estágios da teoria de conscientização de competências (incompetente inconsciente, incompetente consciente, competente consciente e competente inconsciente) descritos no ciclo de Kolb, principalmente do primeiro para o segundo estágio (BURR; BRODIER; WILKINSON, 2013; KOLB; FRY, 1972).

Kolb apresenta quatro etapas que considera básicas para o aprendizado: sentir, observar, pensar e fazer. A primeira é a maneira como o aluno percebe uma nova informação (experiência concreta). A segunda é a forma como o aluno processa a informação (observação reflexiva). A terceira é a organização das informações por meio de conceitos, teorias e princípios transmitidos pelo professor (conceitualização abstrata). A última etapa é fase em que o aluno efetua os testes para a obtenção de respostas, trabalhando com o real para receber resultados práticos (experimentação ativa) (KOLB; FRY, 1972).

O aluno inicia esse ciclo com a primeira pergunta: "O que eu sei?"; isso o leva a reflexão sobre a questão seguinte: "O que eu preciso saber?"; persiste no raciocínio: "Eu compreendi bem? Quanto eu compreendi?"; coloca-se o conhecimento na prática, e quando este é parcialmente compreendido, gera-se a necessidade de complementá-lo: "Como posso obter mais conhecimento?" (BURR; BRODIER; WILKINSON, 2013; KOLB; FRY, 1972).

Desenvolve-se um processo de automonitorização do aprendizado, um processo de construção ativo em que os alunos definem metas de aprendizagem e monitoram os caminhos cognitivos, as motivações e os comportamentos guiados pelos objetivos traçados em um ambiente contextualizado pelo *feedback* (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

Este percurso gera alunos eficazes, persistentes, empreendedores, criativos, motivados e confiantes; cria um ambiente de ensino seguro e uma relação de proximidade entre aluno e professor, em que este também demonstra seus conhecimentos, seu compromisso com ensino e justifica o motivo de atribuição de determinada nota (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004; ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

Além de o *feedback* ser fulcral nesse processo cognitivo, ele dá suporte ao desempenho técnico e profissional, pois encoraja o aluno a ter uma boa *performance*, assegura a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes, é essencial para a aquisição de competências profissionais (habilidades de comunicação, exame clínico, prescrição, empatia, profissionalismo e trabalho em equipe) e estimula a prática profissional voltada para resultados e para o desenvolvimento profissional contínuo (BOK et al, 2013; CUSHING, et al, 2011; VELOSKI et al, 2006; ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

A prática de *feedback* por pares também enriquece o aprendizado. Quando os estudantes dão *feedback* aos seus pares, obtêm ganhos metacognitivos, aumento de responsabilidade pelo aprendizado do próximo e desenvolvem as competências de profissionalismo e comunicação. Ao relatar seu *feedback* ao par, o aluno refaz sua autoavaliação, verbaliza o que sabe e identifica também seus próprios pontos a serem reelaborados (BURGESS et al, 2013).

Entretanto, existem diferentes percepções de docentes e discentes sobre o impacto real do *feedback* no processo de ensino e aprendizado. Os professores acreditam que devolvem mais *feedback* que os segundos acreditam receber e consideram o *feedback* mais útil que os alunos (CARLESS, 2006). Isso provavelmente se dá pela falta de conhecimento sobre a função de cada um neste processo, pela baixa frequência com que ele é desencadeado ou pela baixa efetividade em si (GIBBS; SIMPSON, 2004; RAMANI; KRACKOV, 2012).

2.2.3 *Feedback* efetivo

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* prévia ou conhecimento de determinada tarefa (ARCHER, 2010). Para tanto, todas as fases (ver figura 2): 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 (BROWN, 2004).

Figura 2 – O processo do *feedback* efetivo

Fonte: produção do próprio pesquisador

A tarefa

Muitas tarefas acadêmicas não fazem sentido para o estudante. Como receber um *feedback* adequado, se a tarefa não foi compreendida apropriadamente? A tarefa deve ser compatível com o conhecimento prévio do estudante e ter uma conexão lógica, específica e clara com os objetivos de aprendizagem a serem atingidos, ou seja, serem condizentes com o nível de aprendizado do discente (GIBBS; SIMPSON, 2004).

Além disso, o aluno só é capaz de atingir um determinado objetivo de aprendizagem, se o conhecer. Por isso, este objetivo e o padrão de desempenho (expectativa de *performance*) devem ser esclarecidos, tornando-se o aluno mais seguro e responsável pelo aprendizado (RAMANI; KRACKOV, 2012). Além de estratégias como textos escritos e explicações verbais, a técnica de modelagem pode ser utilizada para exemplificar a *performance* pretendida, facilitando a comparação pelo aluno (GIBBS; SIMPSON, 2004).

A observação

A credibilidade do *feedback* decorre também da observação direta do desempenho, pois fornece uma visão mais realista e integrada das competências dos alunos, facilitando a identificação das áreas de aprendizado a serem reforçadas (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b).

Estudantes reportam que o *feedback* é mais aceitável e instrutivo quando a observação é realizada pelo próprio professor, e não baseada no relatório de um informante (RAMANI; KRACKOV, 2012). No entanto, raras são as oportunidades em que os docentes observam os atendimentos realizados por seus alunos durante o ciclo clínico. Frequentemente, os professores aceitam a veracidade da história e do exame físico apresentados pelos alunos, sem nunca terem realmente observado seu desempenho (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b).

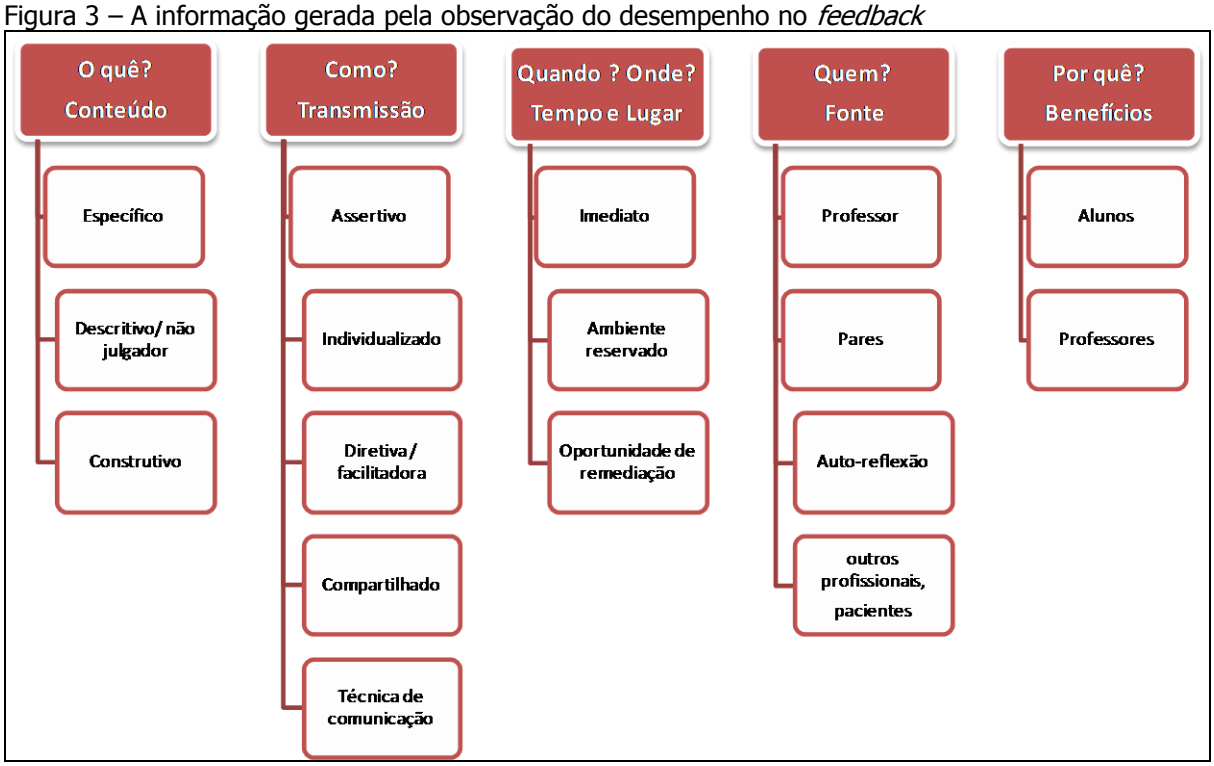
O uso de um instrumento estruturado, tipo *checklist*, para avaliação durante a observação de uma tarefa auxilia o professor a focar sua atenção, aumentando a acurácia na detecção de falhas (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b). Além de servirem como instrumento de avaliação, essas listas servem como ferramenta de aprendizagem, oferecendo elementos objetivos para dar *feedback* aos alunos, podendo ajudá-los a reforçar seus pontos fortes e a corrigir suas deficiências (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007b).

A observação não pode ser um processo passivo, e sim construtivo: informações devem ser dadas durante o próprio desempenho para que o aluno tome maior ciência dos objetivos e da *performance* a serem atingidos (HATTIE; TIMPERLEY, 2007).

A informação gerada

De forma didática, a informação gerada pela observação do desempenho do aluno, comparada com o padrão de *performance* ou conhecimento, deve responder a seis perguntas, como apresentado na figura 3: "O quê?", "Como?", "Quando?", "Onde?", "Quem?" e "Por quê?".

Figura 3 – A informação gerada pela observação do desempenho no *feedback*



Fonte: produção do próprio pesquisador

A pergunta "o quê?" refere-se ao conteúdo da informação que deve ser específico; descritivo e não julgador; diretivo ou facilitador; e construtivo (RAMANI; KRACKOV, 2012; PELGRIM, 2012).

Específico significa indicar claramente os comportamentos nos quais o aluno está tendo bom desempenho, gerando segurança e um ambiente seguro de aprendizado, e aqueles nos quais o aluno pode melhorar (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a). Relaciona-se a determinada tarefa e o conhecimento não pode ser generalizado para outras, pois gera-se incerteza quando se perde a especificidade (ARCHER, 2010). Deve-se focar na tarefa, e não no indivíduo, pois fazer comentários sobre características pessoais pode ter efeito negativo na atitude, na *performance*, no relacionamento e no aprendizado (NICOL, D.; MACFARLANE-DICK, 2004).

Por descritivo e não julgador entende-se utilizar palavras para descrever, ao invés de julgar, determinado comportamento ou ação (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a). Um *feedback* construtivo requer a descrição com justificativas de

áreas que precisam ser melhoradas, com sugestões ou exemplos de como obter o desempenho desejado, de como ele será posteriormente mensurado e criar um plano de ação para alcançar os objetivos levantados (RAMANI; KRACKOV, 2012; VIVEKANANDA – SCHMIDT, 2013).

A pergunta "como?" refere-se à transmissão dessa informação, que deve ser feita de modo assertivo, individualizado; diretiva ou facilitadora; compartilhada e realizada com técnicas de comunicação (RAMANI; KRACKOV, 2012; PELGRIM, 2012).

Para ser assertiva, a comunicação deve ser clara, objetiva e direta. A informação deve ser dada face a face com o indivíduo, indicando-lhe de modo preciso o que requer correção (diretiva), ou envolvendo a provisão de comentários e sugestões que facilitam o aluno desenvolver seu *feedback* interno (facilitadora) (ARCHER, 2010), mas sempre tendo em mente que se trata de um processo compartilhado. Docente e aluno, por meio do diálogo, devem encontrar pontos de concordância sobre os comportamentos que devem ser trabalhados, entendendo e respeitando a opinião do outro (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

Estratégias positivas de comunicação são essenciais: a mensagem enviada pela linguagem corporal é importante. Por exemplo, sentar ao lado do estudante minimiza a relação de poder; usar tom de voz respeitoso e gentil; utilizar questões abertas, convidando o aluno para uma conversa em que o levará a reflexão de suas práticas e limitar o *feedback* em uma sessão àquilo que é possível de ser absorvido (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Além da forma verbal, o *feedback* pode ser estruturado de forma escrita, dependendo do contexto em que for gerado: em uma avaliação escrita, por exemplo, é melhor que ele seja dado também por escrito (ARCHER, 2010). Uma forma de facilitar o *feedback* escrito é pelo *blueprint* da avaliação, ou seja, pelo mapeamento dos objetivos relevantes de aprendizagem da avaliação somativa para o aluno. O *blueprint* auxilia o discente a reconhecer os objetivos e monitorar a eficácia do seu aprendizado e também é uma opção personalizada para dar uma devolutiva a um grande número de alunos, economizando tempo (BURR; BRODIER; WILKINSON, 2013).

As questões "quando e onde?" referem-se ao momento e ao local para dar *feedback* ao aluno, que devem ser oportunos, preferencialmente logo após a

observação do comportamento e em ambiente reservado (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a). Caso o estudante não receba o *feedback* imediato, ele terá seus esforços desviados para um novo conteúdo, e o *feedback* será irrelevante para esse novo momento e provavelmente não será uma atividade que resultará em aprendizado (GIBBS; SIMPSON, 2004).

O *feedback* é uma atividade que consome tempo, por isso deve ser planejada. No planejamento, deve-se levar em consideração a oportunidade de refazer a tarefa (oportunidade de remediação), por isso o *feedback* não deve ser ministrado apenas ao final do rodízio ou disciplina, e sim ao longo do período, propiciando ao aluno colocar em prática as estratégias para melhoria do seu desempenho e, consequentemente, resultar em aprendizado (RAMANI; KRACKOV, 2012).

Neste contexto, surgem algumas barreiras: classes com grande número de alunos (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004), dificuldade em se lidar com os dois papéis exercidos pelo professor (docência e assistência) (WATLING et al, 2013) e a falta de continuidade do estudante em determinado ambiente de aprendizado devido à característica de rotação entre disciplinas dos currículos (BATES et al, 2013).

A questão "quem?" à peculiaridade de que o *feedback* pode ser entregue por várias fontes. A fonte mais confiável, na percepção do aluno, é o próprio professor, quando regularmente faz a observação direta do desempenho do estudante (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a). Outras fontes também podem ser úteis: colegas (ARCHER, 2010), múltiplas fontes em ambiente interativo e sistematizado (pares, supervisores, outros profissionais de saúde, pacientes) (VIVEKANANDA – SCHMIDT et al, 2013) e a mais importante, o próprio aluno em processo de autorreflexão (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004).

O relacionamento de confiança estabelecido entre pares pode facilitar a devolutiva e agregar outros benefícios: ambiente seguro de aprendizado, aumento de reflexão sobre as competências, respeito às características pessoais do outro, melhora da habilidade de comunicação e profissionalismo (CHOU et al, 2013). Entretanto, deve-se atentar para o risco de gerar competição entre os alunos, a ilusão de poder ou a ansiedade, particularmente quando o *feedback* a ser devolvido é negativo (CHOU et al, 2013).

A indagação "por quê?" remete aos benefícios para os alunos enumerados previamente, mas o *feedback* além de beneficiar o receptor, afeta também o professor, que toma ciência da profundidade do aprendizado e da efetividade das competências adquiridas, envolvendo – se também na revisão e reflexão (o que foi bom, o que precisa mudar, quais novas estratégias a utilizar) gerada pelo *feedback* para preencher as lacunas do processo de ensino e aprendizado (NICOL; MACFARLANE-DICK, 2004).

A adoção de capacitação docente para entregar o *feedback* e a institucionalização desta ferramenta educacional são facilitadores para a ocorrência do processo de *feedback* (RAMANI; KRACKOV, 2012).

2.2.4 Técnicas para aplicação de *feedback* efetivo

Baseando-se no exposto sobre a efetividade de um *feedback*, várias técnicas de como dar devolutivas foram desenvolvidas.

Quando o *feedback* negativo é exposto entre *feedback*s positivos, reduzindo os sentimentos de injustiça e incapacidade gerados muitas vezes no aluno, esse procedimento recebe o nome metafórico de "técnica de sanduíche" (EDWARD; PARR, 2011).

O Método de Crítica Positiva de Pendleton é uma técnica de quatro passos. Primeiramente, pergunta-se ao estudante o que ele acha que foi bom, concorda-se apropriadamente e adiciona-se algum outro reforço positivo pertinente. A seguir, pede-se para o aluno identificar áreas que necessitam ser melhoradas concordando com ele e acrescentando outros pontos identificados para melhoria que não haviam sido ressaltados (PENDLETON et al, 2003).

Na técnica de Hattie e Timperley (2007), o *feedback* efetivo deve focar na tarefa, no processo e na automonitorização e responder três questões para o aluno: "Onde eu estou?", "Como estou indo?" e "Qual o próximo passo?".

O modelo ECO (emoção, conteúdo e resultado – do inglês *outcome*) é um processo de três passos: conhecer e explorar a reação emocional ao *feedback* recebido; clarear o conteúdo do *feedback* específico à *performance* e confirmar se o aluno identificou as necessidades de aprendizado e desempenho e coordenar um

plano de ação para a obtenção dos resultados esperados (RAMANI; KRACKOV, 2012).

2.2.5 Qualidades para o professor dar o *feedback*

A educação médica é um campo em constante desenvolvimento e diverso do usual, pois a maioria dos professores não tem capacitação em docência universitária. A maioria dos docentes são médicos que esperam ajudar na formação do estudante por meio de sua experiência clínica (SINGH et al, 2013). Atuando como professores desempenham um papel significante no processo de ensino e aprendizagem, por isso é pertinente identificar fatores que se correlacionam com a prática docente efetiva.

Segundo Kikukawa (2013), há muitos estudos qualitativos ou quantitativos que tratam sobre as características de um bom professor da área de educação médica, sendo mais recorrentes os seguintes temas: capacidade de prover suficiente apoio educacional, dar ao aluno oportunidade de pensar e prover informação sobre áreas que necessitam de melhorias. Ou seja, todos esses temas se resumem na capacidade do docente em dar aos alunos um *feedback* efetivo.

Os discentes indicam que as características requeridas de um docente para prover *feedback* são: ter habilidade de 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 em lidar com conflitos, revisar anualmente os objetivos de aprendizagem, desenvolver o ensino centrado no aluno (deixar os alunos desempenharem atividades por si, trabalhar em conjunto com eles para estabelecimento de metas, objetivos e regras e propor sempre um ensino interativo) e pedir por *feedback* do seu próprio desempenho para melhoria de estratégias de ensino (BOK et al, 2013; MENACHERY et al, 2006).

Os docentes devem ser estimulados a praticar o *feedback* como estratégia regular de ensino aprendizagem. Mas, para essa mudança ocorrer, é preciso disponibilizar aos professores um conjunto de práticas e informações que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como estratégia de ensino. Os programas de desenvolvimento docente para o ensino médico devem incluir tal

componente. Há evidências de que programas de desenvolvimento são amplamente aceitos pelos docentes e apresentam efeitos positivos, estando a habilidade de *feedback* entre os temas sugeridos em sua composição (ZEFERINO; DOMINGUES; AMARAL, 2007a).

Além disso, a institucionalização do *feedback* pode converter-se em um estímulo importante para o docente utilizar esta prática, pois, a partir do momento em que a instituição desenvolve, formaliza e monitora o processo de *feedback* ofertado aos alunos, passa a existir a necessidade de se comprometer com as diretivas deste procedimento avaliativo (RAMANI; KRACKOV, 2012).

2.2.6 Qualidades e motivações para o aluno receber o *feedback*

O *feedback* é inevitavelmente interpretado pela lente da autopercepção. Torna-se importante compreender como o discente requer, interpreta, aceita e usa (ou não) o *feedback* e compreender os fatores relacionados a esta interpretação (EVA et al, 2012).

A principal qualidade para o aluno receber o *feedback* é a capacidade de reflexão: a auto avaliação e autopercepção de seu desempenho desenvolvem o *feedback* interno, que facilita a aceitação de um *feedback* externo (SARGEANT et al, 2008).

Na pesquisa de Watling et al (2013), um grupo de residentes médicos reconheceram a importância de seu papel em buscar de forma ativa o *feedback*. Já alunos de pedagogia e música que participaram da pesquisa afirmaram não necessitarem de assumir esse papel porque o *feedback* sempre ocorre, não sendo necessário solicitá-lo.

Existem, portanto, diferentes motivações que levam o estudante a querer receber um *feedback*, como (BOK et al, 2013; CROMMELINCK; ANSEEL, 2013; WATLING et al, 2012):

a) quando o *feedback* tem efeito positivo sobre seu ego ou imagem;
b) quando o estudo é dirigido por objetivos de aprendizagem, o aluno quer melhorar suas habilidades e conhecimentos para reduzir

incertezas, desenvolvendo competências clínicas e crescendo como profissional;

c) quando o foco do estudo é demonstrar *performance*, o aluno vai requerer *feedback* para receber julgamentos positivos do seu desempenho;
d) quando há um senso de responsabilidade pelo paciente para melhorar suas competências clínicas;
e) quando há um bom relacionamento com a equipe e com os docentes;
f) quando há disposição física e mental, assim como interesse no aprendizado;
g) quando o provedor está de bom humor e tem *expertise* para dar o *feedback*;
h) quando há um senso de responsabilidade e segurança e o *feedback* serve para evitar complicações futuras.

Diante do exposto, percebe-se a importância do tema avaliação e *feedback* para o processo de ensino e aprendizagem. Nota-se que tudo é muito bem detalhado, rico e cheio de significado na teoria, embora, parece que, na prática, ainda há certa resistência à implementação de forma efetiva e eficaz tanto de processos avaliativos formativos quanto do *feedback* de qualidade.

Sendo assim, este trabalho visa contribuir ao pesquisar, na perspectiva de discentes, como o *feedback* é ministrado na prática e, consequentemente, levantar seus pontos positivos e negativos, reforçando a necessidade de sua implementação e evidenciando os pontos que necessitam ser melhorados para que o *feedback* venha a ter a qualidade esperada para contribuir efetivamente na aprendizagem dos discentes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* como estratégia de aprendizagem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

I. Conhecer como os alunos definem *feedback*.
II. Identificar se os estudantes recebem o *feedback* e com qual frequência.
III. Caracterizar o *feedback* recebido.
IV. Identificar as características específicas para o professor realizar e para o aluno receber o *feedback*.

