



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi

A prática clínica no cenário da sala com espelho unidirecional: percepção dos alunos
sobre o método de observação direta no ensino médico

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

SOROCABA
2018

Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi

A prática clínica no cenário da sala com espelho unidirecional: percepção dos alunos sobre o método de observação direta no ensino médico

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas profissões da Saúde**, sob orientação da **Profª Drª Maria Helena Senger**

SOROCABA
2018

M317 Marchi, Elizabete Garcia Ferreira Arroyo
Sala com espelho unidirecional como cenário de prática de habilidades clínicas: percepção de alunos de Medicina. / Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi. -- Sorocaba, SP, 2018.

Orientadora: Maria Helena Senger.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Competências Clínicas. 2. Aprendizagem Ativa. 3. Estudantes de Medicina. 4. Percepção. I. Senger, Maria Helena. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Banca Examinadora

A Roberto, meu grande amor e companheiro de jornada.

A Izabel, filha querida e meu incentivo constante.

A Lucas e Cynthia, filho e nora amados, que me proporcionaram a felicidade de ser avó.

A Maria Clara, minha netinha querida e luz da minha vida

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, por me ter dado a coragem necessária para abrir caminhos e enfrentar os desafios na fase existencial em que me encontro.

À minha querida família, minha eterna gratidão pela compreensão e solidariedade incondicional, em todos os momentos.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Helena Senger, pelo incentivo, paciência e por ter auxiliado na transformação do meu trabalho em objeto de prazer.

Às amigas queridas, Prof^a. Dr^a Vera Fujita dos Santos e Dr^a Cristina Forti lamada, pelo auxílio na execução dos grupos focais.

Aos meus alunos, por me permitirem ensinar enquanto eu aprendia.

Aos meus amigos, por me ampararem nos momentos incertos.

Aos membros da banca, por terem aceitado o convite, disponibilizando seu tempo no aprimoramento deste trabalho.

À UNIFEV, por ter me auxiliado a transformar a minha meta em realidade.

“A educação se divide em duas partes: educação das habilidades e educação das sensibilidades... Sem a educação das sensibilidades, todas as habilidades são tolas e sem sentido. O conhecimento nos dá meios para viver. A sabedoria nos dá razões para viver.”

Rubem Alves

RESUMO

Introdução: Para a formação do médico preconizada nas Diretrizes Curriculares são necessárias mudanças no processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que o aluno se torne elemento ativo na construção do conhecimento com auxílio de novos cenários. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade e a aceitação do Método de Observação Direta em sala com espelho unidirecional, como prática de aprendizagem no desenvolvimento de competências dos alunos do sexto período do curso de graduação em Medicina. **Material e Método:** Trata-se de pesquisa exploratória analítica, qualitativa. Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, foram realizados três grupos focais, totalizando 30 alunos, que frequentaram, de fevereiro a junho de 2016, o cenário referido, em que um acadêmico realiza atendimento de paciente real com estabelecimento da relação médico paciente, anamnese, exame clínico e raciocínio diagnóstico, enquanto o tutor e os outros 11 estudantes observavam através do espelho. Terminado o exame clínico, o tutor com o aluno avaliado tomam as condutas necessárias para o caso. Após saída do paciente acontece a autoavaliação do aluno examinador e *feedback* pelos demais alunos e tutor. Os dados obtidos nos grupos focais foram analisados à luz da abordagem metodológica de análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin. Desses resultados emergiu o produto final na forma de um mapa conceitual, embasado pela Teoria Fundamentada nos Dados. **Resultados:** Foram identificadas as unidades de registro a partir de dados coletados, distribuídas em subcategorias e condensadas em três categorias (aprendizagem reflexiva, avaliação formativa e cenário transformador. A estratégia de ensino foi bem aceita pelos alunos. Como pontos frágeis apontaram a impossibilidade do seguimento dos pacientes, problemas de ordem técnica (sistema de som), o fato de nem todos passarem pela experiência de examinador (já corrigido) e, como pontos fortes a aprendizagem coletiva, reflexiva, experiencial, acreditando que poderia ser ampliada a outras unidades curriculares. **Conclusão:** O cenário inusitado, embora real, a consciência de estar sendo observado e avaliado influenciam positivamente na aprendizagem. A sala com espelho unidirecional tem aplicabilidade, foi bem avaliada como cenário de prática pelos participantes, resultando a experiência em aprendizado significativo. **Palavras-chave:** Estudantes de Medicina, Educação Médica, Competências Clínicas, Aprendizagem Ativa, Percepção.

ABSTRACT

Introduction: For the medical training recommended in the Curriculum Guidelines, changes in the teaching-learning process are necessary, making the student an active element in knowledge construction, using new scenarios as assistance tool.

Objective: To evaluate the applicability and acceptance of Direct Observation Method in a room with a one-way mirror, as a learning practice in competences development of 6th period Medical graduation course students.

Methods: It is an exploratory, analytical and qualitative research. After approval by the Research Ethics Committee, three focus groups were carried out, totaling 30 students who attended, from February to June 2016, the referred scenario where an academic performs real patient's care with establishment of the patient-medical relationship, anamnesis, clinical examination and diagnostic reasoning, while the tutor and the other 11 students looked through the mirror. After the clinical examination, the tutor and the evaluated student take the necessary steps for the case. After the patient leaves, the examiner student performed a self-assessment and a feedback is given by the other students and tutor. The data obtained in the focus groups were analyzed using the methodological approach of content analysis, thematic modality of Bardin. From these results emerged the final product in the form of a conceptual map, based on the Grounded Theory.

Results: The recorded units were identified from collected data, distributed in subcategories and condensed into three categories (reflexive learning, formative evaluation and transforming scenario). The teaching strategy was highly accepted by the students. As fragile points indicated were the impossibility of following patients after the consultation, some technical problems (such as the sound system), the fact that not all of them had passed through the examiner's experience (a fact that has already been corrected after the focus groups) and, as a strong point, collective, reflexive and experiential learning, believing that it could be extended to other curricular units.

Conclusion: The unusual scenario, although real, the awareness of being observed and evaluated had a positive influence on learning. The one-way mirror room has applicability and it has been well accepted as a practice scenario by the research participants resulting in meaningful learning experience.

Keywords: Medical Students. Medical Education. Clinical Skills. Active Learning. Perception.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conjunto de competências, contidas nos objetivos educacionais, que devem ser adquiridas pelos alunos do sexto período na sala com espelho unidirecional.....	31
Quadro 2 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais.....	39
Quadro 3 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais.....	45
Quadro 4 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Caixa de espelho	23
Figura 2 - Foto da Sala com Espelho/Consultório	28
Figura 3 - Sala de observação	29
Figura 4 - Sala de observação II	29
Figura 5 - Sala de Observação III.....	30
Figura 6 - Modelo apoiado na Teoria Fundamentada nos Dados	60

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade dos alunos	38
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Reforma curricular e seus desafios	13
1.2 Histórico do curso de Medicina no Centro Universitário de Votuporanga ..	14
1.3 Histórico pessoal e do cenário para Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas.....	16
1.4 Histórico do Laboratório de Observação do Comportamento.....	18
1.5 Espelho: passado e presente.....	19
1.6 Habilidades clínicas.....	24
2 OBJETIVO	27
3 MATERIAIS E MÉTODO	28
3.1 Metodologia do estudo.....	33
3.1.1 Questões norteadoras para os grupo focais	34
3.1.2 Análise dos dados.....	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
4.1 Caracterização sócio-demográfica.....	38
4.2 Categorias do discurso do grupo focal.....	39
4.2.1 Aprendizagem reflexiva.....	39
4.2.1.1 <i>Aprendendo com o outro.....</i>	<i>40</i>
4.2.2 <i>Avaliação formativa.....</i>	<i>45</i>
4.2.2.1 <i>Feedback como instrumento de avaliação.....</i>	<i>46</i>
4.2.2.2 <i>Sentido de autoconhecimento.....</i>	<i>47</i>
4.2.2.3 <i>Resposta ao aluno</i>	<i>48</i>
4.2.2.4 <i>Lembra o esquecido.....</i>	<i>48</i>
4.2.2.5 <i>Professor passa na hora (oportuna).....</i>	<i>48</i>
4.2.2.6 <i>História e carreira do professor.....</i>	<i>49</i>
4.2.2.7 <i>Corrigiu perante todos.....</i>	<i>49</i>
4.2.2.8 <i>Impunha limites.....</i>	<i>49</i>
4.2.2.9 <i>Mistura de empoderamento com proteção.....</i>	<i>49</i>
4.2.2.10 <i>O que fez de bom e ruim.....</i>	<i>50</i>
4.2.2.11 <i>Feedback gerando conhecimento.....</i>	<i>50</i>
4.2.2.12 <i>O olhar do observador.....</i>	<i>51</i>