4 MÉTODOS

4.1 O DESENHO DO ESTUDO

O estudo em questão, por ter como objetivo analisar a percepção de um grupo de pessoas sobre um assunto específico, utilizou a abordagem qualitativa em seu desenho por meio do grupo focal, como estratégia para coleta dos dados.

O discurso das Ciências Naturais, entre as quais incluem-se as Ciências Médicas, mescla-se com o entendimento dos métodos quantitativos. O pensamento científico moderno (observação, experimentação e indução) nasceu há quase quatro séculos, com Galileu (TURATO, 2005). Já a história dos métodos qualitativos, ou compreensivos, é bem mais recente, data de pouco mais de um século, ao tempo da criação das chamadas Ciências Humanas. A ideia de se criarem as Ciências Humanas surgiu para fazer um contraponto às então já organizadas Ciências Naturais (TURATO, 2005).

Em todo o mundo, desde a década de 1980, as pesquisas em saúde e em educação têm revelado que grande parte das investigações diagnósticas e avaliativas são acompanhadas por estudos qualitativos (IERVOLINO; PELICIONI, 2001), o que é um avanço em relação ao passado. Em outros tempos, qualquer pesquisador que incluísse análises qualitativas em seus trabalhos teria o dissabor de vê-los rejeitados, porque seriam considerados não científicos (MINAYO; GOMES, 2010).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, pois trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das percepções, das crenças, dos valores e das atitudes como parte da realidade social humana, já que o ser humano não se caracteriza apenas por suas ações, e sim por pensá-las e interpretá-las dentro do contexto vivido (MINAYO; GOMES, 2010).

O papel do pesquisador é obter um panorama profundo do significado das coisas. O que as "coisas" (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam dão molde à vida das pessoas. Num outro nível, os significados que as "coisas" ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e assim organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. É necessário, então, utilizar uma abordagem

naturalista, ou seja, buscar entender os fenômenos dentro dos contextos específicos onde eles se processam (MINAYO; GOMES, 2010; TURATO, 2005).

O pesquisador torna-se seu próprio instrumento de pesquisa, ao usar diretamente seus órgãos dos sentidos para apreender os objetos em estudo, espelhando-os em sua consciência, onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados. Procedendo assim, a reflexividade, as reflexões do pesquisador sobre suas ações e observações no campo, assim com o suas percepções, tornam-se parte dos dados (GRAY, 2012).

Coletar os dados bem próximo da essência da questão em estudo pela observação acurada dos sujeitos, pela escuta em profundidade das entrevistas, pela análise detalhada de documentos, fotografias, vídeos e de outros métodos, confere maior validade ao estudo, produz conceitos, gera resultados fidedignos em um contexto específico sem se preocupar com a generalização dos resultados obtidos, pois não se pauta em quantificações das ocorrências ou no estabelecimento de relações causa-efeito (MINAYO; GOMES, 2010; TURATO, 2005).

4.2 A TÉCNICA DO GRUPO FOCAL

As técnicas de coleta de dados que compõem um tipo de metodologia não podem ser pensadas isoladamente ou aleatoriamente como instrumentos de coleta de dados prontos a serem aplicados aos sujeitos de pesquisa, a fim de que produzam as informações de que o pesquisador necessita. Cada pesquisa deve definir os procedimentos apropriados para seu fim, ou seja, após estabelecido o objeto de estudo e o desenho da pesquisa, o passo seguinte é decidir como coletar informações para estudá-las (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Embora o grupo focal seja uma técnica de coleta de dados utilizada desde a década de 1950, sua utilização na área da saúde é relativamente recente, após meados da década de 1980. O mesmo não aconteceu com os pesquisadores de *marketing* e mídia, que imediatamente o incorporaram como uma de suas mais valiosas técnicas de pesquisa, seja pelo seu baixo custo, seja pela rapidez com que o grupo focal fornece dados válidos e confiáveis, ou ainda pela ênfase interativa na coleta de dados (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Até recentemente, o uso de grupo focal em pesquisa na saúde foi limitado a gerar hipóteses, testar e implantar fases preliminares de projetos, desenvolver questionários e interpretar estudos quantitativos. Em educação médica, esta técnica esteve fortemente relacionada ao desenvolvimento de questionários. Na área da saúde, ao reconhecer que a fala do paciente é importante para identificar barreiras no sistema de saúde e para trabalhar em conjunto para sua melhoria, passou-se a utilizar o grupo focal para levantamento do ponto de vista. O mesmo ocorreu na área de educação médica, quando se reconheceu a necessidade de ouvir a fala do estudante, ao invés de refletir apenas sobre o currículo (BARBOUR, 2005).

Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento à nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social, e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais para a educação centrada na perspectiva cultural de seus possíveis beneficiários (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

O grupo focal define-se como uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

A principal característica da técnica de grupos focais reside no fato de trabalhar com a reflexão expressa pela fala dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema. Como decorrência, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

A coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas basear - se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. A análise sistemática e cuidadosa das discussões vai fornecer pistas e *insights* sobre a forma como é percebido um produto, serviço ou plano de atividades educativas ou de ações para a promoção em saúde (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

A técnica de grupo focal pode ser dividida em 3 fases: pré-encontro, o encontro e pós-encontro (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Fase I: pré-encontro

A seleção dos participantes em potencial é uma etapa crucial. A amostragem qualitativa geralmente é referida como intencional, ou seja, relaciona-se à antecipação do uso de critérios selecionados para fazer comparações assim que os dados tenham sido gerados (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Na maioria das pesquisas, opta-se por grupos homogêneos, pessoas com características semelhantes em relação ao assunto a ser discutido, visando garantir o clima confortável para a troca de experiências e impressões de caráter muitas vezes pessoal (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

É importante enfatizar, no entanto, que a busca de homogeneidade em algumas características pessoais não deve implicar na busca de homogeneidade da percepção do problema. Se assim fosse, o grupo focal perderia a sua riqueza fundamental, que é o contraste de diferentes perspectivas entre pessoas semelhantes. Ou seja, a seleção dos participantes deve ser homóloga e não restritiva (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

A quantidade da amostra, ou a dimensão dos grupos, depende dos objetivos de cada estudo (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Quando se pretende gerar maior número de ideias, a melhor opção é organizar grupos maiores. E, quando se espera aprofundar a temática na discussão, deve-se optar por grupos menores. Em geral, o número de participantes oscila entre 4 e 12 (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

Com menos de quatro participantes, a tendência é a de que o número e a diversidade de ideias e concepções fiquem bastante reduzidos, influenciando diretamente o aprofundamento das questões e diretivas propostas. Por outro lado, um grupo composto por mais de doze pessoas poderá acarretar a fragmentação das discussões, pois será muito difícil permitir que todos os integrantes exponham de maneira apropriada suas ideias, o que ocasionaria a dispersão e formação de conversas paralelas entre os que não puderem manifestar-se, além de gerar dificuldades para o processo de gravação dos debates (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

O recrutamento da amostra caracteriza como se entrará em contato com possíveis participantes para esclarecimento da natureza do encontro, marcação de data, hora, local e possível duração dos encontros (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Deve ser escolhido o local mais apropriado para os participantes se reunirem, levando em conta que a localização deve ser de fácil o acesso (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008). A fim de facilitar a interação entre os participantes, é recomendável um ambiente agradável, tranquilo, sem quaisquer objetos que possam desviar a atenção do grupo ou interromper a discussão, como telefones, por exemplo (BORGES; SANTOS, 2005).

A elaboração e o teste piloto do roteiro de debate e do material de estímulo constituem parte imprescindível para o sucesso do grupo focal (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). O roteiro de debate é o parâmetro utilizado pelo moderador para conduzir o grupo focal. Ele contém em suas questões os temas-chave a serem investigados e propiciam estímulo para o início da discussão do grupo (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008). A sequência dos temas é normalmente ordenada, primeiramente, por questões gerais e, em seguida, por questões específicas. Tal ordenação permite que os elementos essenciais apareçam de modo mais natural. A preparação desse roteiro exige a análise cuidadosa dos objetivos da investigação (BORGES; SANTOS, 2005).

Para determinar o número de questões, o pesquisador deverá ter como referencial o tempo de duração dos grupos focais, o qual oscilará de uma a duas horas, sendo que o debate de cada questão deve durar de quinze a vinte minutos (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002). O pré-teste dos roteiros é importante para avaliar sua adequação e inteligibilidade, consistindo na realização de um grupo focal com pessoas semelhantes às envolvidas na amostra, levando geralmente à modificação da lista de temas e da forma de abordar os assuntos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A definição da equipe de pesquisa baseia-se na distribuição de três tarefas a serem desenvolvidas por pessoas diferentes ou pela mesma pessoa: moderador, relator e operador de áudio (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

O primeiro tem o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra, aprofundar a discussão e monitorar o ritmo do grupo visando a finalizar o debate no tempo previsto. Em pesquisas acadêmicas, no entanto, o próprio pesquisador costuma assumir o papel de moderador. O segundo, além de auxiliar o moderador nos aspectos organizacionais, deve estar atento para nada deixar de anotar sobre o processo criativo e interativo, registrando-o. E ao terceiro fica a responsabilidade de vigiar o gravador, assegurando a qualidade e a integridade da gravação (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

Fase II: o encontro

Assim que todos estiverem acomodados, o moderador deverá realizar uma breve introdução, na qual irá apresentar a equipe de pesquisa presente; esclarecer os objetivos do estudo e do grupo focal; consultar os participantes sobre a gravação das discussões, lembrando que as fitas não serão divulgadas e servirão apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização dos participantes; destacar a importância da participação de todos nos debates; explicar o que será feito com os dados após o fechamento de todos os grupos e convidar os participantes a apresentarem-se rapidamente (BORGES; SANTOS, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

É imprescindível que os selecionados para participar do grupo focal recebam todas as informações sobre a pesquisa a fim de que possam ter clareza e tranquilidade para decidir se devem ou não aceitar o convite. O desejo de participação deve ser formalizado através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, todos os envolvidos devem ser previamente informados que, mesmo tendo assinado o TCLE, terão, a qualquer momento ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social. Terão também a opção de solicitar que determinadas falas ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial e desistir de participar da pesquisa (BRASIL, 2012).

Vale a pena ressaltar outra questão ética que diz respeito ao uso e à destinação final dos dados e materiais coletados: deve garantir-se o sigilo absoluto das informações fornecidas, armazenando-as em bancos de dados físicos e magnéticos, cujo acesso será permitido apenas ao pesquisador responsável e à sua equipe (BRASIL, 2012).

Concluída essa etapa introdutória, o moderador colocará em pauta a questão-chave escolhida para dar início às discussões, estimulando cada participante a emitir sua opinião e intervindo apenas se houver risco ao tempo pré-definido ou se algum participante se desviar por completo do tema proposto. Tal intervenção deverá ser realizada da forma mais amistosa possível, evitando-se constrangimentos (BORGES; SANTOS, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

Encerrados todos os comentários acerca da questão levantada, o moderador deverá incitar o debate entre os participantes, buscando sempre que as diretivas presentes no roteiro de debate sejam abordadas ou aprofundadas. Caso as discussões não as esgotem, o moderador deverá recolocá-las em pauta, sempre procurando concatená-las a pontos de vistas já mencionados, o que evitará mudanças bruscas na condução do tema (BORGES; SANTOS, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

Esgotadas todas as questões e diretivas previstas, o moderador deverá pedir aos participantes que façam breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionem possíveis pontos não abordados que julguem importantes. Ultrapassada essa etapa, ele encerrará a discussão, agradecendo a participação de todos, enfatizando a importância de cada opinião e acrescentando que futuramente serão informados sobre o andamento da pesquisa (BORGES; SANTOS, 2005; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; RESSEL et al, 2008).

Fase III: pós-encontro

O pós-encontro é a fase de transcrição das fitas em que foram gravados os debates dos grupos focais. Destina-se à compilação dos dados, associando as

transcrições das gravações com os dados obtidos com a observação (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Devido a sua característica de obter dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o objeto de estudo, utilizando o entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato ou prática; escolheu-se o grupo focal como técnica de coleta de dados desta pesquisa qualitativa.

4.2.1 A coleta dos dados

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

Em Goiás, existem quatro Instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de medicina. A instituição pública federal foi criada em 1960 e utiliza metodologia tradicional de ensino com inovações curriculares desde 2003 (BRASIL, 2001; UFG, 2003). Nas outras três os cursos de medicina foram criados após a instituição das novas 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 baseiam-se nas novas diretrizes curriculares com a adoção de metodologias ativas de ensino como a aprendizagem baseada em problemas e a problematização (BRASIL, 2001; NASSIF, 2010).

No presente trabalho, o grupo focal ser constituído por alunos do quarto ano ou do oitavo período do curso de medicina foi uma escolha intencional, a fim de que a amostra fosse composta por alunos que cursaram a maior parte da graduação e antes de terem contato com o internato. Por isso, apenas duas instituições privadas e a instituição pública federal de ensino superior tiveram representantes na amostra deste estudo, uma vez que o curso de medicina não representado teve suas atividades formalmente iniciadas em 2012.

Um contato prévio com a secretaria de cada curso foi feito para obtenção da lista de matriculados que se encaixavam no critério de inclusão. A amostra estudada

foi selecionada, posteriormente, por meio de sorteio via Microsoft® software Office Excel (MICROSOFT, 2007), e recrutada por contato telefônico pela pesquisadora.

Contato via telefone foi estabelecido com dezoito alunos aleatoriamente selecionados de cada instituição para combinar o dia, horário, local e natureza do grupo focal. Os discentes foram convidados para discutir sobre um tema de educação médica, entretanto não lhes foi revelado a temática específica a ser discutida.

Os grupos focais foram agendados em salas apropriadas na respectiva Instituição de Ensino Superior com reserva antecipada na direção da instituição e em horário compatível com a disponibilidade dos estudantes, que foi orientado previamente pelos representantes de cada turma. Com essa providência, os estudantes já estariam no estabelecimento, o que exigiria o deslocamento apenas do pesquisador.

Um roteiro de debate foi montado (APÊNDICE 1), baseando-se no estudo da literatura sobre o assunto abordado e nos objetivos a serem esclarecidos. As questões norteadoras foram submetidas a um teste piloto com recrutamento da amostra da mesma forma acima descrita, com ressalva de que o grupo utilizado foi composto por estudantes do internato I, quinto ano, da faculdade de medicina da instituição pública participante.

Os grupos focais ocorreram entre outubro e dezembro de 2013. Embora, a pesquisadora tivesse estabelecido contato com dezoito alunos de cada instituição, atenderam ao recrutamento doze alunos de uma das instituições, sete alunos de outra e seis alunos da última. A duração do debate de cada grupo foi de sessenta minutos no primeiro, noventa minutos no segundo e sessenta minutos no terceiro.

No dia do grupo focal, participantes foram colocados em cadeiras dispostas em torno de uma mesa. A formação em círculo permitiu a interação face a face, o bom contato visual e, ainda, a manutenção de distâncias iguais entre todos, estabelecendo o mesmo campo de visão.

As discussões foram conduzidas pela pesquisadora, que assumiu o papel concomitante de moderador, relator e operador de áudio. Foram utilizados dois gravadores para garantir maior segurança dos dados coletados.

No que diz respeito à transcrição das gravações, optou-se pela contratação de profissionais especializados para acelerar o processo. Entretanto, após entrega de material digitalizado foi realizada a escuta das gravações concomitantemente com a leitura das digitalizações, que sofreram algumas correções, principalmente de termos técnicos.

4.3 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deu-se por meio da técnica de análise de conteúdo, que prima por descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto nas comunicações e, nesta pesquisa, nas discussões do grupo focal, com a finalidade de interpretá-lo (MINAYO; GOMES, 2010). Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, fez-se a opção pela análise temática fundamentada em Minayo (MINAYO; GOMES, 2010) e Bardin (BARDIN, 2011), por ser a apropriada para investigações qualitativas em saúde (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO; GOMES, 2010).

A primeira etapa, ou pré-análise, é a fase de organização propriamente dita, quando as leituras flutuantes das transcrições dos grupos focais permitiram à pesquisadora um contato direto com o material a ser analisado propiciando um conhecimento do texto, proporcionando impressões, orientações, primeiras hipóteses e informações propositais (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, de exploração do material, que é a fase realmente de análise, as questões de interesse da pesquisa foram desdobradas em categorias que consistem em uma redução do texto a palavras ou expressões significativas, de acordo com os objetivos do estudo. Fez-se necessária também a criação de subcategorias, que emergiram das falas dos entrevistados devido à elevada quantidade de material obtido, sendo que as subcategorias representavam dependência temática com o tópico categorizado (MINAYO; GOMES, 2010).

Após a transcrição das falas dos grupos focais, o *software* Atlas.ti® versão 7.0.77 foi utilizado para auxiliar a codificação e a categorização dos dados (ATLAS.TI,

2012). As categorias e subcategorias, expostas no Quadro 2, foram definidas tanto *a priori*, com base nos objetivos de estudo e no roteiro utilizado para a condução do grupo focal, bem como as que emergiram das falas nos grupos focais.

Quadro 2: Categorias e subcategorias

1. Compreensão de *feedback* pelos alunos
2. Frequência do *feedback* recebido a. Baixa b. Depende do professor / disciplina c. Depende do tempo de curso e instituição
3. Impacto do *feedback* no processo de aprendizagem a. Positivos individuais (emocional, cognitivo e desempenho) b. Melhoria do ambiente de ensino e aprendizagem
4. Percepção sobre o *feedback* recebido
5. Características do *feedback* recebido a. Positivas b. Negativas
6. Fatores relacionados à ocorrência do *feedback* a. Facilitadores b. Dificultadores
7. Características do docente para dar o *feedback* a. Positivas b. Negativas
8. Características do discente para receber o *feedback*

Na terceira fase, de tratamento e interpretação dos resultados obtidos, foram feitas as proposições de inferências e possíveis interpretações, relacionando-as ao embasamento teórico realizado anteriormente (MINAYO; GOMES, 2010).

Alem disso, para garantir o rigor científico, toda metodologia foi realizada mediante a aplicação de regras precisas (objetividade, sistematicidade, eliminação de preconceitos do pesquisador, construção de unidades de registro e de contexto, construção de categorias, análise categorial, inferência e produção) para que essa pesquisa não se confundisse com análises meramente intuitivas (OLIVEIRA, 2008).

4.4 OS ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e pelos comitês de éticas das duas instituições co-participantes, sob protocolo CAAE da Plataforma Brasil 14771213.9.0000.5078. Os

pareceres das instituições em conformidade com a pesquisa encontram–se nos ANEXOS 1, 2 e 3.

Foram contemplados todos os procedimentos éticos previstos pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre o sigilo, a autorização para gravar as falas dos participantes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) pelos participantes da amostra, o armazenamento adequado sob a responsabilidade da pesquisadora dos materiais de áudio obtidos com os grupos focais por cinco anos e a garantia de que as gravações servirão somente ao propósito desta pesquisa. (BRASIL, 2012).

Os grupos focais receberam um código com a letra inicial da palavra "Grupo Focal" (GF) seguido de um número: 1, 2 e 3, garantido o anonimato dos discentes e das instituições participantes.

5 ARTIGOS

Artigo 1 – O significado do *feedback* na percepção de discentes de medicina

Autores Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote

Edna Regina Silva Pereira

Revista (A ser submetido – Medical Education)

Artigo 2 – Percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* no ambiente aprendizagem

Autores Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote

Edna Regina Silva Pereira

Revista (Submetido – Revista Brasileira de Educação Médica)

5.1 ARTIGO 1: O SIGNIFICADO DO *FEEDBACK* NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA*

THE MEANING OF FEEDBACK IN THE PERCEPTION OF MEDICAL STUDENTS

Título resumido:

O SIGNIFICADO DO *FEEDBACK*

THE MEANING OF FEEDBACK

Autoras:

SÍLVIA CRISTINA MARQUES NUNES PRICINOTE**
Mestranda em Ensino na Saúde / Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Goiás
Professora Assistente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis
Endereço: Av. Universitária Km. 3,5, Cidade Universitária, Anápolis, Goiás, CEP: 75083-515 – Fone: (62) 33106741
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Rua 01 Qd. 40 Lt. 37/43 Apto. 202 Bl. Alcazar Ed. Euroville 2, Chácaras Alto da Glória, Goiânia, Goiás, CEP: 74815-610
Fone residencial: (62) 36096901 / Celular: (62) 98026526
E-mail: dra.silvia.pricinote@gmail.com
**Participou de todas as etapas da pesquisa e da redação do artigo.

EDNA REGINA SILVA PEREIRA***
Doutora em Medicina Nefrologia / USP
Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Goiás.
Endereço: Rua 235 com 1ª avenida s/n, Universitário, Goiânia, Goiás, CEP 74605-020 - Fone: (62) 3209-6248
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Rua SB 33 Qd. 49 Lt. 14 Portal do Sol, Goiânia, Goiás, CEP 74884-643.
Fone residencial: (62) 32753449 / Celular: (62) 99722591
E-mail: ersp13@gmail.com
***Participou da revisão bibliográfica, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo.

***** Artigo original da área de Ensino na Saúde, parte da dissertação de mestrado intitulada "Percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* na avaliação formativa" do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), a ser defendida em 12 de fevereiro de 2014.

O SIGNIFICADO DO *FEEDBACK* NA PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA

THE MEANING OF FEEDBACK IN THE PERCEPTION OF MEDICAL STUDENTS

RESUMO

Apesar de o *feedback* ser um tema frequente na literatura, poucas pesquisas abordam o seu significado e impacto na perspectiva dos estudantes. Este trabalho tem como objetivo analisar a percepção de discentes de medicina sobre o significado do *feedback* para o processo de ensino–aprendizagem, compreender como identificam o que é *feedback* e qual a frequência em que ocorre. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio da técnica de grupos focais com alunos do quarto ano ou oitavo período de três faculdades de medicina. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, com as seguintes categorias: compreensão de *feedback* pelos alunos, frequência do *feedback* recebido, impacto do *feedback* no processo de ensino e aprendizagem e percepção sobre o *feedback* recebido. Percebeu-se que os alunos compreendem parcialmente o que é *feedback,* conseguem reconhecer a importância do *feedback* para seu processo de aprendizagem, mostram-se receptivos ao *feedback* efetivo, mas encontram-se insatisfeitos com a baixa frequência e a falta de regulamentação desta ferramenta.

Palavras-chave: Retroalimentação psicológica, Estudantes de medicina, Ensino, Aprendizagem, Avaliação educacional.

ABSTRACT

Although the feedback is a frequent theme in literature, little researches have addressed its significance and impact on prospective of students. This paper aims to analyze the medical students' perception of the meaning of feedback in the teaching and learning process, to understand how they know what feedback is and how often it occurs. This is a qualitative research. Data were collected via focus groups with fourth year or eighth term students at three medical schools. Thematic analysis revealed four major themes: understanding of feedback by the students, frequency of the received feedback, impact of feedback in the teaching and learning process and the perception of the feedback received. It was noticed that the students can understand partially what feedback means, they can recognize the importance of feedback for their learning process, they are receptive to effective feedback, however they are unhappy with the low frequency and the lack of regulation of this tool.

Keywords: Feedback psychological, Medical students, Teaching, Learning, Educational Measurements

INTRODUÇÃO

O mundo vivencia profundas modificações na área do conhecimento, da tecnologia, da sociopolítica e, como é próprio da dinâmica dessas mudanças, elas também atingem a área da saúde.

Requer-se um novo perfil de profissional na área médica. Ele precisa ser generalista, humanista, crítico e reflexivo. Sua prática deve ser pautada na ética, no rigor científico, na integralidade, na cidadania e na promoção de saúde, desenvolvendo competências que vão além de atenção em saúde como tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente[1].

Nesse contexto, o ato de avaliar o profissional em formação passa a adquirir um novo significado: deixa de estabelecer se o graduando foi aprovado ou não em determinada disciplina, para verificar se os objetivos educacionais como um todo foram atingidos, quer dizer, se o discente adquiriu, além do conhecimento técnico necessário, as competências requeridas para o novo perfil de profissional[2,3]. Despoja-se, portanto, do caráter meramente somativo, de aprovar em uma disciplina, e assume um caráter formativo, tornando-se parte integrante da formação de competências do novo profissional[2,4].

Outro aspecto fundamental para que a avaliação cumpra sua função é que o aluno conheça de forma imediata quais foram seus acertos e erros, ou seja, quanto antes obtiver um *feedback* da avaliação, mais facilmente o profissional em formação tenderá a reforçar as respostas certas, a superar suas deficiências e a corrigir seus erros[5].

Feedback é definido como uma informação específica sobre a comparação entre a observação da *performance* ou do conhecimento de um aluno no desempenho de uma tarefa e a *performance* ou conhecimento padrão desejado com a intenção do aprimoramento do mesmo, reduzindo a distância existente entre o ideal e a prática[6].

Considera-se o *feedback* efetivo quando ele é capaz de gerar resultados, ou seja, um desenvolvimento positivo e desejável[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].

O *feedback* não é apenas uma informação transmitida do professor para o aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como uma simples mensagem a ser decodificada e

colocada em ação[9]. O estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para que possa confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, a habilidade e a atitude, desenvolvendo novas ideias e capacidades[6].

No contexto da educação médica, o *feedback* deve ser uma prática constante, uma vez que esta habilidade percorrerá toda a trajetória da profissão em que nos dias atuais defende-se um egresso que desenvolva a capacidade de aprendizagem continuada[3].

Pergunta-se: os alunos percebem a importância da prática do *feedback* para sua formação? Segundo diversos autores[10,11,12,13], embora o *feedback* seja um tema regular na literatura, poucas pesquisas acadêmicas abordam o significado e o impacto do *feedback* na perspectiva dos estudantes. Esta lacuna existe inclusive na área educacional médica nacional.

Na literatura nacional, destaca-se o artigo de revisão de Zeferino, Domingues e Amaral[14] que buscou auxiliar os educadores médicos a pensarem criticamente sobre como incorporar ou aprimorar a habilidade de ministrar *feedback* ao fornecer elementos teóricos para o entendimento da proposta do *feedback* e ao apresentar algumas evidências de sua efetividade para o ambiente de aprendizagem.

O objetivo deste trabalho é analisar a percepção de discentes de medicina sobre o impacto do *feedback* para o processo de ensino – aprendizagem nas avaliações, compreender como os discentes identificam o que é *feedback* e qual a frequência em que ocorre ao longo da graduação, podendo contribuir com dados importantes para a literatura nacional.

MATERIAIS E MÉTODOS

Com a finalidade de analisar a percepção de um grupo sobre um assunto específico, utilizou-se nesse estudo a abordagem qualitativa de pesquisa e, na coleta de dados, foi empregada a técnica de grupo focal[15, 16].

O critério de inclusão para composição da amostra foi ser estudante do quarto ano ou oitavo período do curso de medicina, antes do início do internato, de uma das faculdades do Estado de Goiás.

Em Goiás, apenas três instituições de ensino superior possuem turmas com alunos que cursam a grade escolhida como critério de inclusão. Uma instituição é pública e utiliza metodologia tradicional de ensino com algumas inovações curriculares, desde 2003[17]. As outras duas são instituições privadas, cujos currículos baseiam-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina com a adoção de metodologias ativas de ensino, como a aprendizagem baseada em problemas e a problematização[1].

Um contato prévio com as secretarias dos cursos foi feito para obtenção da lista de matriculados que se encaixavam no critério de inclusão. A amostra estudada foi selecionada, posteriormente, através de sorteio via Microsoft® software Office Excel[18], e recrutada por contato telefônico pela pesquisadora.

Os grupos focais ocorreram entre outubro e dezembro de 2013. Embora a pesquisadora tivesse estabelecido contato com 18 alunos de cada instituição, atenderam ao recrutamento doze alunos de uma das instituições, sete alunos de outra e seis alunos da terceira. A duração da reunião de cada grupo focal foi de sessenta minutos no primeiro, noventa minutos no segundo e sessenta minutos no terceiro.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, que prima por descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto nas discussões do grupo focal com a finalidade de interpretá-lo[19]. Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, fez-se a opção pela análise temática fundamentada em Minayo[19] e Bardin[20], por ser a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde[16].

Após a transcrição das falas dos grupos focais, o *software* Atlas.ti® versão 7.0.77[21] foi utilizado para codificação e categorização dos dados.

As categorias e subcategorias foram definidas tanto *a priori*, com base nos objetivos de estudo e no roteiro utilizado para a condução do grupo focal, bem como as que emergiram das falas. A categorização pode ser visualizada no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias e subcategorias.

1. Compreensão de *feedback* pelos alunos
2. Frequência do *feedback* recebido Baixa Depende do professor / disciplina Depende do tempo de curso e instituição
3. Impacto do *feedback* no processo de aprendizagem Emocional do discente Cognitivo e desempenho Ambiente de ensino e aprendizagem
4. Percepção sobre o *feedback* recebido

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e pelos comitês de éticas das instituições co-participantes, sob protocolo CAAE da Plataforma Brasil 14771213.9.0000.5078.

Iniciaram-se os grupos focais após concordância de todos os estudantes participantes com os propósitos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todo o estudo foi desenvolvido contemplando todos os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde[22].

Os grupos focais receberam um código com a letra inicial da palavra "Grupo Focal" (GF) seguido de um número: 1, 2 e 3, garantido o anonimato dos discentes e das instituições participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreensão de *feedback* pelos alunos

Os alunos de todas as instituições compreenderam o que é o *feedback*, mas houve certa dificuldade em defini-lo. Foram apontados exemplos para caracterizar a definição, em que geralmente o professor é a fonte externa do *feedback* e que faz o papel de ressaltar os pontos positivos, apontar os erros e ensinar como fazer da forma correta. Como pode ser constatado pelas falas abaixo:

> Um professor vai explicar ao aluno o que ele errou, perguntar por que ele errou, qual foi a dificuldade por ele encontrada naquela disciplina ou problema e tentar solucionar. (GF1)

> Um professor vai me mostrar o que errei, como errei, o que eu poderia fazer melhor e ainda ressaltar alguns aspectos positivos. Talvez eu não tenha

> acertado tudo o que ele queria, mas os acertos poderiam ser valorizados. (GF2)
>
> Você errou, aqui é o caminho certo. Mude de lado porque você não está no caminho correto. Você acertou, permaneça nesse caminho. (GF3)

Os alunos não ressaltaram a função reflexiva no processo de *feedback*, ou seja, o *feedback* interno.

No estudo qualitativo de Poulos e Mahony[13] com diversos cursos da área da saúde, também observou-se nas falas dos participantes uma dificuldade em definir de forma homogênea o que é e como utilizar o *feedback*, ou seja, a dificuldade dos alunos reconhecerem o *feedback*.

Houssel et al[23] encontraram que os estudantes reconheciam a importância do *feedback* extrínseco no desempenho de tarefas específicas e não conseguiam formular o *feedback* intrínseco a partir das atividades diárias do processo de ensino e aprendizagem.

Higgins, Hartley e Skelton[12] utilizaram o termo consumidores conscientes ao se referirem como os alunos compreendem o *feedback*. Neste trabalho, a amostra foi constituída por graduandos da área de humanas que percebiam a educação superior como um serviço e o *feedback* como parte constituinte desse serviço. Entretanto, não consideraram o *feedback* apenas para comentar sobre o que estão fazendo correto ou não, para ajudá-los a melhorar em *performance* posterior e, consequentemente, para atingir notas maiores nas próximas avaliações; mas estavam também motivados internamente para receberem comentários críticos e profundos sobre o processo de aprendizagem, reconhecendo a importância da avaliação formativa no processo educacional.

Já os alunos de graduação *online*, no estudo de Getzlaf et al[11], reconheceram o *feedback* como processo de contribuições mútuas, tanto dos graduandos quanto dos instrutores. Os alunos queriam ser envolvidos no planejamento do *feedback* no que diz respeito a objetivos de aprendizagem, áreas que necessitariam de melhorias e o tempo apropriado para as devolutivas. Os autores ressaltaram que essa visão envolve compartilhamento de poder entre alunos e estudantes, algo que não é comum na educação superior.

Segundo Archer[7], para atingir o *feedback* efetivo é necessário que os profissionais da saúde orientem os alunos a refletirem sobre suas ações, o que construiria um processo de auto-monitorização informada pelo *feedback* externo.

Frequência do *feedback* recebido

Sobre a frequência dos *feedbacks* recebidos, há um consenso de que foram poucos os momentos vivenciados, levando a uma insatisfação e um clamor dos alunos por melhoria:

> Mesmo existindo avaliação formativa, ela fica só no papel. A gente não sabe por que tirou aquela nota. O *feedback* nem sempre acontece. São poucos os momentos, poderia ser melhor. (GF1)
>
> A frequência é praticamente nula, eu lembro raros momentos em que recebi um *feedback*. Eu já estou terminando o quarto ano e indo para o internato, então acho que foi totalmente insuficiente. Eu acho que tem que melhorar muito.(GF2)
>
> A frequência não é tão alta, é mais baixa, porque somos avaliados constantemente aqui na faculdade. Tudo o que a gente faz tem uma avaliação. Acho que precisa muito ser melhorado. (GF3)

Estes resultados vem ao encontro dos achados de Watling et al[24], que encontraram que no curso de medicina a falta da cultura do *feedback*, relatando a frequência deficitária de *feedback* na educação médica quando comparado aos cursos de música e pedagogia.

Archer[7] afirmou que muitas oportunidades de *feedbacks* são perdidas, principalmente devido a existência da dicotomia entre avaliação somativa e formativa, perdendo-se a oportunidade de dar o *feedback* em todas as formas de avaliação. Mazor et al[25] também ressaltaram que um terço de oportunidades de *feedback* são perdidas mesmo quando o aluno desempenha sua tarefa sob a observação de pessoas capacitadas.

Pesquisas apontam diferentes percepções de docentes e discentes sobre a frequência real do *feedback* no processo de ensino e aprendizado: os primeiros acreditam que devolvem mais *feedback* que os segundos acreditam receber[26].

Carless[26] observou que 38,4% dos docentes acreditavam que davam com frequência um *feedback* detalhado que ajudava os alunos a melhorar sua *performance*, enquanto apenas 10,6 % dos discentes tiveram a mesma percepção.

A frequência relacionou-se também com o professor e / ou disciplina e com o tempo de curso e a instituição:

> Quando a gente foi evoluindo no curso, diminuiu a importância da avaliação formativa. No começo era mais na tutoria que tinha esse retorno. (GF1)
>
> Eu considero que comecei ter mais *feedback* esse ano, a partir do quarto ano, porque antes o que tinha eram os gabaritos das provas, não era bem o *feedback*. A gente vê essa questão do *feedback* hoje em dia mais em avaliações práticas. (GF2)
>
> Do inicio até quase a metade do 3º ano, principalmente nas atividades de tutoria, que a gente tinha e não tem mais. (GF3)
>
> Uma vez ou outra um professor dá uma devolutiva legal. Depende também da disciplina: tem umas que tem e outras não. (GF3)

Na metodologia de aprendizagem baseada em problemas, os estudantes discutem situações-problemas em sessões tutoriais semanais. Após a discussão de cada problema, é realizada a avaliação formativa em que cada estudante faz sua autoavaliação e de colegas (interpares), há avaliação do tutor e da atividade desenvolvida, sendo o *feedback* um momento esperado[27]. Oliveira e Batista[27] evidenciaram, em sua pesquisa qualitativa, que os entrevistados relacionaram a proposta da avaliação formativa como diagnóstica de deficiências tanto cognitivas quanto de habilidades e atitudes. Os participantes enfatizaram a possibilidade de *feedback* durante os momentos avaliativos como fator motivador e determinante para solucionar as deficiências detectadas e reforçar as potencialidades.

Diferente ocorre na metodologia tradicional, pois há uma hipervalorização do aspecto biológico e a fragmentação dos conhecimentos, já que se pauta na proposta de disciplinas e ciclos básico e profissional, fundamentada no relatório Flexner[28]. Os alunos só terão contato com *feedback* quando vão para o ciclo profissional. Este fato vem ao encontro das diferentes percepções dos discentes participantes desta investigação sobre a ocorrência do *feedback* ao longo do curso na perspectiva da metodologia adotada pela instituição.

Segundo Norcini[29], a participação da instituição é um fator limitante significativo para aumentar a quantidade de *feedback*, podendo contribuir para se estabelecer a cultura do *feedback*. A instituição deve desenvolver, formalizar e monitorar o processo de *feedback*. Considera essencial recompensar os médicos que reconhecem o seu compromisso para uma cultura de *feedback* e dispensam um

pouco de seu tempo para essa prática e também oferecer aos docentes capacitação para realização de *feedback* efetivo, que é uma habilidade capaz de ser adquirida e otimizada.

Segundo os pesquisados, a disciplina de Pediatria ofereceu com maior frequência de realização de *feedback* em todas as instituições pesquisadas:

> Na Pediatria, a gente tinha muito *feedback*. Os professores nos auxiliam mais, falam o jeito que você tem que fazer. É muito melhor assim. (GF1)
>
> O *feedback* mais frequente e positivo, que tivemos até agora durante a graduação, foi durante a pediatria. (GF2)
>
> Eu adorava pediatria. Sempre realizava *feedbacks* e estes sempre muito pertinentes. (GF3)

Provavelmente, este achado configura-se como uma característica local, em que as faculdades compartilham os mesmos profissionais ou oriundos de uma mesma formação, propiciando o difundir da prática do *feedback* entre as instituições. Também se pode relacionar à característica própria da especialidade em lidar com habilidades de comunicação com adolescentes, facilitando a adoção de práticas andragógicas no ambiente de ensino-aprendizagem.

Impacto do *feedback* no processo de aprendizagem

Os discentes perceberam que o *feedback* é muito importante para o processo de ensino – aprendizagem e demonstraram essa opinião ressaltando os impactos positivos individuais (emocional, cognitivo e desempenho) e para melhoria do ambiente de ensino – aprendizagem.

Emocionalmente, reconheceram que o *feedback* gera segurança sobre o aprendido, tranquiliza, traz sensação de bem estar e motiva o estudo:

> O *feedback* na Pediatria foi um ponto de destaque. Tanto que eu pelo menos tenho essa segurança e acho que todos aqui têm de atender uma criança hoje em dia e não se sentir tão inseguro em relação ao que você está fazendo. (GF2)
>
> Tem coisas que eu lembro até hoje que eu sei. Por exemplo, ao me perguntarem algo e após me questionar: ' você tem certeza? ' Tenho porque uma vez eu falei tal e tal coisa e o professor falou que era errado e o certo era tal coisa. Então isso é muito importante. (GF1)
>
> Nas avaliações, você sempre fica nervoso. Em todos os pontos somos testados. Depois que você termina a avaliação, uma pessoa valorizar e elogiar o que você fez certo é uma coisa que te deixa mais tranquilo e ao mesmo tempo você tem certeza de que o erro que você cometeu, você não vai cometer mais. Tranquiliza muito a gente! (GF2)

> Você também pode ainda ter dúvidas, você está aprendendo, ainda está na faculdade. Se você tivesse errado depois é uma coisa, mas errar aqui dentro você ainda pode. (GF3)
>
> Você se sente tão bem mesmo, quando ele fala assim: 'você não foi bem neste aspecto e tal, mas você foi bem nesse ponto'. (GF1)
>
> Os professores que preocupam em dar o *feedback* fazem muito bem, porque ele é muito bom para incentivar o aluno a se interessar no que errou e tentar aprender de verdade.(GF2)

Em Getzlaf et al[11], os alunos também reconheceram que o *feedback* construtivo e positivo os ajudou a sentirem-se seguros e a desenvolver confiança, sendo uma experiência motivadora para o aprendizado, como observado neste estudo.

Nicol e Macfarlane-Dick[9] descreveram que através da prática reflexiva do *feedback* desenvolve-se um processo de auto-monitorização do aprendizado: processo de construção ativo em que os alunos definem metas de aprendizagem e monitoram os caminhos cognitivos, as motivações e os comportamentos guiados pelos objetivos traçados em um ambiente contextualizado pelo *feedback*. Este percurso é capaz de gerar alunos eficazes, persistentes, empreendedores, criativos, motivados e confiantes.

Do ponto de vista cognitivo, os discentes afirmaram que o *feedback*: sedimenta o aprendizado e evita a simples memorização, tornando-o mais efetivo; ajuda a construir o conhecimento, tomando consciência do que é certo e errado; falicita o raciocínio / reflexão em casos semelhantes, diminuindo chances de erros futuros; facilita colocar teoria na prática e aprende também com erro dos outros:

> É uma forma de ensino muito efetiva. Eu acho que todo mundo aqui já reparou que quando você erra, você aprende o certo se alguém te orienta e aquilo sedimenta mais forte. Então, por exemplo, você viu que errou e acaba que você aprende aquilo de verdade, sem precisar decorar. É muito difícil você errar aquilo de novo ao vivenciar a mesma situação. Se eu não tivesse recebido o *feedback*, eu não lembraria. (GF2)
>
> Quando não há *feedback*, você nunca vai saber em que está errando e como pode melhorar, porque ninguém nunca chega e fala diretamente para você o que é o erro. (GF3)
>
> Como a técnica de *feedback* não é só para criticar erros, mas também reforçar o que você acertou, eu acho que isso é muito importante porque a gente faz ali e nem percebe o que fez. (GF2)

> Através do *feedback*, o professor pode ajudar o aluno a raciocinar sobre o que fez, então numa próxima oportunidade semelhante o aluno conseguirá raciocinar sozinho e desempenhar certo. (GF1)

> Outra coisa é o professor falar: é melhor fazer dessa forma porque o paciente vai entender melhor. Isso pode estar descrito lá no livro, mas sozinho a gente não consegue compreender, não faz correto. E quando o professor te direciona fica mais fácil entender e colocar na prática. (GF1)

> Quando é um erro cometido por muitos alunos, o professor fala no coletivo. Talvez mesmo que você não esteja errando ou você ainda não teve um momento para cometer aquele erro, mas pode vir a cometer. É um momento de aprender com o erro dos outros. (GF3)

> O professor nos mostrou como foi nosso primeiro e último atendimento e nossa primeira e última avaliação. Eu acho que foi muito importante ver como foi a nossa evolução naquela disciplina. Ver o que aprendemos e o que precisamos melhorar ao longo da nossa formação. (GF2)

Segundo Hounsell[30], há um grande benefício de se aprender mais rápido e efetivamente quando o aluno sabe o que se está fazendo bem feito e em que ponto é preciso melhoria, configurando o *feedback* como uma ferramenta importante no processo de ensino – aprendizagem.

Ao se adotar essa prática, de acordo com Menachery et al[5], consegue-se reduzir as discrepâncias entre o desempenhado e o padrão ideal, de acordo com o objetivo de aprendizagem, tornando-se um instrumento valioso para a sedimentação da educação médica.

Em Getzlaf et al[11], os alunos participantes reconheceram a importância do *feedback* para a prática futura em duas dimensões: identificar áreas que necessitam de melhoria e desencadear um plano de ação durante a graduação e aplicar o *feedback* recebido na vida profissional posterior, evitando erros e facilitando a aplicação da teoria nas novas experiências práticas.

Foi relatado pelos discentes participantes desta pesquisa que há uma melhora do desempenho nas atividades pela oportunidade de correção e também aquisição de competências como melhor relação médico-paciente através do *feedback*:

> Se eu sei que fiz errado e como fazer o certo, da próxima vez farei da melhor forma possível (GF1)

> O *feedback* foi muito importante nesse período de transição da teoria para prática porque foi através dele, ressaltando os pontos positivos e negativos do encontro com os primeiros pacientes, que conseguimos aprender a estabelecer uma boa relação médico – paciente. (GF2)

Além do *feedback* ser central no processo cognitivo, diversos trabalhos[6,14,31,32,33] reafirmaram sua importância no suporte ao desempenho técnico e profissional: encoraja o aluno a ter uma boa *performance*, assegura a qualidade do cuidado com paciente e a segurança deste, essencial para aquisição de competências profissionais (habilidades de comunicação, exame clínico, prescrição, empatia, profissionalismo e trabalho em equipe) e estimula prática profissional voltada para resultados e para desenvolvimento profissional contínuo.