4.2.2.13 Gerando confiança pelos acertos.....	51
4.2.3 Cenário transformador	52
4.2.3.1 Cenário real.....	52
4.2.3.2 Ambiente seguro	53
4.2.3.3 Tutor com percepção para intervir	54
4.2.3.4 Segurança para futura prática real.....	54
4.2.3.5 Fragilidades do cenário.....	55
4.2.3.6 Emoções e sentimentos.....	56
4.3 Teoria Fundamentada nos dados	60
5 CONCLUSÃO	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE A - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS GRUPOS FOCALs	69
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	103
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	106

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reforma curricular e seus desafios

Para Pezzi e Peçanha,¹ a educação médica continua sendo um grande desafio para professores, pesquisadores e gestores do campo da Saúde. “A sociedade atual, em permanente mudança, requer que profissionais médicos sejam tecnicamente competentes, humanos e capazes de resolver problemas em diferentes contextos.”

De acordo com Stella e Puccini (2008, p. 53),² as Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2001) preconizaram uma mudança na graduação na área da saúde, saindo de um modelo flexneriano, biomédico, curativo para outro orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção:

[...] de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes além de múltiplos cenários [...]

Dentre estes inúmeros desafios, contabiliza-se a readequação do aparelho formador às necessidades sociais com o rompimento dos modelos de ensino tradicional, em que o professor atua como transmissor e o aluno como receptor de conhecimento, para novos modelos que contemplem o discente como construtor ativo e o docente como facilitador do conhecimento, proporcionando, assim a formação de profissionais de saúde com competência que lhes permita a recuperação do cuidado e a relação entre humanos.^{3,4}

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014, p.4) preconizam a formação de um médico que além de ser generalista deve possuir como conduta um atendimento humanizado, crítico e reflexivo, dentro dos preceitos éticos visando a integralidade da saúde do paciente.⁵ Para permitir a efetivação desta prática, as ações esperadas do egresso foram agrupadas em Áreas de Competência, sendo competência compreendida como:

[...] a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações

que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

A saber, as áreas de competência descritas nas diretrizes supracitadas são: I - Atenção à Saúde, II – Gestão em Saúde e III – Educação em Saúde.⁵

Perrenoud (1999, p.7), apesar de afirmar que são múltiplos os significados da noção de competência, em uma primeira abordagem, a define como “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.”⁶

A competência para Panúncio-Pinto e Troncon,⁷ em geral, é definida por um conjunto de habilidades de natureza intelectual ou física, relevante para um determinado fim, passível de ser ensinada, aprendida e avaliada.

No entanto, para formar profissionais com o perfil descrito pelas diretrizes é preciso modificar a escola médica. É necessária uma mudança no processo de ensino-aprendizagem, fazendo com que o aluno assuma o controle do aprendizado tendo o auxílio do tutor. Também colabora nesse sentido a ampliação dos cenários de aprendizagem, que além da sala de aula, unidades de saúde, ambulatórios e hospitais, passam a contar com laboratórios específicos.⁸

1.2 Histórico do curso de Medicina no Centro Universitário de Votuporanga

O curso de graduação em Medicina do Centro Universitário de Votuporanga – (UNIFEV) foi autorizado pela Portaria MEC SERES nº 75, de 05/06/2012 e publicado no D.O.U. em 06/06/2012, com início das atividades da primeira turma em agosto do mesmo ano.⁹ Optou por organizar seus conteúdos teóricos a partir da matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior (MEC/MS, 2009). Já os conteúdos foram agrupados e distribuídos em unidades curriculares, de modo a contemplar aspectos que promovam o desenvolvimento de competências relacionadas à atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde.⁹

A instituição denomina cada semestre de “Período” e cada um corresponde a uma Unidade Temática de acordo com o Ciclo da Vida, totalizando oito unidades: 1º período – Adolescência; 2º período – Concepção e Gravidez; 3º período - Recém-

Nascido e Infância; 4º período – Adulto Mulher; 5º período – Adulto Homem; 6º período - Envelhecimento e Morte; 7º período – Cuidado Integral em Saúde I; 8º período – Cuidado Integral em Saúde II; 9º, 10º, 11º e 12º períodos – Estágio Curricular Obrigatório (Internato).

As Unidades Temáticas (períodos) são compostas por quatro ou cinco unidades curriculares, a saber: Práticas Laboratoriais, Módulo Tutorial, Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas, Prática de Integração Ensino Serviço Comunidade e Estudo de Caso Integrado.⁹

As unidades curriculares denominadas Módulo Tutorial, Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas e Prática de Integração Ensino-Serviço-Comunidade, constituem o eixo estruturante do curso, apresentando-se transversalmente ao currículo proposto.