Para Ramani e Krackov[32], o *feedback* capacita os discentes a atingirem os objetivos de aprendizagem por reforçar a necessidade da boa *performance* e por prover a oportunidade de remediação quando necessária.

Quanto ao ambiente de ensino – aprendizagem, os participantes deste estudo ressaltaram que o *feedback* melhora o relacionamento aluno - professor; estimula a participação do aluno; orienta o aprendizado e auxilia homogeneizar a turma, facilitando o andamento do curso:

> Temos professores que sentam e conversam. Sentava todo mundo, ele orientava e dava um aceite nas coisas que eram boas para seguir. O *feedback* as vezes é uma conversa, isso acaba aproximando alunos e professor. Isso faz com que você participe mais da aula, interaja tanto com seus colegas e professores. Não é só professor despejando conhecimento, mas os alunos contribuindo para a formação de conhecimento próprio e do colega. (GF3)

> Ele quis discutir o desempenho porque alguns da turma estavam com dificuldade, e após fazer isso ele conseguiu que todos fossem adiante. (GF3)

> Serve para mostrar se estamos no caminho certo ou não, se estamos estudando de maneira certa ou não. Ele orienta o nosso aprendizado e mostra para o professor e para nós como prosseguir. (GF2)

Orsmond, Merry e Reiling[34] identificaram quatro áreas específicas de uso do *feedback* pelos alunos: aumentar a motivação por fazer o aluno sentir-se responsável pelo seu aprendizado e por encorajá-lo a manter um relacionamento de proximidade baseado no diálogo com seus tutores; melhorar a aprendizagem; incentivar a reflexão e para esclarecer o entendimento dos objetivos de aprendizagem e melhorar seu progresso no curso. Outra função atribuída ao *feedback* foi a capacidade do mesmo em enriquecer o ambiente de aprendizado.

Zeferino, Domingues e Amaral[14], em artigo de revisão sobre o *feedback*, enumeraram vários benefícios desta prática andragógica para o ambiente de ensino-aprendizagem: motivar o aprendizado ao devolver informações de alta qualidade

para o estudante sobre o aprendizado, desenvolver e aprimorar a auto-percepção pautando-se na prática reflexiva, reduzir as incertezas sobre o aprendizado ao tornar o ambiente de ensino seguro, melhorar a receptividade do indivíduo a críticas, encorajar o diálogo entre aluno e professor e entre os pares sobre o aprendizado, promover o desenvolvimento de competências e habilidades genéricas e prover informações aos professores que podem ser utilizadas no aprimoramento da forma de ensinar.

Percepção sobre o *feedback* recebido

Houve concordância de que quando um *feedback* era efetivo, era bem recebido pelos alunos:

> Ela me sentou um dia e me falou umas coisas, um *feedback* individual, e acho que mudou. Foi do bom. Importante. (GF3)
>
> Eu acho que foi muito positivo porque é uma forma de ensino muito efetiva. (GF2)
>
> Os *feedback*s de qualidade recebidos contribuíram sim para o nosso aprendizado e para a nossa formação. (GF1)

Na literatura, há uma discussão em relação à percepção de discentes sobre o *feedback* recebido. Bailey[35] e Carless[26] demonstraram a percepção negativa dos estudantes sobre a utilidade do *feedback*, principalmente quando a qualidade do mesmo foi considerada ruim. Enquanto outros traballhos[10,11,13,23,34] demonstraram que os alunos valorizam o *feedback* efetivo e o seu papel importante no processo de ensino – aprendizagem, como o observado neste estudo.

Esta pesquisa apresenta como limitação o fato de revelar apenas o ponto de vista de estudantes sobre o *feedback* , há necessidade de estudos que revelem a percepção de docentes e de gestores educacionais sobre este tema. O número de participantes de cada grupo focal, mesmo diferente, não foi considerado um fator limitante, pois as falas registradas revelam uma opinião homogênea sobre o assunto abordado.

CONCLUSÃO

Percebe-se através desta pesquisa que os alunos, embora tenham dificuldade em conceituar, compreenderam parcialmente o que é *feedback*, pois falta a concepção do *feedback* interno. Conseguiram também reconhecer a importância do *feedback* para seu processo de aprendizagem e se mostraram receptivos ao *feedback* efetivo. Entretanto, ressentem-se da baixa frequência e da falta de regulamentação do uso desta ferramenta.

Mesmo quando houve a provisão do *feedback* pelas instituições avaliadas, independente de ser pública ou privada e do modelo de currículo vigente, na percepção dos estudantes ela ocorreu de maneira irregular e depende do professor ou da disciplina.

Sugere-se que as instituições invistam na cultura do *feedback* e na capacitação docente. Os próprios discentes devem ser incentivados a ter atitude ativa de buscar esse *feedback* e também serem capacitados a formular o *feedback* interno. Outra sugestão é a realização de estudos sobre a percepção do docente e gestores educacionais sobre o *feedback* na avaliação formativa.

REFERÊNCIAS

1. 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.

2. Amin Z, Seng CY, Eng KH. Practical guide to medical student assessment. Singapore: World Scientific, 2006.

3. Epstein RM. Assessment in medical education. The New England Journal of Medicine. 2007; 356 (4): 387 – 96.

4. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Medical Teacher. 2011; 33 (3): 206 – 14.

5. Menachery E P, Knight AM, Kolodner K, Wright SM. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21 (5): 440 – 46.

6. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Review of Educational Research. 2007; 77 (1): 81 – 112.

7. Archer JC. State of science in health professional education: effective feedback. Medical Education. 2010; 44 (1): 101 – 8.

8. Brown S. Assessment for learning. Learning and Teaching in Higher Education. 2004; 1: 3 – 31.

9. Nicol D J, Macfarlane-Dick D. Formative assessment and self regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. Studies in Higher Education. 2006; 31 (2): 199 – 218.

10. Doan L. Is feedback a waste of time? the students' perspective. Journal of Perspectives in Applied Academic Practice. 2013; 1 (2); 3 – 10.

11. Getzlaf B, Perry B, Toffner G, Lamarche K, Edwards M. Effective instructor feedback: perceptions of online graduate students. The Journal of Educators Online. 2009; 6 (2): 1 – 22.

12. Higgins R, Hartley P, Skelton A. The conscientious consumer: reconsidering the role of assessment feedback in student learning. Studies in Higher Education. 2002; 27 (1): 53 – 64.

13. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of feedback: the students' perspective. Assessment and Evaluation in Higher Education. 2008; 33 (2): 143 - 54.

14. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007; 31 (2): 176 – 9.

15. Gray DE. Pesquisa no mundo real. Tradução de Roberto Catalgo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

16. 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.

17. UFG. 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.

18. Microsoft. Office excel for windows 7. Version 2007. [S.I.]: Microsoft Corporation, 2007.

19. Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

20. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

21. Atlas.ti. Scientific Software: qualitative data analysis. Version 7.0.77. Berlin: Development GmbH, 2012.

22. 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.

23. Hounsell D, McCune V, Hounsell J, Litjens J. The quality of guidance and feedback to students. Higher Education Research & Development. 2008; 27 (1): 55 – 67.

24. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Vanstone M, Lingard L. Beyong individualism: professional culture and its influence on feedback. Medical Education. 2013; 47(6): 585 – 94.

25. Mazor KM, Holtman MC, Shchukin Y, Mee J, Katsufrakis PJ. The relationship between direct observation, knowledge, and feedback: results of a national survey. Academic Medicine. 2011; 86 (10 supl): s.63 – 68.

26. Carless D. Differing perceptions in the feedback. Studies in Higher Education. 2006; 31 (2): 219 – 33.

27. Oliveira VTD, Batista NA. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36 (3): 374 – 80.

28. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? Revista Brasileira de Educação Médica. 2011; 35 (4): 557 – 66.

29. Norcini J. The power of feedback. Medical Education. 2010; 44 (1): 16 – 17.

30. Hounsell D. Student feedback, learning and development. In: Slowey M, Watson D (Eds.) Higher education and the lifecourse. Buckinghan: Society for Research into Higher Education & Open University Press, 2003. p. 67-78.

31. Cushing A, Abbott S, Lothian D, Hall A, Westood OMR. Peer feedback as an aid to learning: what do we want? feedback. when do we want it? now! Medical Teacher. 2011; 33 (2): 105 – 12. Disponível em: <http://www.informahealthcare.com/doi/palf/103109/0142159X.011.542522>. Acesso em 20 nov. 2012.

32. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical enviromenment. Medical Teacher. 2012; 34 (10): 787 – 91.

33. Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson D. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physician's clinical performance: beme guide n°7. Medical Teacher. 2006; 28 (2): 117 – 28.

34. Orsmond P, Merry S, Reiling K. Biology students' utilization of tutors' formative feedback: a qualitative interview study. Assessment & Evaluation in Higher Education. 2005; 30 (4): 369 – 86.

35. Bailey R. Undergraduate students' perceptions of the role and utility of written assessment feedback. Journal of Learning Development in Higher Education. 2009; 1 (1): 1 – 14.

5.2 ARTIGO 2: PERCEPÇÃO DE DISCENTES DE MEDICINA SOBRE O *FEEDBACK* NO AMBIENTE APRENDIZAGEM*

PERCEPTION OF MEDICAL STUDENTS ABOUT THE FEEDBACK IN THE LEARNING ENVIRONMENT

Título resumido:

Percepção de discentes sobre o *feedback*

Perception of students about the feedback

Autoras:
SÍLVIA CRISTINA MARQUES NUNES PRICINOTE**
Mestranda em Ensino na Saúde / Faculdade de Medicina / Universidade Federal de Goiás
Professora Assistente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis
Endereço: Av. Universitária Km. 3,5, Cidade Universitária, Anápolis, Goiás, CEP: 75083-515 – Fone: (62) 33106741
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Rua 01 Qd. 40 Lt. 37/43 Apto. 202 Bl. Alcazar Ed. Euroville 2, Chácaras Alto da Glória, Goiânia, Goiás, CEP: 74815-610
Fone residencial: (62) 36096901 / Celular: (62) 98026526
E-mail: dra.silvia.pricinote@gmail.com
**Participou de todas as etapas da pesquisa e da redação do artigo.

EDNA REGINA SILVA PEREIRA***
Doutora em Medicina Nefrologia / USP
Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Goiás.
Endereço: Rua 235 com 1ª avenida s/n, Universitário, Goiânia, Goiás, CEP 74605-020 - Fone: (62) 3209-6248
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Rua SB 33 Qd. 49 Lt. 14 Portal do Sol, Goiânia, Goiás, CEP 74884-643.
Fone residencial: (62) 32753449 / Celular: (62) 99722591
E-mail: ersp13@gmail.com
***Participou da revisão bibliográfica, da análise e interpretação dos dados e da redação do artigo.

***** Artigo original da área de Ensino na Saúde, parte da dissertação de mestrado intitulada "Percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* na avaliação formativa" do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG), a ser defendida em 12 de fevereiro de 2014.

Percepção de discentes de medicina sobre o *feedback* no ambiente de aprendizagem

Perception of medical students about the feedback in the learning environment

RESUMO

Apesar de o *feedback* ser descrito na literatura como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado, na prática ele ocorre raramente e/ou de forma ineficaz. O objetivo deste trabalho foi avaliar como o *feedback* é ministrado em cursos de medicina e identificar as características dos docentes e discentes relacionadas a 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 através 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 discentes para receber o *feedback*. Observou-se que independente da instituição e do modelo curricular a prática do *feedback* precisa ser melhorada nos ambientes de ensino e aprendizagem. Devem – se estimular tanto os docentes a realizarem o *feedback*, quanto aos discentes a buscar recebê-lo para que seja uma prática regular, contínua e com qualidade.

Palavras-chave: Retroalimentação psicológica, Estudantes de medicina, Ensino, Aprendizagem, Avaliação educacional.

ABSTRACT

Although the feedback is described as capable of powerfully affect the learning in the literature, it occurs rarely and / or ineffective manner in practice. The aim of this research is to know how feedback is delivered at medical school and to identify the characteristics of teachers and students related to completion of the feedback . This is a qualitative research. Data were collected via focus groups with fourth year or eighth term students at three medical schools. Thematic analysis revealed four major themes: characteristics of received feedback, factors related to the occurrence of feedback, characteristics of the teacher to provide feedback and characteristics of the student to receive feedback. Regardless of the institution and the curriculum model, it was observed that the practice of feedback needs to be improved in the teaching and learning environments. Teachers should be stimulated to provide feedback and students should seek to receive it, so that it becomes a regular, continuous and quality practice.

Keywords: Feedback psychological, Medical students, Teaching, Learning, Educational Measurements

INTRODUÇÃO

Na medicina, o foco educacional tem mudado da aquisição de conhecimento e treinamento prolongado para o alcance de objetivos de aprendizado e para preparação dos graduandos em responder as demandas de saúde individual, coletiva e do sistema de saúde[1]. Com isso, espera-se que o estudante desenvolva, em um processo interativo, competências específicas para o desempenho profissional. A avaliação da aquisição de conhecimentos, de habilidades, de atitudes e de comportamentos gera informações sobre o desempenho do estudante. Neste contexto, emerge a importância do *feedback* no processo educacional[1].

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

Na perspectiva construtivista, *feedback* não é apenas uma informação transmitida do professor para o aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como uma simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação[3]. 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 capacidades[2]. Torna-se o processo, o diálogo entre o provedor e o receptor, importante em si, assegurando que a mensagem foi recebida, como foi interpretada, como precisa ser contextualizada e colocada em prática em nova oportunidade[2,4].

Define-se *feedback* efetivo como aquele capaz de gerar resultados, ou seja, um desenvolvimento positivo e desejável através de uma informação oferecida sobre a *performance* ou conhecimento prévio[5]. 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[6].

Aponta-se o benefício de se aprender mais rápido e efetivamente quando o aluno sabe o que está fazendo bem feito e em que ponto é preciso melhoria, fundamentado na observação de seu desempenho em determinada tarefa seja pelo professor, pares ou outro observador externo associada a sua auto-reflexão[7].

Na literatura, o *feedback* é descrito como capaz de influenciar poderosamente o aprendizado[1,2,5,8], embora na prática ocorra raramente ou de forma ineficaz[2,8]. Portanto, são necessários estudos qualitativos e quantitativos que investiguem o *feedback* no ambiente de ensino e aprendizagem[2,8]

O objetivo deste trabalho é avaliar como o *feedback* é ministrado em cursos de medicina e identificar as qualidades dos docentes e discentes relacionadas a realização do *feedback*.

MATERIAIS E MÉTODOS

Com a finalidade de analisar a percepção de um grupo sobre um assunto específico, utilizou-se nesse estudo a abordagem qualitativa de pesquisa e na coleta de dados, foi empregada a técnica de grupo focal[9,10].

O critério de inclusão para composição da amostra foi ser estudante do quarto ano ou oitavo período do curso de medicina, antes do início do internato, de uma das faculdades do Estado de Goiás.

Em Goiás, apenas três instituições de ensino superior possuem turmas com alunos que cursam a grade escolhida como critério de inclusão. Uma instituição é pública federal e utiliza metodologia tradicional de ensino com algumas inovações curriculares, desde 2003[11]. As outras duas são instituições privadas, cujos currículos baseiam-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina com a adoção de metodologias ativas de ensino como a aprendizagem baseada em problemas e a problematização[12].

Um contato prévio com as secretarias dos cursos foi feito para obtenção da lista de matriculados que se encaixavam no critério de inclusão. A amostra estudada foi selecionada através de sorteio via Microsoft® software Office Excel[13], e recrutada por contato telefônico pela pesquisadora.

Os grupos focais ocorreram entre outubro e dezembro de 2013. Embora, a pesquisadora tivesse estabelecido contato com 18 alunos de cada instituição, atenderam ao recrutamento doze alunos de uma das instituições, sete alunos de outra e seis alunos da terceira. A duração da reunião de cada grupo focal foi de sessenta minutos no primeiro, noventa minutos no segundo e sessenta minutos no terceiro.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, que prima por descrever de forma objetiva e sistemática o conteúdo manifesto nas discussões do grupo focal com a finalidade de interpretá-lo[14]. Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, fez-se a opção pela análise temática fundamentada em Minayo[14] e Bardin[15], por ser a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde[10].

Após a transcrição das falas dos grupos focais, o *software* Atlas.ti versão 7.0.77 [16] foi utilizado para codificação e categorização dos dados.

As categorias e subcategorias foram definidas tanto *a priori*, com base nos objetivos de estudo e no roteiro utilizado para a condução do grupo focal, bem como as que emergiram das falas. A categorização pode ser visualizada no Quadro 4.

Quadro 4 – Categorias e subcategorias.

1. Características do *feedback* recebido Positivas Negativas
2. Fatores relacionados à ocorrência do *feedback* Facilitadores Dificultadores
3. Características do docente para dar o *feedback* Positivas Negativas
4. Características do discente para receber o *feedback*

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e pelos comitês de éticas das instituições co-participantes, sob protocolo CAAE da Plataforma Brasil 14771213.9.0000.5078.

Iniciaram-se os grupos focais após concordância de todos os estudantes participantes com os propósitos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todo o estudo foi desenvolvido contemplando

todos os preceitos éticos conforme a Resolução nº 466 / 12 do Conselho Nacional de Saúde[17].

Os grupos focais receberam um código com a letra inicial da palavra "Grupo Focal" (GF) seguido de um número: 1, 2 e 3, garantido o anonimato dos discentes e das instituições participantes.

RESULTADOS

Características do *feedback* recebido: positivas

Quatro principais 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 marcava um X e escrevia o que você errou, porque você tinha errado, qual a resposta certa e porque era certa. No final do módulo, ela chamava individualmente e tentava entender por que você tinha acertado questões que não tinham sido discutidas e errava questões que tinham sido discutidas. Mas acho que o *feedback* individual foi pouco. (GF1)

Bohnacker-Bruce[18] revelou que a satisfação e engajamento de estudantes com o *feedback* relacionam-se diretamente com o *feedback* individual, embora a minoria dos estudantes tenha essa oportunidade. Poulos e Mahony[19] também ressaltaram a preferência por *feedback* específicos para o indivíduo e não gerais para toda a classe. Getzlaf et al[20] revelaram que alunos compreendem melhor os objetivos de aprendizado e áreas que necessitam de melhorias quando seus professores têm o interesse em dar *feedbacks* individualizados.

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

> Cada estação que a gente passava tinha um *feedback* de um professor. Você tinha acabado de passar pela estação, tinha acabado de vivenciar a situação e o professor logo em seguida ele te avaliava, falando o que você fez bem ou o que você fez errado. Eu acho que foi muito positivo porque é uma forma de ensino muito efetiva. (GF2)

Em relação ao tempo apropriado para dar o *feedback*, Bohnacker-Bruce[18] trouxe que os estudantes consideram um tempo oportuno de *feedback* até duas semanas, mais do que isso perde-se a efetividade para a aprendizagem porque não é possível colocá-lo em prática. Weaver[21] mostrou que em mais de 40% dos cursos de administração a área mais fraca do *feedback* correlaciona-se ao tempo de provisão: o *feedback* é muito tardio para ser útil. El Saadawi et al[22] relataram que o *feedback* imediato tem efeito positivo em ganhos de aprendizagem. Troncon[23] descreveu que se o estudante não receber o *feedback* imediato, ele terá seus esforços desviados para um novo conteúdo e o *feedback* será irrelevante para esse novo momento e, provavelmente, não será uma atividade que resultará em aprendizado.

Os estudantes participantes da amostra relataram também que o *feedback* deve apontar como melhorar quando for detectado o erro para contribuir realmente para o aprendizado:

> Acho que ele tem que mostrar qual é o caminho que você deve seguir. Não adianta a pessoa só apontar teu erro e não te mostrar qual é o caminho que você deve tomar para tentar 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 você vai melhorar. (GF3)

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

> Na OSCE de Pediatria, queríamos ter oportunidade de fazer de novo para aproveitar esse *feedback* recebido e fazer melhor da próxima vez. (GF2)

Ramani e Krackov[1] descreveram que o *feedback* deve ser dado ao longo das disciplinas, e não apenas ao final, para ter oportunidade de ser praticado. Para que isto ocorra, deve existir a descrição com justificativas de áreas que precisam ser melhoradas, com sugestões ou exemplos de como obter o desempenho desejado, e a criação de um plano de ação para alcançar os objetivos levantados.

Características do *feedback* recebido: negativas

Apontaram-se quatro características negativas de um *feedback*: utilização de frases críticas sem conteúdo, focar o comentário 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 a entrega de gabarito.

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

> Na maioria dos *feedback*s recebidos, o professor fala o que você errou, mas não explica. Não é adequado. (GF1)

> Tipo assim: 'até hoje você não aprendeu isso?'. Esse termo às vezes surge lá no ambulatório. (GF3)

Watling et al[24] observaram que estudantes de medicina gostam tanto de *feedback*s positivos quanto negativos. Nos comentários negativos ressaltaram a importância de serem acompanhados por um plano de ação para melhoria. Entretanto referiram, frequentemente, à inexistência deste plano e apenas à existência de comentários vagos e sem significados, impactando negativamente o aprendizado.

Weaver[21] demonstrou que estudantes consideram como características não proveitosas do *feedback*: ser geral ou vago, ausência de sugestões de melhorias e focar apenas em 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 cara vem achando que sabe tudo e descasca em cima de você e ultrapassa a linha aqui da faculdade e começa a atingir coisas que não dizem respeito a ninguém, a nenhum professor. 'Você é um cara desinteressado, não dá valor a pai, mãe'. Isso ultrapassa, isso é um *feedback* negativo, muito ruim que não deve ser citado em momento algum. Tem professores que adoram tocar nesse ponto e ultrapassam essa linha. (GF3)

Nicol e Macfarlane-Dick[3] ressaltaram que o *feedback* deve focar na tarefa e não no indivíduo, pois fazer comentários sobre características pessoais pode ter efeito negativo na atitude, no desempenho, no relacionamento e no aprendizado.

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

> Teve um *feedback* em relação a centro cirúrgico que achei muita sacanagem. O aluno estava fazendo a escovação das mãos sem máscara. Ao invés do professor chegar lá e falar: 'você está sem máscara, arruma'; o professor tirou ponto e falou que ia colocar na aula. Isto seria o exemplo do que não deve ser feito. (GF1)

> Igual quando você está no ambulatório e o professor começa a brigar com você e falar tudo que você está fazendo errado na frente do paciente. 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 isso daí. Está no livro, você tem que saber'. Principalmente em ambulatório,

> eles falam isso na frente do paciente. Até o paciente fica com vergonha por você. (GF2)

Zeferino, Amaral e Domingues[25] orientaram a necessidade de o *feedback* ser dado em ambiente reservado, garantindo a privacidade, sem exposição e sem constrangimento do indivíduo.

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

> Pós 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 por que e ver o que precisava melhorar na matéria. (GF2)

Houseel[26] revelou a insatisfação de estudantes com a frequência e qualidade do *feedback* escrito em avaliações de conhecimento.

Já Burr, Brodier e Wilkinson[27] propuseram uma forma de facilitar o *feedback* escrito através do *blueprint*, ou seja, o mapeamento da avaliação somativa de seus objetivos de aprendizagem mais relevantes. Oferecer o *blueprint* possibilitou ao discente reconhecer os objetivos e monitorar a eficácia do seu aprendizado e ser uma opção para dar uma devolutiva a um grande número de alunos, economizando tempo.

Fatores relacionados à ocorrência do *feedback*: facilitadores

Listaram-se três fatores facilitadores para a ocorrência do *feedback.* A observação direta pelo avaliador, que na maioria das vezes é o professor, foi um fator relatado:

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

Em Watling et al[24], estudantes de medicina identificaram como forte preditor de credibilidade do *feedback* a observação direta de seus desempenhos em tarefas específicas. Entretanto, frequentemente relatam receber *feedback* de seus desempenhos sem serem observados diretamente. Este achado também vai ao encontro de Mazor et al[28], em que discentes associam a observação do seu desempenho como fonte de informação para o observador dar devolutivas, associando diretamente a quantidade de atividades sob observação com a frequência do *feedback*.

Pelgrim et al[29] reportaram que quando a observação direta e o *feedback* são planejados previamente entre residentes médicos e seus preceptores há uma maior probabilidade deles ocorrerem. Associaram também o *feedback* precedido pela observação direta com maior clareza dos objetivos do treinamento em serviço.

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

> Nas avaliações formativas sempre tem a planilha. O professor tem a planilha na atividade prática e ele vai avaliar: se você chegou na hora, se está com a vestimenta adequada, se o procedimento que você fez foi certo. Uma avaliação formativa que a gente teve no semestre passado foi na cirurgia. Quando a gente estava fazendo as cirurgias, as professoras anotavam o que a gente estava fazendo de errado e depois passavam pra gente e a podíamos olhar na ficha. Era muito bom. (GF1)

Zeferino, Domingues e Amaral[30] ressaltaram a importância do uso de um instrumento estruturado, tipo *checklist*, para avaliação durante a observação de uma tarefa porque auxilia o professor a focar sua atenção, aumentando a acurácia na detecção de falhas. Além de servirem como instrumento de avaliação, essas listas servem como ferramenta de aprendizagem, oferecendo elementos objetivos para dar *feedback* aos alunos, podendo ajudá-los a reforçar seus pontos fortes e a corrigir suas deficiências.

Em Bohnacker-Bruce[18], 70% dos estudantes referiram que o *feedback* deve estar relacionado a uma planilha estruturada com os objetivos a serem atingidos.

Ramani e Krackov[1] alertaram que o aluno só é capaz de atingir um determinado objetivo de aprendizado, se o conhecer. Por isso, o objetivo de aprendizadem e o padrão de desempenho devem ser esclarecidos, tornando-se o aluno mais seguro e responsável pelo aprendizado.

O último fator facilitador para 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 aqui. Você vai botar 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 Simpson[31] informaram que além de estratégias como textos escritos e explicações verbais, a técnica de modelagem, em que o discente observa o docente desempenhar determinada tarefa, pode ser utilizada para exemplificar a *performance* pretendida, facilitando a comparação pelo aluno. Eles orientaram

também que qualquer tarefa deve ser compatível com o conhecimento prévio do estudante e ter uma conexão lógica, específica e clara com os objetivos de aprendizagem a serem atingidos, ou seja, serem condizentes com o nível de aprendizado. Entretanto, eles também relataram que muitas tarefas acadêmicas não fazem sentido algum para o estudante.

Fatores relacionados à ocorrência do *feedback*: dificultadores

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 o seu nome para te avaliar. Fica impossível. (GF3)
>
> O professor tem que ter um espaço para tirar as dúvidas e gerar discussão em grupo. Acho isso importante. A gente pega, às vezes, aulas seguidas. Esse semestre mesmo, ultimamente a gente nem almoça direito, [...]. Acaba que não tem tempo. (GF3)
>
> Tocar serviço, Atendemos um monte de paciente e não dá tempo de discutir bem os casos. Se tiver menos pacientes para a gente atender, melhor vai ser o aproveitamento da turma em geral. (GF3)

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

> Eu acho que uma coisa que prejudica é um grupo extenso. Acho que grupos menores facilitariam. (GF2)
>
> No rodízio prático, é muita gente passando sempre para pouco tempo disponível. Fica difícil dar o *feedback.* (GF3)

Paradoxalmente, embora se conheça amplos benefícios pedagógicos da avaliação formativa, a provisão de *feedback* tem declinado no ensino superior, segundo Hounsell[26]. 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. Falchikov[32] também referiu a dicotomia vivenciada por professores: desejo de prover *feedback* em tempo hábil e o tempo reduzido para o mesmo devido ao grande número de alunos e a sobrecarga de trabalho.

Bates et al[33] 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 dos currículos. Watling et al[24] retrataram essa dificuldade vinculada aos dois papéis exercidos pelo professor-médico: a docência e a 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 desse estudo:

> Dar um *feedback* de uma prova mal elaborada é muito difícil. Igual a 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 você errou, se você errou, por que você errou. (GF1)

Weaver[21] relatou a insatisfação de estudantes com a falta de correlação do *feedback* com critérios de avaliação e o desconhecimento destes critérios pelos próprios alunos, tornando-os insatisfeitos. Isto também foi relatado na pesquisa de Bohnacker-Bruce[18] por 40% dos estudantes que participaram da investigação.

Características do docente para dar o *feedback*: positivas

A maioria dos professores são médicos sem capacitação em docência universitária e esperam que através de suas experiências clínicas consigam ajudar na formação do estudante[34]. Como os professores ocupam papel significante no processo de ensino e aprendizagem, é pertinente identificar fatores que se correlacionam com a prática docente efetiva.

Segundo Kikukawa et al[35], há muitos estudos qualitativos ou quantitativos que tratam sobre as características de um bom professor, os temas mais comumente identificados são: capacidade de prover apoio educacional, dar ao aluno oportunidade de pensar e prover informação sobre áreas que necessitam de melhorias; ou seja, resumem-se na capacidade do docente em dar *feedback* efetivo.

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

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

> Penso que deve ser uma relação horizontal, de querer ser amigo. Porque hoje em dia a gente entra em contato com o professor diretamente, a gente liga, a gente manda mensagem. (GF1)
>
> Acho que uma qualidade que o professor tem que ter é disposição para ser uma pessoa acessível tanto às dúvidas e aos erros do aluno. A partir do momento que o aluno errou, ele também é responsável pela formação, então ele tem que estar disposto a me ajudar corrigir aquilo para eu não errar novamente. (GF2)
>
> O professor que quer ver você crescer, ele sabe quem é você, ele te dá abertura para tirar suas dúvidas, ele corre atrás e te indica onde você deve ir e se você quer chegar em tal lugar, ele te mostra como.. Isso para mim seria o ideal. (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[36] e em Menachery et al[37], discentes indicaram que as características dos docentes para prover *feedback* são: ter habilidade de 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 em lidar com conflitos, revisar anualmente os objetivos de aprendizado, desenvolver o ensino centrado no aluno (deixar os alunos desempenharem atividades por si, trabalhar em conjunto com eles para estabelecimento de metas, objetivos e regras e propor sempre um ensino interativo) e pedir por *feedback* do seu próprio desempenho para os alunos para melhoria de estratégias de ensino.

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

> Paciência. Tem que ter paciência para ensinar porque estamos em fase de formação (GF3)
>
> Para dar um bom *feedback,* ele precisa ser um bom professor porque não dá para confiar no *feedback* de professor que tem dúvida. Se ele não fala com segurança, parece que não tem domínio. Tem que convencer que ele sabe aquilo. (GF1)
>
> Conhecimento do que ele está falando, do assunto que ele está falando é fundamental. Ele tem que ter interesse de ir atrás do que ele vai passar para a gente. Já tivemos muitos tutores, principalmente no começo, cada aluno

> lia um pedaço do livro e ele só dizia que estava certo, mas não tinha a mínima ideia do que estava sendo dito. (GF1)

Em relação à docência, foram citados os 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. Claro, tem a parte do aluno, mas se o professor tem a vontade mesmo de ensinar, isso ajuda muito na convivência com ele e no *feedback* dele." (GF3)

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

Um estudo que analisou opiniões de estudantes sobre as características de professores que deveriam ser indicados a uma premiação, encontraram qualidades como entusiasmo e paixão pelo ensino, bondade, equidade, compaixão, altruísmo, capacidade de guiar os alunos apoiando-os na aprendizagem, compromisso, equilíbrio pessoal/profissional e capacidade de ser modelo[38].

Uma pesquisa brasileira investigou as concepções de professores de medicina de uma instituição federal de ensino superior sobre as características de um bom professor. Destacaram-se as competências científica, pedagógica e relacional/ afetiva, notando-se que os docentes de medicina já incorporaram a noção de que para ser um bom professor não basta apenas conhecer o conteúdo da disciplina sob sua responsabilidade[39].

Zabalza[40] descreveu também como competências do professor universitário: alto nível de conhecimento e habilidades didáticas (conexão entre os conteúdos, clareza na exposição oral ou escrita dos conteúdos, materiais bem elaborados).

Características do docente para dar o *feedback*: negativas

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

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

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

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

Os estudantes de medicina envolvidos na pesquisa de Watling et al[24] reconheceram o duplo papel exercido por seus supervisores: docente e médico; entretanto, referiram que quando há prioridade para assistência em detrimento ao ensino, há uma redução da frequência e qualidade do *feedback*. Relataram inclusive que sentiam que a presença deles, dos estudantes, incomodava o supervisor.

A falta de capacitação docente é considerada também característica negativa do docente para o *feedback*.

> Os professores que são médicos e estão ali dentro do hospital que a gente frequenta, eles 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)

Este achado reafirma a importância que os alunos dão a capacitação docente, ressaltando que os docentes devem ser estimulados a praticar o *feedback* como estratégia regular de ensino-aprendizagem. Para essa mudança ocorrer, entretanto, é preciso disponibilizar aos professores um conjunto de práticas e informações que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como estratégia de ensino[1]. Os programas de desenvolvimento docente para o ensino médico devem incluir tal componente. Há evidências de que programas de desenvolvimento são amplamente aceitos pelos docentes e apresentam efeitos positivos e que a habilidade de *feedback* está entre os temas sugeridos em sua composição[25].

Características do discente para receber o *feedback*

O *feedback* é inevitavelmente interpretado pela lente da auto – percepção. Torna-se importante compreender como o discente requer, interpreta, aceita e usa o *feedback* ou não e os fatores relacionados a esta interpretação[41].

Para o graduando receber o *feedback*, foram apontadas três características como próprias do aluno.

Uma característica foi ser interessado e buscar esse *feedback*:

> Interesse é a palavra. O aluno interessado dá um jeito, vai atrás, fica sabendo o que está acontecendo, o que aconteceu com ele, se está tudo bem ou se precisa melhorar. Quando 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 as críticas:

> Acho que a humildade, você ter interesse em ouvir, você ter a disposição de talvez mudar a sua atitude, mudar o que você fez de errado para tentar melhorar são características importantes 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 que o professor indica é de extrema importância, mas tem outras. Não adianta você receber de alguém a opinião dela e você ter aquilo como sendo sua opinião, não funciona. Claro que a opinião da outra pessoa vale para você ter uma noção do que é o assunto, mas para você formar a sua opinião, você tem que correr atrás. (GF3)

Segundo Sargeant et al[42], a principal qualidade para o aluno receber o *feedback* é a capacidade de reflexão: a auto avaliação e auto-percepção de seu desempenho desenvolvem o *feedback* interno que facilita a aceitação de um *feedback* externo.

Já em Watling et al[24], um grupo de residentes médicos reconheceram a importância de seu papel em buscar de forma ativa o *feedback*. Já alunos de pedagogia e música que participaram da pesquisa afirmaram não necessitarem de assumir esse papel porque o *feedback* sempre ocorre, não sendo necessário solicitá-lo.

Esta pesquisa apresenta como limitação o fato de revelar apenas o ponto de vista de estudantes sobre o *feedback* , há necessidade de estudos que revelem a percepção de docentes e de gestores educacionais sobre este tema. O número de participantes de cada grupo focal, mesmo diferente, não foi considerado um fator limitante, pois as falas registradas revelam uma opinião homogênea sobre o assunto abordado.

CONCLUSÃO

O presente 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 o mesmo acontece na percepção de estudantes de medicina. 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 identificadas para a realização do *feedback* são importantes para o planejamento de ações institucionais. Sugere-se que os docentes sejam capacitados para ministrar um *feedback* de qualidade e os discentes sejam estimulados a assumir um papel de protagonista 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.

Sugere-se ainda que sejam realizados estudos sobre a percepção de docentes e de gestores educacionais sobre o *feedback* na avaliação formativa.

REFERÊNCIAS

1. Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical enviromenment. Medical Teacher. 2012; 34 (10): 787 – 91.

2. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. Review of Educational Research. 2007; 77 (1): 81 – 112.

3. 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.heaacademy.ac.uk/assessment/ASS051D_SENLEF_model.doc>. Acesso em 20 nov. 2012.

4. 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.

5. Archer JC. State of science in health professional education: effective feedback. Medical Education. 2010; 44 (1): 101 – 8.

6. Brown S. Assessment for learning. Learning and Teaching in Higher Education. 2004; 1: 3 – 31.

7. Carless D. Differing perceptions in the feedback. Studies in Higher Education. 2006; 31 (2): 219 – 33.

8. Norcini J. The power of feedback. Medical Education. 2010; 44 (1): 16 – 17.

9. Gray DE. Pesquisa no mundo real. Tradução de Roberto Catalgo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

10. 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.

11. UFG. 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.

12. 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.

13. Microsoft. Office excel for windows 7. Version 2007. [S.I.]: Microsoft Corporation, 2007.

14. Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

16. Atlas.ti. Scientific Software: qualitative data analysis. Version 7.0.77. Berlin: Development GmbH, 2012.

17. 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.

18. Bohnacker-Bruce S. Effective feedback: the student perspective. Capture. 2013; 4 (1): 25 - 36.

19. Poulos A, Mahony MJ. Effectiveness of feedback: the students' perspective. Assessment and Evaluation in Higher Education. 2008; 33 (2): 143 - 54.

20. Getzlaf B, Perry B, Toffner G, Lamarche K, Edwards M. Effective instructor feedback: perceptions of online graduate students. The Journal of Educators Online. 2009; 6 (2): 1 – 22.

21. Weaver MR. Do students value feedback? student perceptions of tutors' written responses. Assessment and Evaluation in Higher Education. 2006; 31 (3): 379 - 94.

22. El Saadawi GM, Azevedo R, Castine M, Payne V, Medvedeva O, Tseytlin E et al. Factors affecting feeling-of-knowing in a medical intelligent tutoring system – the role of immediate feedback as a metacognitive scaffold. Advances in Health Sciences Education: theory and practice. 2010; 15 (1): 9 -30.

23. Troncon LEA. Avaliação do estudante de medicina. Medicina. 1996; 29 (4): 429 - 39.

24. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Vanstone M, Lingard L. Beyong individualism: professional culture and its influence on feedback. Medical Education. 2013; 47(6): 585 – 94.

25. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007; 31 (2): 176 – 9.

26. Hounsell D. Student feedback, learning and development. In: Slowey M, Watson D (Eds.) Higher education and the lifecourse. Buckinghan: Society for Research into Higher Education & Open University Press, 2003. p. 67-78.

27. 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.

28. Mazor KM, Holtman MC, Shchukin Y, Mee J, Katsufrakis PJ. The relationship between direct observation, knowledge, and feedback: results of a national survey. Academic Medicine. 2011; 86 (10 supl): s.63 – 68.

29. 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.

30. 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.

31. Gibbs G, Simpson C. Conditions under which assessment supports students' learning. Learning and Teaching in Higher Education. 2004; 1: 3 – 31.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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

36. 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.

37. 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.

38. 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.

39. Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012; 36 (4): 499 – 505.

40. Zabalza MA. O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed; 2004.

41. 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.

42. 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.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se através desta pesquisa que os alunos, embora tenham dificuldade em conceituar, compreendem parcialmente o que é *feedback*, pois falta a concepção do *feedback* interno. Conseguem reconhecer a importância do *feedback* para seu processo de aprendizagem e se mostram receptivos ao *feedback* efetivo. Entretanto, encontram-se insatisfeitos com a baixa frequência e a falta de regulamentação desta ferramenta.

Observa-se por meio deste estudo que a prática do *feedback* precisa ser melhorada nos ambientes de ensino e aprendizagem dos alunos participantes, independente da instituição a qual pertencem e do modelo curricular vigente.

Para um *feedback* ser efetivo, este precisa ser: individual e não expor depreciativamente o aluno a colegas e pacientes, imediato, construtivo e não com frases críticas sem conteúdo, focar-se na tarefa e não no indivíduo e gerar um diálogo entre aluno e professor e não mera entrega de notas.

Para facilitar que isso ocorra, deve-se designar tarefas claras e de acordo com os objetivos de aprendizagem como através de boas avaliações que devem ser devolvidas e discutidas, quando na forma escrita; existir um padrão da tarefa esperada que pode ser demonstrado pela técnica de modelagem e como ela será avaliada, por exemplo por meio de um *checklist*; observar diretamente o aluno na execução da tarefa; separar um tempo específico para a provisão do *feedback*, lembrando de utilizar adequadamente a assistência em função do ensino e se possível programar a subdivisão de turmas para que a atividade se desenvolva em grupos menores.

É imprescindível tornar o *feedback* uma prática regular e contínua na formação e não dependente de disciplina ou professor. Os docentes devem ser estimulados a praticar o *feedback* como estratégia de ensino aprendizagem. Mas, para essa mudança ocorrer, é preciso disponibilizar aos professores um conjunto de práticas e informações que aprimorem sua habilidade de fornecer *feedback* e de utilizá-lo como estratégia de ensino. Os programas de desenvolvimento docente para o ensino médico devem incluir tal componente.

Além disso, a institucionalização do *feedback* é outro estímulo importante ao docente para utilização desta prática, pois a partir do momento em que a instituição desenvolve, formaliza e monitora o processo de *feedback* ofertado, há a necessidade do professor se comprometer com as diretivas avaliativas.

Os discentes também devem ser estimulados a buscar esse *feedback* e assumirem papel de protagonistas em seu aprendizado, sendo capazes de criar um *feedback* interno de seu conhecimento e de sua *performance* para que *feedback* externo venha para aumentar, concordar ou conflitar com o caminho de aprendizagem percorrido. E assim, como próxima etapa, ações para preencher os espaços entre eles são postas em prática, direcionando e sedimentando o conhecimento.

Esta pesquisa apresenta como limitação o fato de revelar apenas o ponto de vista de estudantes sobre o *feedback* . Sugere-se que sejam também realizados estudos sobre a percepção de docentes e gestores educacionais sobre o *feedback* na avaliação formativa.

O FEEDBACK NA AVALIAÇÃO FORMATIVA

2014

O mundo vivencia profundas modificações na área do conhecimento, da tecnologia, da sociopolítica e, como é próprio da dinâmica dessas mudanças, elas também atingem a área da saúde

Requer-se um novo perfil de profissional: generalista, humanista, crítico e reflexivo; cuja prática seja pautada na ética, no rigor científico, na integralidade, na cidadania e na promoção de saúde e que desenvolva competências além de atenção em saúde como tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

Nesse contexto, o ato de avaliar o profissional em formação passa a adquirir um novo significado: deixa de estabelecer se o aluno foi aprovado ou não em determinada disciplina para verificar se os objetivos educacionais como um todo foram atingidos, quer dizer, se o aluno adquiriu, além do conhecimento técnico necessário, competências, habilidades e atitudes requeridas para o novo perfil de profissional. Despoja-se, portanto, apenas do caráter somativo, de aprovar em uma disciplina, e assume um caráter formativo, tornando-se parte integrante da formação de competências do novo profissional.

Outro aspecto fundamental para que a avaliação cumpra sua função é que o aluno conheça de forma imediata quais foram seus acertos e erros, ou seja, quanto antes obtiver um *feedback* da avaliação, mais facilmente o aluno tenderá a reforçar as respostas certas, a superar suas deficiências e a corrigir seus erros .

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

O *feedback* não é apenas uma informação transmitida do professor para o aluno sobre desempenho correto a ser reforçado (*feedback* positivo) ou errôneo a ser corrigido (*feedback* negativo) como uma simples mensagem a ser decodificada e colocada em ação. Mas o estudante deve assumir uma postura ativa na discussão dessas informações para que possa confirmar, adicionar, substituir, ajustar ou reestruturar o conhecimento, a habilidade e a atitude, desenvolvendo novas ideias e capacidades.