A unidade curricular Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas (THAM), dispõe de carga horária de 1.152 horas, permeando transversalmente o currículo, do primeiro ao oitavo períodos. Os dois primeiros destinam-se ao desenvolvimento de habilidades em procedimentos clínicos básicos. O terceiro período, ao desenvolvimento das habilidades e procedimentos clínicos básicos relacionados ao recém-nascido e criança; o quarto período, por sua vez, às habilidades e procedimentos clínicos relacionados à saúde da mulher; o quinto e sexto períodos (objeto do nosso trabalho), às habilidades e procedimentos clínicos relacionados à saúde do adulto e idoso. No sétimo período são desenvolvidos habilidades e procedimentos de clínica médica, obstétricos e ginecológicos mais complexos, além daqueles relacionados à técnica operatória. Por último, o oitavo período possibilita a continuidade do desenvolvimento de habilidades e procedimentos de clínica médica, neonatologia e pediatria mais complexos, bem como dos de cirurgia geral.

A unidade curricular mencionada ocorre nos oito primeiros períodos do curso de maneira transversal e utiliza de diversos métodos de ensino-aprendizagem, tais como, *role-playing*, etapas do Ciclo de Aprendizagem Experiencial de David Kolb (corresponde a um ciclo contínuo de quatro modelos adaptativos de aprendizagem : Experiência Concreta (agir), Observação Reflexiva (refletir), Conceituação Abstrata (conceitualizar) e Experimentação Ativa (aplicar)¹⁰) e simulação realística entre outros, com finalidade de efetivar um processo prático de ensino das habilidades e atitudes médicas.

Como estratégia, pode-se iniciar o estudo por aspectos teóricos, depois realizar treinamento entre pares, em manequins anatômicos, estáticos ou interativos de média ou alta fidelidade em ambientes simulados e, finalmente, em pacientes reais, sempre sob supervisão docente. Os estudantes, por seu turno, são divididos em grupos menores para que possam executar e treinar as manobras e procedimentos até que desenvolvam a proficiência necessária.⁹

As atividades de aprendizagem de THAM são desenvolvidas em diversos cenários, como: Laboratório de Semiologia e Semiotécnica e Laboratórios de Habilidades, que se subdividem em Laboratório de Simulação Realística e Laboratório de Simulação e Observação do Comportamento (sala e consultórios de observação/espelho e consultório de observação).⁹

A unidade curricular Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas (THAM) tem a responsabilidade de desenvolver treinamento específico e, ainda, possibilita ao estudante visualizar, praticar e revisar, após *feedback*, os diversos componentes que a integram. Estes componentes vão desde o conhecimento da história da Medicina, compreensão do SUS, passando pela Ética e Bioética, Epidemiologia e Semiologia. As habilidades clínicas esperadas do médico são, portanto, objeto de uma abordagem específica ao longo do currículo, enfocando as suas diversas dimensões, tendo como base as necessidades de saúde do homem durante todo o seu ciclo vital.¹¹

1.3 Histórico pessoal e do cenário para Treinamento de Habilidades e Atitudes Médicas

Acreditamos ser relevante para o entendimento desta nova estratégia de ensino, descrita posteriormente, um pouco da história de como tudo começou.

Em junho de 2013, prestamos prova para ingressar como docente no curso de Medicina. Em agosto do mesmo ano, iniciamos como docente no primeiro período da Turma 2, responsável pela unidade temática THAM. Começamos com aulas expositivas e dialogadas, mas com muitas características da metodologia tradicional. Após leitura de vários textos e treinamentos sobre metodologias ativas, observamos que só tínhamos treinamento na área de Aprendizagem Baseada em Problemas, aplicados em sessões tutoriais específicas, e nada nos auxiliava no domínio da THAM.

Ademais, começamos com o ensino de aulas práticas de Semiologia para o segundo período na enfermaria da Santa Casa, com grupos rotativos de 15 alunos para cada tutor, num total de quatro tutores. Os alunos deveriam iniciar a prática da relação médico-paciente, e algo de exame clínico (anamnese, sinais vitais). Como docente, ficávamos nas enfermarias, tentando esclarecer as dúvidas que surgiam. Às vezes, eles tinham que esperar muito tempo até o paciente acordar ou melhorar a dor para que iniciassem a anamnese. Conversamos com o coordenador da época e lhe passamos nossa insatisfação, pois acreditávamos que deveríamos iniciar a semiologia em pacientes menos graves ou quase normais, pois os estudantes não tinham experiência com indivíduos saudáveis. Como aprender o patológico? Como ensinar Semiologia em um processo que despertasse a curiosidade do aluno?