O Processo *do Feedback*

Define-se *feedback* efetivo como aquele capaz de gerar resultados, ou seja, um desenvolvimento positivo e desejável através de uma informação oferecida sobre *performance* prévia ou conhecimento de determinada tarefa. 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.

1 - A tarefa

A tarefa deve ser compatível com o conhecimento prévio do estudante e ter uma conexão lógica, específica e clara com os objetivos de aprendizados a serem atingidos, ou seja, serem condizentes com o nível de aprendizado.

Além disso, o aluno só é capaz de atingir um determinado objetivo de aprendizado, se o conhecer. Por isso, o objetivo de aprendizado e o padrão de desempenho (expectativa de *performance*) devem ser esclarecidos, tornando-se o aluno mais seguro e responsável pelo aprendizado.

2- A observação

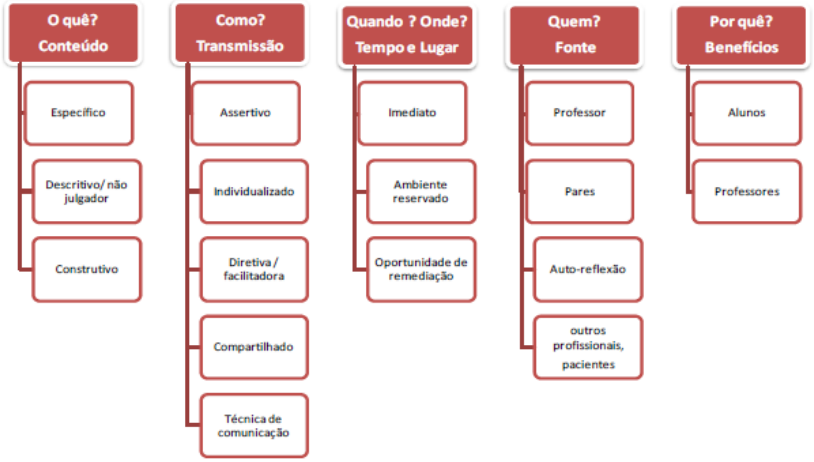
A credibilidade do *feedback* advém também da observação direta do desempenho, pois fornece uma visão mais realista e integrada das competências dos alunos, facilitando a identificação das áreas de aprendizado a serem reforçadas.

O uso de um instrumento estruturado, tipo *checklist*, para avaliação durante a observação de uma tarefa auxilia o professor a focar sua atenção, aumentando a acurácia na detecção de falhas.

A observação não pode ser um processo passivo, e sim construtivo: dicas devem ser dadas durante o próprio desempenho para que o aluno tome maior ciência dos objetivos e da *performance* a serem atingidos.

3 - A informação gerada

De forma didática, a informação gerada pela observação do desempenho do aluno comparada com o padrão de *performance* ou conhecimento deve responder a 6 perguntas: o quê?, como?, quando?, onde?, quem? e por quê?.



O FEEDBACK NA AVALIAÇÃO FORMATIVA

2014

O quê?

A pergunta "o quê?" refere-se ao conteúdo da informação que deve ser específico, descritivo e não julgador, diretivo ou facilitador e construtivo.

Específico é indicar claramente os comportamentos nos quais o aluno está tendo bom desempenho, gerando segurança e um ambiente seguro de aprendizado, e aqueles nos quais o aluno pode melhorar. Relaciona-se a determinada tarefa e o conhecimento não pode ser generalizado para outras, pois gera-se incerteza quando perde a especificidade.

Deve-se focar na tarefa e não no indivíduo, pois fazer comentários sobre características pessoais pode ter efeito negativo na atitude, na *performance*, no relacionamento e no aprendizado.

Ser descritivo e não julgador é utilizar palavras para descreverem determinado comportamento ou ação, ao invés de julgá-lo.

No *feedback* construtivo, há descrição justificada de áreas que precisam ser melhoradas com sugestões ou exemplos de como obter o desempenho desejado, de como será posteriormente mensurado e de um plano de ação para alcançar os objetivos levantados.

Como?

A pergunta "como?" refere-se à transmissão dessa informação que deve ser feita de modo assertivo, individualizado, diretiva ou facilitadora, compartilhada e com técnicas de comunicação.

Para ser assertiva, a comunicação deve ser clara, objetiva e direta. A informação deve ser dada face a face com o indivíduo através da indicação precisa do que requer correção (diretiva) ou envolver a provisão de comentários e sugestões que facilitam o aluno a desenvolver seu *feedback* interno (facilitadora), mas sempre enfatizando que se trata de um processo compartilhado. Docente e aluno através do diálogo devem encontrar pontos de concordância sobre os comportamentos que devem ser trabalhados, entender e respeitar a opinião do outro.

Estratégias positivas de comunicação são essenciais: a mensagem enviada pela linguagem corporal é importante, sentar ao lado do estudante minimiza a relação de poder; usar tom de voz respeitoso e gentil; utilizar questões abertas, convidando o aluno para uma conversa em que o levará a reflexão de suas práticas e limitar o *feedback* em uma sessão àquilo que é capaz de ser absorvido.

Quando e onde?

As questões "quando e onde?" referem-se ao momento e ao local para dar *feedback* ao aluno que devem ser oportunos, preferencialmente logo após a observação do comportamento e em ambiente reservado.

Caso o estudante não receba o *feedback* imediato, ele terá seus esforços desviados para um novo conteúdo e o *feedback* será irrelevante para esse novo momento e provavelmente não será uma atividade que resultará em aprendizado.

Feedback é uma atividade que consome tempo, por isso deve ser planejada. No planejamento, deve-se levar em consideração a oportunidade de refazer a tarefa após o *feedback* (oportunidade de remediação), por isso não deve ser ministrado apenas ao final do rodízio ou disciplina e sim ao longo do período, propiciando ao aluno colocar em prática as estratégias para melhoria do seu desempenho e consequentemente resultar em aprendizado.

Quem?

A questão "quem?" significa que o *feedback* pode ser entregue por várias fontes. A fonte mais confiável é o próprio professor quando regularmente faz a observação direta do desempenho do estudante.

Outras fontes também podem ser úteis: colegas (pares), múltiplas fontes em ambiente interativo e sistematizado (pares, supervisores, outros profissionais de saúde, pacientes) e a mais importante o próprio aluno em processo de auto – reflexão.

O relacionamento de confiança estabelecido entre pares pode facilitar a devolutiva e agregar outros benefícios: ambiente seguro de aprendizado, aumento de reflexão sobre as competências, respeito as características pessoais do outro, melhora da habilidade de comunicação e profissionalismo.

Por quê?

A indagação "por quê?" remete aos benefícios ao processo de ensino e aprendizagem.

Os estudantes tomam consciência de competências adquiridas (habilidades de comunicação, exame clínico, prescrição, empatia, profissionalismo e trabalho em equipe); são capacitados a auto monitorarem o processo de aprendizado; tornam-se alunos eficazes, persistentes, empreendedores, criativos, motivados e confiantes; são encorajados a ter uma boa *performance*, assegurando a qualidade do cuidado com o paciente, e adotarem uma prática profissional voltada para resultados e para o desenvolvimento profissional contínuo.

Mas o *feedback* além de beneficiar o receptor, afeta também o professor, que toma ciência de quão profundo foi o aprendizado e as competências adquiridas, envolvendo – se também na revisão e reflexão (o que foi bom, o que precisa mudar, quais novas estratégias a utilizar) gerada pelo *feedback* para preencher as lacunas do processo de ensino e aprendizado.

Criam-se, portanto, um ambiente de ensino seguro e uma relação de proximidade entre aluno e professor.

Para saber mais

- AMIN, Z.; SENG, C. Y.; ENG, K .H. Practical guide to medical student assessment. Singapore: World Scientific, 2006
- ARCHER, J. C. State of science in health professional education: effective feedback. Medical Education, Oxford, v. 44, n. 1, p. 101 – 108, 2010.
- Gibbs G, Simpson C. Conditions under which assessment supports students' learning. Learning and Teaching in Higher Education. 2004; 1: 3 – 31, 2004.
- Hattie J, Timperley H. The Power of feedback. Review of Educational Research. 2007; 77 (1): 81 – 112.
- 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.heaacademy.ac.uk/assessment/ASS051D_SENLEF_model.doc>. Acesso em 20 nov. 2012
- Ramani S, Krackov SK. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical enviromenment. Medical Teacher. 2012; 34 (10): 787 – 91.
- Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. Revista Brasileira de Educação Médica. 2007; 31 (2): 176 – 9

Mestranda: Silvia Cristina Marques Nunes Pricinote / Orientadora: Edna Regina Silva Pereira - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (UFG)

REFERÊNCIAS

AL-KADRI, H. M. et al. Students' perceptions of the impact of assessment on approaches to learning: a comparison between two medical schools with similar curricula. **International Journal of Medical Education**, [S.I.], v. 2, p. 44 – 52, 2011. Disponível em: <http://www.ijme.net/archive/2/students-perceptions-of-assessment.pdf>. Acesso em: 20 nov.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**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, p. 81 – 89, 2007.

AMIN, Z.; SENG, C. Y.; ENG, K .H. **Practical guide to medical student assessment**. Singapore: World Scientific, 2006.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de ensinagem na universidade:** pressupostos para estratégias de trabalho em aula. 9. ed. Joinville: Univille, 2010.

ARCHER, J. C. State of science in health professional education: effective feedback. **Medical Education**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 101 – 108, 2010.

ATLAS.TI. Scientific Software: qualitative data analysis. Version 7.0.77. Berlin: Development GmbH, 2012.

BAILEY, R. Undergraduate students' perceptions of the role and utility of written assessment feedback. **Journal of Learning Development in Higher Education**, [S.I.], v. 1, n. 1, p. 1 – 14, 2009.

BARBOUR, R. S. Making sense of focal groups. **Medical Education**, Oxford, v. 39, n. 7, p. 742 – 750, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATES, J. et al. Student perceptions of assessment and feedback in longitudinal integrated clerkships. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 4, p. 362 – 374, 2013.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231 – 237, 2005.

BLACK, P.; WILIAM, D. Assessment and classroom learning. **Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**, [S.I.], v. 5, n. 1, p. 7 - 74, 1998.

BOHNACKER-BRUCE, S. Effective feedback: the student perspective. **Capture**, Winchester, v. 4, n. 1, p. 25 – 36, 2013.

BOK, H. G. J. et al. Clarifying student's feedback-seeking behavior in clinical clerkships. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 3, p. 282 – 291, 2013.

BORGES, C. D; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 74 – 80, 2005.

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.

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.

BROWN, S. Assessment for learning. **Learning and Teaching in Higher Education**, Cheltenham, v. 1, p. 3 – 31, 2004.

BURGESS, A. W. et al. Senior medical student perceived ability and experience in giving peer feedback in formative long case examinations. **BMC Medical Education**, London, v.13, 2013. Disponível em: < http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/79>. Acesso em 30 nov. 2013.

BURR, S. A.; BRODIER, E.; WILKINSON, S. Delivery and use of individualized feedback in large class medical teaching. **BMC Medical Education**, London, v.13, 2013. Disponível em: < http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/63>. Acesso em 30 nov. 2013.

CARLESS, D. Differing perceptions in the feedback. **Studies in Higher Education**, London, v. 31, n. 2, p. 219 – 233, 2006.

CHOU, C. L. et al. Effects of longitudinal small-group learning on delivery and receipt of communication skills feedback. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 11, p. 1073 – 1079, 2013.
CHO, C. S.; RAMANAN, R. A.; FELDMAN, M. D. Defining the ideal qualities of mentorship: a qualitative analysis of the characteristics of outstanding mentors. **The American Journal of Medicine**, [S.I.], v. 124, n. 5, p. 453 – 458, 2011.

CROMMELINCK, M.; ANSEEL, F. Understanding and encouraging feedback-seeking behaviour: a literature review. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 3, p. 232 – 241, 2013.

CRUZ NETO, O; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. 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.

COSTA, N. M. S. C; CARDOSO, C. G. L. V; COSTA, D. C. Concepções sobre o bom professor de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 499 – 505, 2012.

CUSHING, A. et al. Peer feedback as an aid to learning: what do we want? feedback. when do we want it? now! **Medical Teacher**, Dundee, v. 33, n. 2, p. 105 – 112, 2011. Disponível em: <http://www.informahealthcare.com/doi/palf/103109/0142159X.011.542522>. Acesso em 20 nov. 2012.

DOAN, L. Is feedback a waste of time? the students' perspective. **Journal of Perspectives in Applied Academic Practice**, Edimburgo, v. 1, n. 2, p. 3 – 10, 2013.

EDWARD, W.; PARR, J. The occasional teacher, part 4: feedback and evaluation. **Canadian Journal of Rural Medicine**. Ottawa, v.16, n. 3, p. 96 – 97, 2011.

EL SAADAWI, G. M. et al. Factors affecting feeling-of-knowing in a medical intelligent tutoring system – the role of immediate feedback as a metacognitive scaffold. **Advances in Health Sciences Education: theory and practice**, [S.I.], v. 15, n. 1, p. 9 – 30, 2010.

EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 356, n. 4, p. 387 – 396, 2007.

EVA, K. W. et al. Factors influencing responsiveness to feedback: on the interplay between fear, confidence, and reasoning. **Advances in Health Sciences Education:** theory and practice, [S.I.], v. 17, n.1, p. 15 – 26, 2012.

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.

GETZLAF, B. et al. Effective instructor feedback: perceptions of online graduate students. **The Journal of Educators Online**, Dothan, v. 6, n. 2, p. 1 – 22, 2009.

GIBBS, G.; SIMPSON C. Conditions under which assessment supports students' learning. **Learning and Teaching in Higher Education**, Cheltenham, v. 1, p. 3 – 31, 2004.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 557 – 566, 2011.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Tradução de Roberto Catalgo Costa. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

HARDEN RM et al. Assessment of clinical competence using objective structured clinical examination. **British Medical Journal**, London, v.1, p. 447 – 451, 1975.

HATTIE, J.; TIMPERLEY, H. The Power of feedback. **Review of Educational Research**, Thousand Oaks, v.77, n.1, p. 81 – 112, 2007.

HIGGINS, R.; HARTLEY, P.; SKELTON A. The conscientious consumer: reconsidering the role of assessment feedback in student learning. **Studies in Higher Education**, London, v. 27, n. 1, p. 53 – 64, 2002.

HOUNSELL, D. Student feedback, learning and development. In: Slowey M, Watson D (Eds.) **Higher education and the lifecourse**. Buckinghan: Society for Research into Higher Education & Open University Press, 2003. p. 67-78.
HOUNSELL, D et al. The quality of guidance and feedback to students. **Higher Education Research & Development**, [S.I.], v. 27, n. 1, p. 55 – 67, 2008.

IERVOLINO, A. S.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115 – 121, 2001.

IRBY, D. M.; WILKERSON, L. Educational innovations in academic medicine and environmental trends. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 18, n. 5, p. 370 – 376, 2003.

KIKUKAWA, M. et al. The characteristics of a good clinical teacher as perceived by resident physicians in Japan: a qualitative study. **BMC Medical Education**, London, v.13, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/100>. Acesso em 30 dez. 2013.

KOLB, D; FRY, R. Towards an applied theory of experiential learning. In. Cooper, C. L. (Ed.). **Theories of group processes**. London: John Wiley, 1972. p. 33 – 58.

MAZOR, K. M. et al. The relationship between direct observation, knowledge, and feedback: results of a national survey. **Academic Medicine**, [S.I.], v. 86, n. 10 (Supp), s. 63 – 68, 2011.

MENACHERY, E. P. et al. Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 21, n. 5, p. 440 – 446, 2006.

MICROSOFT. Office Excel for Windows 7. Version 2007. [S.I.]: Microsoft Corporation, 2007.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**. [S.I.], v. 65, n. 9, s. 63 – 67 (Sup.), 1990.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C .S; GOMES, S. F. D. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

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, [S.I.], v. 18, n. 5, p. 1087 – 1102, 2013.

MURDOCH-EATON, D. Feedback: the complexity of self-perception and the transition from 'transmit' to 'received and understood'. **Medical Education**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 538 – 540, 2012.

NASSIF, A. C.N. **Escolas por estados**. Escolas Médicas do Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/estado.php>. Acesso em 28 fev. 2014.

NICOL, D. J.; MACFARLANE-DICK, D. Formative assessment and self regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. **Studies in Higher Education**, London, v. 31, n. 2, p. 199 – 218, 2006.

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.heaacademy.ac.uk/assessment/ASS051D_SENLEF_model.doc>. Acesso em 20 nov. 2012

NORCINI, J. The power of feedback. **Medical Education**, Oxford, v. 44, n. 1, p. 16 – 17, 2010.

_____. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). The Clinical Theacher, Plymouth, v. 2, n. 1, p. 25 – 30, 2005.

NORCINI, J. et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Medical Teacher**, Dundee, v. 33, n. 3, p. 206 – 214, 2011.

NORCINI, J. J.; MCKINLEY, D. W. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education**, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 239 – 250, 2007.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, V. T. D.; BATISTA, N. A. Avaliação formativa em sessão tutorial: concepções e dificuldades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 374 – 380, 2012.

ORSMOND, P.; MERRY, S.; REILING, K. Biology students' utilization of tutors' formative feedback: a qualitative interview study. **Assessment & Evaluation in Higher Education**, [S.I.], v. 30, n. 4, p. 369 – 386, 2005.

PAGLIOSA, F. L.; DAS ROS, M. A. O relatório flexner para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492 – 499, 2008.

PALMER, E. J.; DEVITT, P. E. Limitations of student-driven formative assessment in a clinical clerkship: a randomised controlled trial. **BMC Medical Education**, London, v.8, 2008. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/8/29>. Acesso em 20 nov. 2012.

PELGRIM, E. A. M. et al. The process of feedback in workplace-based assessment: organisation, delivery, continuity. **Medical Education**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 604 – 612, 2012.

PENDLETON, D. et al. **The new consultation: developing doctor-patient communication**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

POULOS, A.; MAHONY, M. J. Effectiveness of feedback: the students' perspective. **Assessment and Evaluation in Higher Education**, [S.I.], v. 33, n. 2, p. 143 – 154, 2008.

RAMANI, S.; KRACKOV, S. K. Twelve tips for giving feedback effectively in the clinical enviromenment. **Medical Teacher**, Dundee, v. 34, n.10, p. 787 – 791, 2012.

RESSEL, L.B. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779 – 786, 2008.

SARGEANT, J. et al. "Directed" self-assessment: practice and feedback within a social context. **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, [S.I.], v. 28, n. 1, p. 47–54, 2008.

SINGH, S. et al. Qualities of an effective teacher: what do medical teachers think? **BMC Medical Education**, London, v.13, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/13/128>. Acesso em 30 dez. 2013.

SWANWICK, T. (Org.). **Understanding medical education:** evidence, theory and practice. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

TRONCON, L. E. A. Avaliação do estudante de medicina. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 429-439, 1996.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507 – 514, 2005.

UFG. 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.

VELOSKI, J. et al. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physician's clinical performance: beme guide n°7. **Medical Teacher**, Dundee, v. 28, n. 2, p. 117 – 128, 2006.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VIVEKANANDA – SCHMIDT, P. et al. Do assessor comments on a multi-source feedback instrument provide learner-centred feedback?. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 11, p. 1080 – 1088, 2013.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed; 2004.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 176 – 179, 2007a.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Avaliando Competência Clínica: o método de avaliação estruturada observacional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 287 – 290, 2007b.

ZEFERINO, A. M. B.; DOMINGUES, R. C. L.; AMARAL, E. Auto - avaliação e avaliação por pares: estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 173 – 175, 2007c.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. Avaliação da aprendizagem do estudante. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 3, 2007.

WATLING, C. et al. Beyong individualism: professional culture and its influence on feedback. **Medical Education**, Oxford, v. 47, n. 6, p. 585 – 594, 2013.

WATLING, C. et al. Understanding responses to feedback: the potential and limitations of regulatory focus theory. **Medical Education**, Oxford, v. 46, n. 6, p. 593 – 603, 2012.

WEAVER, M. R. Do students value feedback? student perceptions of tutors' written responses. **Assessment and Evaluation in Higher Education**, [S.I.], v. 31, n. 3, p. 379 – 394, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa.

Pesquisador: SILVIA CRISTINA PRICINOTE
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 14771213.9.0000.5078
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 277.707
Data da Relatoria: 20/05/2013

Apresentação do Projeto:
Trata-se de emenda com as respostas às pendencias consideradas pelo CEP-PUC do projeto de pesquisa intitulado "Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa."

Objetivo da Pesquisa:
O objetivo da emenda é responder e esclarecer as pendencias consideradas pelo CEP-PUC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisador informa na sua emenda que o projeto tem como instituição proponente a faculdade de medicina UFG e como instituições co-participantes as faculdades de medicina da UniEvangélica e da PUC. Informa ainda que através dessa emenda, vem fazer 3 adendos ao projetos (justificativas I, II, III) para melhor responder os questionamentos CEP PUC e trazer 3 declarações de ciência e apoio de departamentos de cada instituição para se caso existir algum conflito com participantes da amostra, esses departamentos ajudarão na resolução das complicações. Ressalta também junto ao CEP PUC que desde a primeira
submissão do projeto a plataforma Brasil foi anexada a declaração de aceite da faculdade de

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

medicina como instituição co - participante do projeto, sendo ela assinada pelo diretor da faculdade Sr. Paulo Luiz C. Francescantonio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão de acordo.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da presente emenda entendemos que a pendência foi atendida.
Sugerimos sua aprovação salvo melhor juizo do CEP-PUC

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

GOIANIA, 21 de Maio de 2013

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 1

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa.

Pesquisador: SILVIA CRISTINA PRICINOTE
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 14771213.9.0000.5078
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 301.840
Data da Relatoria: 14/06/2013

Apresentação do Projeto:
Este CEP aprovou a realização do projeto de pesquisa intitulado "Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa" e aguardava o retorno das emendas com as respostas às pendencias consideradas pelo CEP-PUC.

Objetivo da Pesquisa:
A pesquisadora anexou emendas para justificar as pendências solicitadas pelo CEP-PUC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Os documentos anexados pela pesquisadora atendem as pendências solicitadas pelo CEP-PUC, de acordo com parecer consubstanciado elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:
Considerar as recomendações elaboradas no parecer consubstanciado pelo CEP-PUC.

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.070-290
UF: GO **Município:**
Telefone: (623)310.-6759 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA

Continuação do Parecer: 301.840

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o parecer do CEP-PUC que "considerou a resposta às pendências apontadas, não vê mais impedimentos éticos para a realização da pesquisa."; estando este CEP de acordo com o parecer apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao finalizar a pesquisa apresentar o relatório final, conforme cronograma.

12 de Junho de 2013

Assinador por:
Silvia Mara Maloso Tronconi
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.070-290
UF: GO **Município:**
Telefone: (623)310.-6759 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 2

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa.

Pesquisador: SILVIA CRISTINA PRICINOTE
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 14771213.9.0000.5078
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 286.504
Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:
Se trata de um projeto de mestrado profissional em medicina a ser realizado na UFG.

Objetivo da Pesquisa:
2.1.Objetivo geral
Analisar a percepção dos discentes sobre a importância do feedback como estratégia de aprendizagem.

2.2.Objetivos específicos
I. Conhecer como é definido feedback pelos alunos. II. Identificar se os alunos recebem o feedback , com qual frequência e como é ministrado ao longo do curso. III. Encontrar fatores que se associam com a utilização do feedback . IV. Determinar as características necessárias para que o feedback tenha boa qualidade. V. Discutir se existem competências específicas para o professor realizar o feedback e para o aluno utilizar o feedback recebido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os riscos estão adequadamente descritos. No entanto, os benefícios são avaliados apenas em termos pedagógicos.

Endereço: Av. Universitária, N.° 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS - PUC/GOIÁS

Continuação do Parecer: 286.504

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora anexou justificativas e esclarecimentos ao projeto, conforme solicitado no parecer consubstanciado anterior emitido por este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Que o corpo do projeto contenha as mesmas informações do TCLE.

Que sejam avaliados benefícios diretos ao sujeito.

Que o cronograma de pesquisa seja revisto para a coleta piloto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando a resposta às pendências apontadas este CEP não vê mais impedimentos éticos para a realização da pesquisa. Lembramos à pesquisadora que é obrigatória a apresentação do relatório final da pesquisa aos CEP.

GOIANIA, 28 de Maio de 2013

Assinador por:
Dwain Phillip Santee
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO 4 – NORMAS 1 DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO MEDICAL EDUCATION

Medical Education

Author Guidelines

Medical Education is an international, peer-reviewed, journal with distribution to readers in more than 80 countries. The journal seeks to enhance its position as the pre-eminent journal in the field of education for health care professionals and aims to publish material of the highest quality reflecting world wide or provocative issues and perspectives. The contents will be of interest to learners, teachers and researchers. It aims to have a significant impact on scholarship in medical education and, ultimately, on the quality of health care by prioritising papers that offer a fundamental advance in understanding of educationally relevant issues. The journal welcomes papers on any aspect of health professional education.

1. The journal's mission in education and research

Manuscripts and reviews submitted to *Medical Education* may be used for teaching and research purposes with potential authors and reviewers. Authors and reviewers may be asked from time to time to take part in surveys. Every effort will be made to protect confidentiality. Names will not be passed to third parties.

2. Submission of manuscripts

Manuscripts should be prepared in accordance with the *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (see http://www.icmje.org/). All manuscripts are considered on the understanding that they have not been published previously in print or electronic format and that they are not under consideration by another publication or medium. *Medical Education* is committed to the Committee on Publication Ethics (COPE) Code of Conduct (http://publicationethics.org/). Authors should familiarise themselves with issues of publication ethics noted by COPE including duplicate publication/submission and 'salami slicing' as these behaviours will not be accepted.

Papers not correctly formatted will be returned to the authors for correction and resubmission. Manuscripts should be submitted online at http://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation. Full instructions and support are available on the site. A user ID and password can be obtained on the first visit. All parts of the manuscript must be available in an electronic format; those recommended are: generic rich text format (RTF) or Microsoft Word for text, and JPEG, GIF, TIFF, EPS, PNG, Microsoft PowerPoint or Excel for graphics. It is recommended that, where possible, figures are embedded into a single Microsoft Word document. Identifying details are now requested during the submission process rather than in a separate document. Please ensure that individual information is provided for each author. If you cannot submit online, please contact the Editorial Office (*Medical Education, 1*, Tamar Science Park, Davy Road, Plymouth PL6 8BX, UK. E-mail: med@mededuc.com).

Medical Education employs a plagiarism detection system. By submitting your manuscript to this journal you accept that your manuscript may be screened for plagiarism against previously published works.

3. Criteria for manuscripts

All manuscripts should meet the following criteria: the writing is clear and the information important and likely to be of interest to an international audience. For research papers, the study methods should be appropriate and the data valid; and for both discussion papers and research papers, the conclusions should be reasonable and supported by data or evidence. Papers are selected for peer review and publication on these criteria. We publish around 20% of manuscripts received each year. We welcome contributions from authors whose first language is not English, although it is recommended that before submitting your manuscript to the journal you ask a colleague familiar with written English to read it through. All authors

are encouraged to review the peer review criteria (see Med Educ 2009; 43:2-4) prior to submitting their manuscripts.

4. Editorial and peer review process

All submitted manuscripts are read initially by the editor. One or more associate editors may also be involved in early decision making. Papers with insufficient priority for publication are rejected at this stage – sometimes with advice about resubmission in a different category. Other manuscripts are sent to experts in the field for peer review. The review process is usually double-blinded so that authors' and reviewers' identities are not disclosed to either party. However, we encourage reviewers to sign their reviews in the interest of providing responsible feedback. Guidelines for reviewers are available from www.mededuc.com 'write' as well as on the online submission site. We aim to give an initial decision within 12 weeks. All accepted manuscripts are edited according to the journal's style and returned to the author as page proofs for approval. Authors are responsible for all statements made in their work.

5. Categories of manuscript

Medical Education publishes original research papers, review articles, special feature pieces, and short reports of research in progress or of educational innovation, commentaries, and letters to the editor. Specific guidelines are shown below:

Original Research: Generally less than 3,000 words, but longer papers will be accepted if the context warrants the inclusion of more text. An abstract, structured under subheadings, of no more than 300 words must be included and the paper should contain a maximum of five tables or figures with references included in the Vancouver style. The paper will usually be organised using the Introduction, Methods, Results, and Discussion (IMRAD) structure. The context of the work (i.e., findings from the existing literature) and your choice of methods must be made clear in the text. Qualitative and quantitative research approaches are equally welcome. All papers must make it clear how the findings advance understanding of the issue under study. Quality assurance papers that are predominantly of local interest or relevance do not meet this latter criterion. See Med Educ 2009; 43:294-6.

Review articles: Generally less than 3,000 words, plus a structured abstract of no more than 300 words. Up to 2 tables or figures and references in Vancouver style. Systematic or critical reviews are welcome, but again, both types of reviews will be held to the criterion of needing to advance understanding beyond the current. See Med Educ 2008; 42:852-3.

Short Reports*:* Generally less than 1,000 words plus abstract of no more than 300 words, with one table or figure and up to 5 references.

The Cross-Cutting Edge *(commissioned papers only – please send a brief e-mail to the editor at med@mededuc.com if you would like to write for this section or have suggestions of other topics/authors who should be recruited): Generally less than* 4000 words plus an abstract, structured under subheadings, of no more than 300 words, with up to 2 tables or figures and references in Vancouver style. See *Med Educ* 42(10):950-1 for an overview of the intent of these papers.

Really Good Stuff*: Lessons learned through innovation in medical education*

Short structured report of no more than 500 words with no figures or tables and one allowable reference and should have a maximum of four authors. The report should be organised into three sections: **What problem was addressed? What was tried? What lessons were learned?** Detailed guidelines for this section are available from the online submission and at www.mededuc.com 'write'. Please also see Med Educ 2011; 45 (5): 434-5.

Commentaries**:** up to 1,000 words and no more than 10 references; up to 5 short 'pull-out' quotations, from the commentary itself, of approximately 18 words should be supplied. An abstract is not required.

Letters to the Editor: up to 400 words, up to 6 references in the Vancouver style.

6. Preparation of manuscripts

A checklist to assist in the preparation of the manuscript for submission and the guidelines for authors are available by clicking 'instructions and forms' on **http://mc.manuscriptcentral.com/medicaleducation**

The anonymous manuscript

A full version of the manuscript as well as a fully anonymised version should be submitted. In the anonymised version, or review, authors should **NOT identify themselves or their institution**. This includes ensuring that neither the filename nor the footer/header contains the authors' names or initials. We encourage the use of the active voice, short sentences and clear sub headings in the text. *Chambers Guide to Grammar and Usage* (1996) can give advice on matters of style. The manuscript should be double-spaced with a wide margin (at least 3 cm) on either side. All pages should be numbered. Do not use abbreviations. All scientific units should be expressed in SI units. Before submission please remove fields from automatic referencing programs and switch off change tracking. Please supply a word count. Where figures, tables or illustrations from other publications have been used, appropriate permissions should be obtained prior to submission.

Referencing should be set out in double spacing in the Vancouver style. Authors are advised to consult the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (see http://www.icmje.org/) for details of the Vancouver reference style.

Authors should restrict *titles* to 15 words or fewer (90 characters including spaces), and the editor reserves the right to edit titles. The *main text* should start on a separate page and sections within the text should be appropriately sub-headed. Spelling should conform to the *New Shorter Oxford English Dictionary*. Both numbers and percentages should be given (not percentages alone) when relevant. Where *statistical methods* are used in analysis their use should be explained in the setting of the study and an appendix given if the method is particularly unusual or complex. For all research-oriented manuscripts a consideration of the strengths and weaknesses of the approach used should be included.

Keep a copy of the original manuscript for reference. An e-mail acknowledgement of receipt will be sent by the journal. Any material sent to the Editorial Office will not be returned. We reserve the right to copy edit papers to house style before final publication, but substantive changes will be the responsibility of the authors. **The identifying information** A separate identifying document is no longer required. However, the corresponding author should ensure that the following information is provided during the submission process: a) The full address, institution and contact details of all authors. It is the corresponding author's responsibility to ensure that each author holds a user account on the submission system and the details held are current. b) The individual contributions made by each author to the work described in the paper. c) Details of any funding d) Details of any acknowledgements e) A statement indicating whether ethical approval was sought for the research described. **All work involving research on human subjects** must comply with the Declaration of Helsinki (http://www.wma.net/e/policy/b3.htm) and authors must confirm, where appropriate, that informed consent was given. We expect ethical approval to have been sought from an appropriate body, such as an Institutional Review Board (IRB) or Independent Ethics Committee (IEC), where such bodies exist to review educational research. Both the manuscript itself and details concerning ethical approval input by the submitting author should indicate the outcome of the application, even when the decision was that no ethical approval was required. Where no formal framework for ethical approval is currently available, please provide a statement confirming if ethical considerations were made by a qualified person outside the group directly involved in work reported in this paper. There should also be a statement confirming the following points: That the work was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki, including, but not limited to there being no potential harm to participants, the anonymity of participants is guaranteed, and the informed consent of participants was obtained. See Med Educ 2009; 43:194-5. f) Details of any potential conflict of interest. A conflict of interest exists when professional judgement concerning a primary interest (such as patients' welfare or the validity of research) may be influenced by

secondary interests (personal matters such as financial gain, personal relationships or professional rivalry). **7. Copyright/licences**
Following acceptance of an article for publication the corresponding author will receive an email from Wiley's Author Services system which will ask the author to log in to their online site where they will be presented with an appropriate licence for completion. Authors should ensure that they respond to this email promptly.
8. Proofs Proofs will be sent to the corresponding author via e-mail as an Acrobat PDF file. Your e-mail server must be able to accept attachments up to 4MB in size. Acrobat reader is required to read these proofs and it can be downloaded free of charge from www.adobe.com/. This will enable the proof to be opened, read on screen and printed out for any corrections to be made. Authors are required to provide corrections promptly; if you are going to be out of e-mail contact for an extended period, please supply us with the contact details of someone who can attend to the proofs in your absence. **9. Fast tracking** A fast tracking system is in place for selected manuscripts. Papers of particular importance or topicality will receive priority when being scheduled for publication. Accepted and published papers may be used for publicity and public relations purposes.

ANEXO 5 – NORMAS 2 DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO MEDICAL EDUCATION

Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals:

Publishing and Editorial Issues Related to Publication in Medical Journals: Preparing a Manuscript for Submission to a Medical Journal

1. General Principles

The text of articles reporting original research is usually divided into Introduction, Methods, Results, and Discussion sections. This so-called "IMRAD" structure is not an arbitrary publication format but a reflection of the process of scientific discovery. Articles often need subheadings within these sections to further organize their content. Other types of articles, such as meta-analyses, may require different formats, while case reports, narrative reviews, and editorials may have less structured or unstructured formats.

Electronic formats have created opportunities for adding details or sections, layering information, cross-linking, or extracting portions of articles in electronic versions. Supplementary electronic-only material should be submitted and sent for peer review simultaneously with the primary manuscript.

2. Reporting Guidelines

Reporting guidelines have been developed for different study designs; examples include CONSORT for randomized trials, STROBE for observational studies, PRISMA for systematic reviews and meta-analyses, andSTARD for studies of diagnostic accuracy. Journals are encouraged to ask authors to follow these guidelines because they help authors describe the study in enough detail for it to be evaluated by editors, reviewers, readers, and other researchers evaluating the medical literature. Authors of review manuscripts are encouraged to describe the methods used for locating, select¬ing, extracting, and synthesizing data; this is mandatory for systematic reviews. Good sources for reporting guidelines are the EQUATOR Network and the NLM's Research Reporting Guidelines and Initiatives.

3. Manuscript Sections

The following are general requirements for reporting within sections of all study designs and manuscript formats.

a. Title Page

General information about an article and its authors is presented on a manuscript title page and usually includes the article title, author information, any disclaimers, sources of support, word count, and sometimes the number of tables and figures.

Article title. The title provides a distilled description of the complete article and should include information that, along with the Abstract, will make electronic retrieval of the article sensitive and specific. Reporting guidelines recommend and some journals require that information about the study design be a part of the title (particularly important for randomized trials and systematic reviews and meta-analyses). Some journals require a short title, usually no more than 40 characters (including letters and spaces) on the title page or as a separate entry in an electronic submission system. Electronic submission systems may restrict the number of characters in the title.

Author information: Each author's highest academic degrees should be listed, although some journals do not publish these. The name of the department(s) and institution(s) or organizations where the work should be attributed should be specified. Most electronic submission systems require that authors provide full contact information, including land mail and e-mail addresses, but the title page should list the corresponding authors' telephone and fax numbers and e-mail address.

Disclaimers. An example of a disclaimer is an author's statement that the views expressed in the submitted article are his or her own and not an official position of the institution or funder.

Source(s) of support. These include grants, equipment, drugs, and/or other support that facilitated conduct of the work described in the article or the writing of the article itself.

Word count. A word count for the paper's text, excluding its abstract, acknowledgments, tables, figure legends, and references, allows editors and reviewers to assess whether the information contained in the paper warrants the paper's length, and whether the submitted manuscript fits within the journal's formats and word limits. A separate word count for the Abstract is useful for the same reason.

Number of figures and tables. Some submission systems require specification of the number of Figures and Tables before uploading the relevant files. These numbers allow editorial staff and reviewers to confirm that all figures and tables were actually included with the manuscript and, because Tables and Figures occupy space, to assess if the information provided by the figures and tables warrants the paper's length and if the manuscript fits within the journal's space limits.

Conflict of Interest declaration. Conflict of interest information for each author needs to be part of the manuscript; each journal should develop standards with regard to the form the information should take and where it will be posted. The ICMJE has developed a uniform conflict of interest disclosure form for use by ICMJE member journals and the ICMJE encourages other journals to adopt it. Despite availability of the form, editors may require conflict of interest declarations on the manuscript title page to save the work of collecting forms from each author prior to making an editorial decision or to save reviewers and readers the work of reading each author's form.

b. Abstract

Original research, systematic reviews, and meta-analyses require structured abstracts. The abstract should provide the context or background for the study and should state the study's purpose, basic procedures (selection of study participants, settings, measurements, analytical methods), main findings (giving specific effect sizes and their statistical and clinical significance, if possible), and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations, note important limitations, and not overinterpret findings. Clinical trial abstracts should include items that the CONSORT group has identified as essential. Funding sources should be listed separately after the Abstract to facilitate proper display and indexing for search retrieval by MEDLINE.

Because abstracts are the only substantive portion of the article indexed in many electronic databases, and the only portion many readers read, authors need to ensure that they accurately reflect the content of the article. Unfortunately, information in abstracts often differs from that in the text. Authors and editors should work in the process of revision and review to ensure that information is consistent in both places. The format required for structured abstracts differs from journal to journal, and some journals use more than one format; authors need to prepare their abstracts in the format specified by the journal they have chosen.

The ICMJE recommends that journals publish the clinical trial registration number at the end of the abstract. The ICMJE also recommends that, when a registration number is available, authors list that number the first time they use a trial acronym to refer to the trial they are reporting or to other trials that they mention in the manuscript.

c. Introduction

Provide a context or background for the study (that is, the nature of the problem and its significance). State the specific purpose or research objective of, or hypothesis tested by, the study or observation. Cite only directly pertinent references, and do not include data or conclusions from the work being reported.

d. Methods

The guiding principle of the Methods section should be clarity about how and why a study was done in a particular way. The section should include only information that was available at the time the plan or protocol for the study was being written; all information obtained during the study belongs in the Results section.

i. Selection and Description of Participants

Clearly describe the selection of observational or experimental participants (healthy individuals or patients, in¬cluding controls), including eligibility and exclusion criteria and a description of the source population. Because the relevance of such variables as age, sex, or ethnicity is not always known at the time of study design, researchers should aim for inclusion of representative populations into all study types and at a minimum provide descriptive data for these and other relevant demographic variables. If the study was done involving an exclusive population, for example in only one sex, authors should justify why, except in obvious cases (e.g., prostate cancer)." Authors should define how they measured race or ethnicity and justify their relevance.

ii. Technical Information

Specify the study's main and secondary objectives–usually identified as primary and secondary outcomes. Identify methods, equipment (give the manufacturer's name and address in parentheses), and procedures in sufficient detail to allow others to reproduce the results. Give references to established methods, including statistical methods (see below); provide references and brief descrip¬tions for methods that have been published but are not well-known; describe new or substantially modified methods, give the reasons for using them, and evaluate their limitations. Identify precisely all drugs and chemicals used, including generic name(s), dose(s), and route(s) of administration. Identify appropriate scientific names and gene names.

iii. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable a knowledgeable reader with access to the original data to judge its appropriateness for the study and to verify the reported results. When

possible, quantify findings and present them with appropriate indicators of mea¬surement error or uncertainty (such as confidence intervals). Avoid relying solely on statistical hypothesis testing, such as P values, which fail to convey important information about effect size and precision of estimates. References for the design of the study and statistical methods should be to standard works when possible (with pages stated). Define statistical terms, abbreviations, and most symbols. Specify the statistical software package(s) and versions used. Distinguish prespecified from exploratory analyses, including subgroup analyses.

e. Results

Present your results in logical sequence in the text, tables, and figures, giving the main or most important findings first. Do not repeat all the data in the tables or figures in the text; emphasize or summarize only the most important observations. Provide data on all primary and secondary outcomes identified in the Methods Section. Extra or supplementary materials and technical details can be placed in an appendix where they will be accessible but will not interrupt the flow of the text, or they can be published solely in the electronic version of the journal.

Give numeric results not only as derivatives (for example, percentages) but also as the absolute numbers from which the derivatives were calculated, and specify the statistical significance attached to them, if any. Restrict tables and figures to those needed to explain the argument of the paper and to assess supporting data. Use graphs as an alternative to ta¬bles with many entries; do not duplicate data in graphs and tables. Avoid nontechnical uses of technical terms in statistics, such as “random” (which implies a randomizing device), “normal,” “significant,” “correlations,” and “sample.”

Separate reporting of data by demographic variables, such as age and sex, facilitate pooling of data for subgroups across studies and should be routine, unless there are compelling reasons not to stratify reporting, which should be explained.

f. Discussion

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them in the context of the totality of the best available evidence. Do not repeat in detail data or other information given in other parts of the manuscript, such as in the Introduction or the Results section. For experimental studies, it is useful to begin the discussion by briefly summarizing the main findings, then explore possible mechanisms or explanations for these findings, compare and contrast the results with other relevant studies, state the limitations of the study, and explore the implications of the findings for future research and for clinical practice.

Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not adequately supported by the data. In particular, distinguish between clinical and statistical significance, and avoid making statements on economic benefits and costs unless the manuscript includes the appropriate economic data and analyses. Avoid claiming priority or alluding to work that has not been completed. State new hypotheses when war¬ranted, but label them clearly.

g. References

i. General Considerations Related to References

Authors should provide direct references to original research sources whenever possible. Although references to review articles can be an efficient way to guide readers to a body of literature, review articles do not always reflect original work accurately. On the other hand, extensive lists of references to original work on a topic can use excessive space. Fewer references to key original papers often serve as well as more exhaustive lists, particularly since references can now be added to the electronic version of published papers, and since electronic literature searching allows readers to retrieve published literature efficiently.

Do not use conference abstracts as references: they can be cited in the text, in parentheses, but not as page footnotes. References to papers accepted but not yet published should be designated as “in press” or “forthcoming.” Information from manuscripts submitted but not accepted should be cited in the text as “unpublished observations” with written permission from the source.

Avoid citing a “personal communication” unless it provides essential information not available from a public source, in which case the name of the person and date of communication should be cited in parentheses in the text. For scientific articles, obtain written permission and confirmation of accuracy from the source of a personal communication.

Some but not all journals check the accuracy of all reference citations; thus, citation errors sometimes appear in the published version of articles. To minimize such errors, references should be verified using either an electronic bibliographic source, such as PubMed, or print copies from original sources. Authors are responsible for checking that none of the references cite retracted articles except in the context of referring to the retraction. For articles published in journals

indexed in MEDLINE, the ICMJE considers PubMed the authoritative source for information about retractions. Authors can identify retracted articles in MEDLINE by searching PubMed for "Retracted pub¬lication [pt]", where the term "pt" in square brackets stands for publication type, or by going directly to the PubMed's list of retracted publications.
References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parentheses.
References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure. The titles of journals should be abbreviated according to the style used for MEDLINE (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals). Journals vary on whether they ask authors to cite electronic references within parentheses in the text or in numbered references following the text. Authors should consult with the journal to which they plan to submit their work.

ii. Reference Style and Format

References should follow the standards summarized in the NLM's International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References webpage and detailed in the NLM's Citing Medicine, 2nd edition. These resources are regularly updated as new media develop, and currently include guidance for print documents; unpublished material; audio and visual media; material on CD-ROM, DVD, or disk; and material on the Internet.

h. Tables

Tables capture information concisely and display it efficiently; they also provide information at any desired level of detail and precision. Including data in tables rather than text frequently makes it possible to reduce the length of the text.
Prepare tables according to the specific journal's requirements; to avoid errors it is best if tables can be directly imported into the journal's publication software. Number tables consecutively in the order of their first citation in the text and supply a title for each. Titles in tables should be short but self-explanatory, containing information that allows readers to understand the table's content without having to go back to the text. Be sure that each table is cited in the text.
Give each column a short or an abbreviated heading. Authors should place explanatory matter in footnotes, not in the heading. Explain all nonstandard abbreviations in footnotes, and use symbols to explain information if needed. Symbols may vary from journal to journal (alphabet letter or such symbols as *, †, ‡, §), so check each journal's instructions for authors for required practice. Identify statistical measures of variations, such as standard deviation and standard error of the mean.
If you use data from another published or unpublished source, obtain permission and acknowledge that source fully.
Additional tables containing backup data too extensive to publish in print may be appropriate for publication in the electronic version of the journal, deposited with an archival service, or made available to readers directly by the authors. An appropriate statement should be added to the text to inform readers that this additional information is available and where it is located. Submit such tables for consideration with the paper so that they will be available to the peer reviewers.

i. Illustrations (Figures)

Digital images of manuscript illustrations should be submitted in a suitable format for print publication. Most submission systems have detailed instructions on the quality of images and check them after manuscript upload. For print submissions, figures should be either professionally drawn and photographed, or submitted as photographic-quality digital prints.
For X-ray films, scans, and other diagnostic images, as well as pictures of pathology specimens or photomicrographs, send high-resolution photographic image files. Since blots are used as primary evidence in many scientific articles, editors may require deposition of the original photographs of blots on the journal's website.
Although some journals redraw figures, many do not. Letters, numbers, and symbols on figures should therefore be clear and consistent throughout, and large enough to remain legible when the figure is reduced for publication. Figures should be made as self-explanatory as possible, since many will be used directly in slide presentations. Titles and detailed explanations belong in the legends—not on the illustrations themselves.
Photomicrographs should have internal scale markers. Symbols, arrows, or letters used in photomicrographs should contrast with the background. Explain the internal scale and identify the method of staining in photomicrographs.
Figures should be numbered consecutively according to the order in which they have been cited in the text. If a figure has been published previously, acknowledge the original source and submit

written permission from the copyright holder to reproduce it. Permission is required irrespective of authorship or publisher except for documents in the public domain.
In the manuscript, legends for illustrations should be on a separate page, with Arabic numerals corresponding to the illustrations. When symbols, arrows, numbers, or letters are used to identify parts of the illustrations, identify and explain each one clearly in the legend.

j. Units of Measurement

Measurements of length, height, weight, and volume should be reported in metric units (meter, kilogram, or liter) or their decimal multiples.
Temperatures should be in degrees Celsius. Blood pressures should be in millimeters of mercury, unless other units are specifically required by the journal.
Journals vary in the units they use for reporting hematologic, clinical chemistry, and other measurements. Authors must consult the Information for Authors of the particular journal and should report laboratory information in both local and International System of Units (SI).
Editors may request that authors add alternative or non-SI units, since SI units are not universally used. Drug concentrations may be reported in either SI or mass units, but the alternative should be provided in parentheses where appropriate.

k. Abbreviations and Symbols

Use only standard abbreviations; use of nonstandard abbreviations can be confusing to readers. Avoid abbreviations in the title of the manuscript. The spelled-out abbreviation followed by the abbreviation in parenthesis should be used on first mention unless the abbreviation is a standard unit of measurement.

ANEXO 6 - NORMAS DE PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Normas para publicação de trabalhos na Revista Brasileira de Educação Médica

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol.

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (http://www.educacaomedica.org.br). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.
Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações;não favorável a publicação.Todo Parecer incluirá sua fundamentação.
No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).
1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;
1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;
1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.
2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.
3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) – Limite máximo de 2.000 palavras.
4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente – Limite máximo de 6.000

palavras.
5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado – Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.
6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.
7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior – Limite máximo de 1.200 palavras.
8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite – Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:
- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)
- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo nesse idioma.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em http://decs.bvs.br/) e do **MESH** - Medical Subject Headings, para os resumos em inglês (disponível em http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.
No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: http://www.icmje.org
Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx[1] (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico
Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico
Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2008]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro
Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro
Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias
Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos
Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios
Campos MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa
Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.
As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade
Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:
"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de

minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".
Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa
No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.
No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse
Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors http://www.icmje.org/#conflicts)

ANEXO 7 – CARTA DE APOIO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL E MEDICINA LEGAL

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Goiânia, 05 de maio de 2013.

Declaro ciência acerca do projeto de pesquisa **"Percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* na avaliação formativa"**, a ser apresentado junto à banca de avaliação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Nível Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da Drª Edna Regina Silva Pereira. O objetivo geral do trabalho é analisar a percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* como estratégia de aprendizagem. Utilizará a abordagem qualitativa baseada em estudo de casos. Na coleta de dados serão empregadas técnicas de grupo focal e, como forma complementar de coleta, observação da expressão não verbal dos participantes. Três unidades casos serão montadas. Cada uma delas composta por 10 a 12 alunos do quarto ano ou do sétimo e / ou do oitavo período do curso de medicina de uma faculdade do Estado de Goiás (Universidade Federal de Goiás, Unievangélica Centro Universitário ou Pontifícia Universidade Católica de Goiás). Além da possibilidade de ampliação dos conhecimentos sobre o processo ensino – aprendizagem e da possibilidade de reflexão sobre o mesmo na educação médica, não haverá nenhum benefício direto aos participantes. O risco a que os sujeitos da amostra podem ser submetidos é o desconforto por compartilhar informações – julgadas por eles - constrangedoras e o incômodo em falar ou ouvir comentários que não lhes agradem. Nestas situações é facultado aos participantes deixar o recinto de pesquisa. Se, ainda assim, forem observadas eventuais complicações ou se conteúdos emocionais emergirem em decorrência do procedimento empregado na coleta de dados, o Serviço de Psicologia do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás compromete-se a intermediar o conflito e a oferecer suporte especializado sob a forma de apoio psicológico aos alunos da universidade.

Profª Berta Baltazar Elias
Coordenadora do Serviço de Psicologia

Primeira Avenida, S/Nº - St. Universitário – FONE: (062) 209-6149
CEP 74 605-050 – Goiânia – Goiás

ANEXO 8 – CARTA DE APOIO DO APOIO PSICOPEDAGÓGICO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 1

ASSOCIAÇÃO EDUCATIVA EVANGÉLICA
UniEVANGÉLICA
Um Novo tempo
Sempre

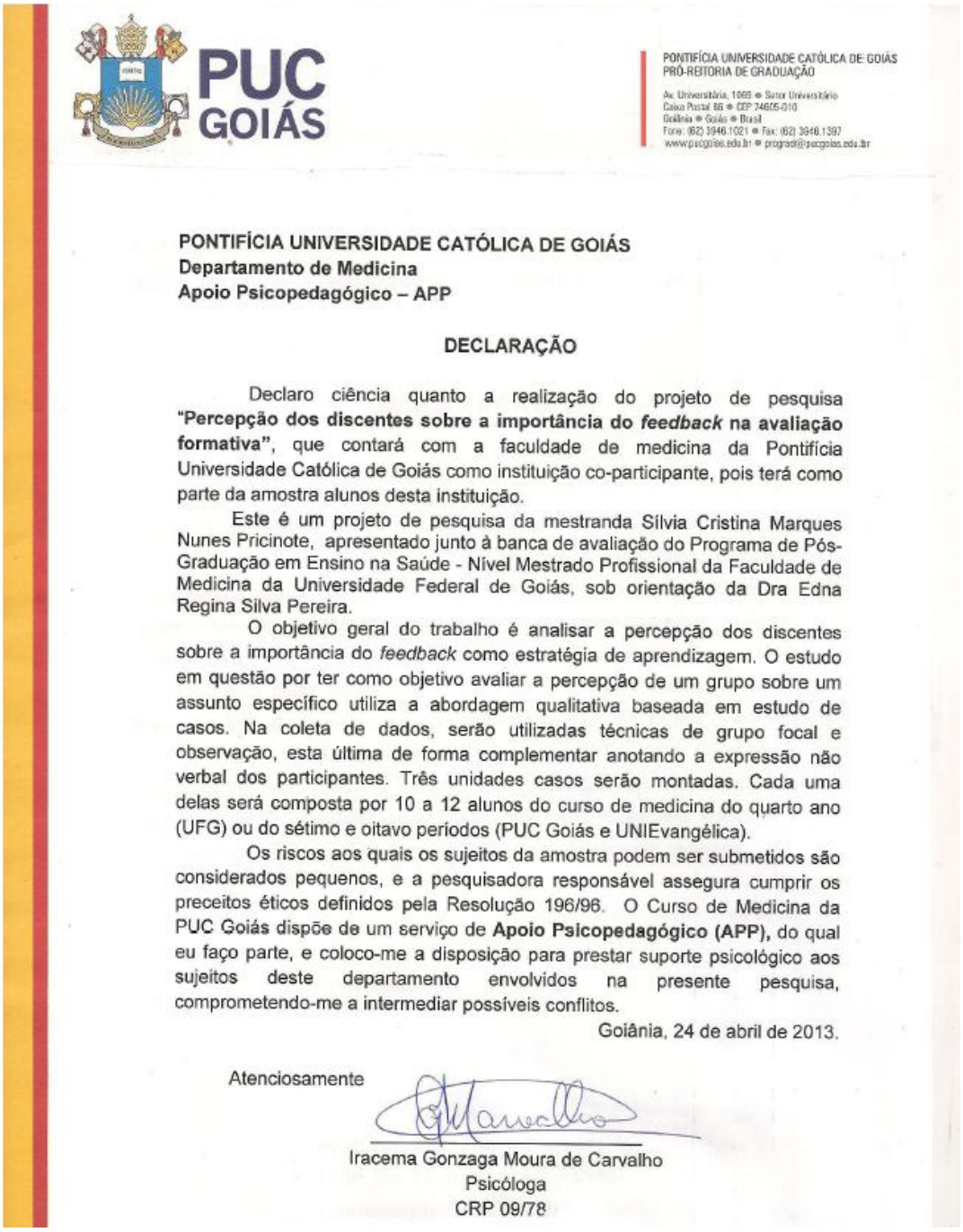
Anápolis, 24 de abril de 2013.

Declaro ciência quanto a realização do projeto de pesquisa "**Percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* na avaliação formativa**", que contará com a faculdade de medicina da Unievangélica Centro Universitário como instituição co-participante, pois terá como parte da amostra alunos desta instituição. Este é um projeto de pesquisa apresentado junto à banca de avaliação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Nivel Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás sob orientação da Dra Edna Regina Silva Pereira. O objetivo geral do trabalho é analisar a percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* como estratégia de aprendizagem. O estudo em questão por ter como objetivo avaliar a percepção de um grupo sobre um assunto específico utiliza a abordagem qualitativa baseada em estudo de casos. Na coleta de dados, serão utilizadas técnicas de grupo focal e observação, esta última de forma complementar anotando a expressão não verbal dos participantes. Três unidades casos serão montadas. Cada uma delas será composta por 10 a 12 alunos do quarto ano ou do sétimo e / ou do oitavo período do curso de medicina de uma faculdade do Estado de Goiás (Universidade Federal de Goiás, Unievangélica Centro Universitário ou Pontifícia Universidade Católica de Goiás). Não haverá nenhum benefício direto aos participantes, além de potencialmente ampliar seus conhecimentos sobre processo de ensino-aprendizagem na medicina e poder utilizá-los na prática para aprimorar sua formação. O risco que os sujeitos da amostra podem ser submetidos é o desconforto de compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por casualidade, ou em alguns dos tópicos se sentir incômodo em falar ou incomodado por ouvir comentários que não lhe agradem. Mesmo os sujeitos participantes não tendo a obrigação de fornecer informações no debate por sentirem que o assunto é muito pessoal ou se sentirem incômodo em falar e também mesmo podendo se retirarem do ambiente quando achar oportuno e mesmo assim advir eventuais complicações o **Núcleo de Apoio Psicopedagógico ao Discente (NAPED)** do curso de medicina da Unievangélica compromete-se em intermediar o conflito com suporte psicológico dos envolvidos desta instituição.

Cláudia Regina Major

Cláudia Regina Major
Psicopegagoga
Coordenadora do NAPED

ANEXO 9 – CARTA DE APOIO DO APOIO PSICOPEDAGÓGICO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE 2



PUC GOIÁS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62) 3946.1021 • Fax: (62) 3946.1397
www.pucgoias.edu.br • prograd@pucgoias.edu.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
Departamento de Medicina
Apoio Psicopedagógico – APP

DECLARAÇÃO

Declaro ciência quanto a realização do projeto de pesquisa **"Percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* na avaliação formativa"**, que contará com a faculdade de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como instituição co-participante, pois terá como parte da amostra alunos desta instituição.

Este é um projeto de pesquisa da mestranda Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote, apresentado junto à banca de avaliação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde - Nível Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da Dra Edna Regina Silva Pereira.

O objetivo geral do trabalho é analisar a percepção dos discentes sobre a importância do *feedback* como estratégia de aprendizagem. O estudo em questão por ter como objetivo avaliar a percepção de um grupo sobre um assunto específico utiliza a abordagem qualitativa baseada em estudo de casos. Na coleta de dados, serão utilizadas técnicas de grupo focal e observação, esta última de forma complementar anotando a expressão não verbal dos participantes. Três unidades casos serão montadas. Cada uma delas será composta por 10 a 12 alunos do curso de medicina do quarto ano (UFG) ou do sétimo e oitavo períodos (PUC Goiás e UNIEvangélica).

Os riscos aos quais os sujeitos da amostra podem ser submetidos são considerados pequenos, e a pesquisadora responsável assegura cumprir os preceitos éticos definidos pela Resolução 196/96. O Curso de Medicina da PUC Goiás dispõe de um serviço de **Apoio Psicopedagógico (APP),** do qual eu faço parte, e coloco-me a disposição para prestar suporte psicológico aos sujeitos deste departamento envolvidos na presente pesquisa, comprometendo-me a intermediar possíveis conflitos.

Goiânia, 24 de abril de 2013.

Atenciosamente

Iracema Gonzaga Moura de Carvalho
Psicóloga
CRP 09/78

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE DEBATE DO GRUPO FOCAL

GRUPO FOCAL

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **"Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa"**, desenvolvida por **Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote** discente de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da Professora Dra. Edna Regina Silva Pereira.

Sua participação dar-se-á com exposição de sua opinião (não há certo ou errado) num grupo de debate (técnica de grupo focal) com acadêmicos do mesmo ano e instituição. Esta discussão será moderada pela pesquisadora e pela orientadora. O debate terá como temas centrais a avaliação formativa e a técnica de feedback vivenciados na sua graduação. O tempo de duração do grupo de discussão é de aproximadamente 90 minutos.

Tradicionalmente, avaliação é vista como "mal necessário" para o currículo, como um ato de medir desempenho dos estudantes. Entretanto atualmente o ato de avaliar ganhou novo significado: quando bem planejado e implementado, ele tem o poder positivo de direcionar o aprendizado e o currículo, tornando-se o mais potente motivador do aprendizado do aluno.

Sobre esse assunto, vamos discutir algumas questões relacionadas.

1. Vocês já ouviram falar sobre a técnica de feedback ou devolutiva na avaliação? O que vocês entendem sobre esse assunto?
2. Durante a formação, vocês receberam o feedback em algum momento? Em quais momentos? Qual a frequência?
3. A quantidade de feedback recebido foi suficiente durante a formação? Por quê?
4. Como esse feedback foi ministrado para vocês?
5. Esse feedback contribuiu para o aprendizado / formação de vocês? Justifiquem.
6. O que vocês consideram um bom feedback? Descrevam suas características.
7. Em algum momento o feedback ministrado não foi considerado adequado? Por quê?
8. Em sua opinião, quais as características / qualidades que um professor deve ter para dar um feedback efetivo?
9. Em sua opinião, quais características / qualidades que um aluno deve ter para receber um feedback efetivo?
10. Para finalizar, como vocês gostariam de receber um feedback?

Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote
Mestranda do MEPES – FM / UFG
Pesquisadora responsável

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

"Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa"

Faculdade de Medicina – UFG

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo em duas vias (em todas as folhas e no fim do documento), assim como o pesquisador e orientador, e receberá uma das vias do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo), para tanto no fim deste termo é disponibilizado o contato do pesquisador e orientador do estudo e o comitê de ética em pesquisa em que foi submetido.

Natureza e objetivos do estudo

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **"Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa"**, desenvolvida por **Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote** discente de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, sob orientação da Professora Dra. Edna Regina Silva Pereira.

Sabe-se atualmente que a avaliação do processo ensino – aprendizagem deve ser preferencialmente formativa, priorizando a formação do aluno e não apenas somativa, que visa à aprovação na disciplina. Neste contexto, o feedback aos alunos se torna uma importante tarefa do docente e uma valiosa ferramenta para o processo de ensino-aprendizagem. O objetivo central do estudo é avaliar o conhecimento dos acadêmicos do quarto ano de medicina das três escolas médicas do estado de Goiás sobre avaliação formativa e feedback e a importância deste na formação profissional do graduando.

O convite a sua participação se deve ao fato de você encaixar nos critérios de inclusão da pesquisa (aluno do quarto ano de medicina de uma das três escolas médicas do estado de Goiás – Universidade Federal de Goiás, Pontifícia Universidade Católica de Goiás ou UniEvangélica) e de sua percepção sobre o assunto ser relevante para o estudo.

Procedimentos do estudo e Confidencialidade

Caso você aceitar, será solicitado a fazer parte em grupo de debate com 10 acadêmicos do mesmo ano e instituição. Esta discussão será moderada pela

pesquisadora, Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote. O debate terá como temas centrais a avaliação formativa e a técnica de feedback vivenciados na sua graduação. A discussão acontecerá dentro de sua instituição de ensino em uma sala reservada, onde estarão presentes apenas pessoas que farão parte do debate e a pesquisadora. O tempo de duração do grupo de discussão é de aproximadamente duas horas. Ao final, será feito esclarecimentos solicitados pelos participantes e também ofertado um tempo para que qualquer preocupação seja exposta. É solicitado aos participantes para manter confidencial o que foi dito no grupo, porém você deve saber que não há meios de evitar ou fazer com que os participantes que estão no grupo compartilhem as informações que devem ser confidenciais. O debate será gravado integralmente, e ninguém será identificado através do nome na fita, e também poderá ser filmado. Os relatos serão transcritos e armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e sua orientadora, não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, por pelo menos 5 anos conforme Resolução 196/96, sendo após destruído.

Os resultados deste trabalho serão apresentados na dissertação de mestrado da pesquisadora, bem como podem ser divulgados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Riscos e benefícios / Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

Não haverá nenhum benefício direto a você, além de potencialmente ampliar seus conhecimentos sobre processo de ensino-aprendizagem na medicina e poder utilizá-los na prática para aprimorar sua formação. Mas sua participação contribuirá substancialmente para a pesquisa.

O desconforto que você poderá sentir é compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por casualidade, ou em alguns dos tópicos se sentir incômodo em falar ou incomodado por ouvir comentários que não lhe agradem. Porém, você não tem a obrigação de fornecer informações no debate se sentir que o assunto é muito pessoal ou se sentir incômodo em falar e pode se retirar do ambiente quando achar oportuno.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Ressarcimento financeiro e indenização

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo. Entretanto, caso comprovado dano decorrente da participação na pesquisa está previsto indenização de acordo com decisão judicial ou extra – judicial em comum acordo.

AUTORIZAÇÃO

Eu,_____,
RG _____/ CPF_____ nº de matrícula_____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo, **"Percepção dos discentes sobre a importância do feedback na avaliação formativa"** sob a responsabilidade da pesquisadora **Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote** como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora supracitada sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade .

_____, _____ de _____ de _____

_____

Participante

_____

Pesquisadora Responsável: Sílvia Cristina Marques Nunes Pricinote (RG: 4123226 – SSPGO)
Cargo/função: mestranda do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde
Instituição: Faculdade de Medicina - UFG
Endereço: Rua 235 esq. com 5ª Avenida s/n Setor Universitário, Goiânia-Goiás CEP 74605-050
Contato: fone (62)3209-6247/ (62)98026526 e-mail: dra.silvia.pricinote@gmail.com

_____

Orientadora Responsável: Edna Regina Silva Pereira
Instituição: Faculdade de Medicina - UFG
Endereço: Rua 235 esq. com 5ª Avenida s/n Setor Universitário, Goiânia-Goiás CEP 74605-050
Contato: fone (62)3209-6247 / (62) 99722591 e-mail: ersp13@gmail.com

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome:_____Assinatura: _____

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 32 69 83 38 – 32 69 84 26 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

3