A partir disso, lembramo-nos de uma sala em que assistimos a uma encenação dos alunos, elaborada pelo consultor do curso de Medicina na ocasião. Essa sala possui duas paredes com espelhos unidirecionais que possibilitam a perfeita visão de quem está do outro lado. Nela havia uma sala mobiliada com bancadas, fones de ouvido e cadeiras para acomodação de até 20 pessoas e esse espaço estava praticamente sem utilização.

Adiante, veremos na história do espelho, a magia que esse objeto sempre exerceu sobre o ser humano, e como tal, também nos sentimos fascinadas pela sala com espelhos – até então de uso exclusivo do curso de Psicologia –, mas vinha ao encontro dos nossos objetivos de ensino de habilidades clínicas com metodologia ativa, em que o aluno é o protagonista do processo de construção do conhecimento.

Nesse ambiente, praticaríamos a observação como ferramenta de aprendizagem, sendo possível a práxis dos quatro pilares da educação, segundo o relatório de Jacques Delors:¹² 1- Aprender a conviver: o que proporciona a compreensão do outro, administração de conflitos e o compartilhamento de projetos comuns, resultando em crescimento coletivo; 2- Aprender a conhecer: em que se desenvolve o gosto pelo saber, estimulando o descobrir e oportunizando a construção e a reconstrução do conhecimento para que esse seja sedimentado; 3 - Aprender a fazer: tão importante como saber é aprender fazer, permitindo o enfrentamento de novas situações e o trabalho em equipe e 4- Aprender a ser: o desenvolvimento da sensibilidade, da ética, da responsabilidade, do pensamento crítico, do saber olhar para o outro e a prática da empatia, que nos torna mais humanos.

Assim, elaboramos um planejamento do processo, conseguimos uma parceria com a Psicologia para utilizar a sala já citada e solicitamos um horário semanal para uso do Laboratório de habilidades em sala com espelho. Trabalhamos inicialmente com funcionários da escola – que fizeram o papel de pacientes –, somente com elaboração de anamnese, sem exame físico, pois os alunos ainda não tinham habilidades para isso.

No ano seguinte (agosto de 2014), assumimos a unidade temática THAM do quinto período para o ensino, também de Semiologia, porém, como neste momento o currículo é em espiral, deveríamos estar em grau mais avançado no processo de ensino-aprendizagem; portanto, optamos por trabalhar com paciente real – agendado pela secretária, com a colaboração do ambulatório municipal que funciona anexo à sala com espelho.

No início, obtivemos pacientes que vinham buscar atendimento na Unidade de Saúde e não encontravam vagas. Depois de algum tempo, a procura pelo ambulatório com os alunos aumentou e tivemos, inclusive, fila de espera, pois, de acordo com os pacientes, tinham um atendimento diferenciado. Estava, assim, posto o desafio.

1.4 Histórico do Laboratório de Observação do Comportamento

Inaugurado em 2007, o Laboratório de Observação do Comportamento do Centro Universitário de Votuporanga (UNIFEV) foi idealizado pelo psicólogo experimental Prof. Me. João Bosco Jardim, que o avaliou como o maior e melhor da América Latina naquela ocasião. O laboratório foi inicialmente planejado para atender a disciplina de Observação do Comportamento, do curso de Psicologia.

Batista¹³ relata que o início da realização de pesquisa sobre Observação do Comportamento no Brasil se deu-se na década de 70, impulsionado pela criação de cursos de pós-graduação na área de Psicologia, sendo o do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo um dos primeiros.

Segundo Danna & Matos,¹⁴ o método observacional do comportamento é uma opção metodológica relevante para compreender o que os organismos fazem e sob quais circunstâncias. Fagundes (1999) afirma que:

[...]a observação comportamental é importante para psicólogos, modificadores do comportamento e pesquisadores, servindo-lhes como um instrumento de trabalho para obtenção de dados que, entre outras coisas,

aumentem sua compreensão a respeito do comportamento sob investigação.¹⁵ (p. 23).

O uso da observação tem permitido relacionar a influências de determinados estímulos do ambiente sob o comportamento. Além da pesquisa, a observação é utilizada pelo psicólogo clínico para avaliar o desempenho do seu cliente, pelo psicólogo escolar para avaliar o desempenho de seus alunos e professores e pelo psicólogo organizacional para avaliar o desempenho dos funcionários.¹⁴

No nosso caso, a observação é utilizada para avaliar habilidades clínicas, identificar dificuldades dos estudantes e corrigir possíveis falhas visando atingir os objetivos propostos.

1.5 Espelho: passado e presente

Conforme Enoch,¹⁶ os primeiros espelhos fabricados conhecidos, há aproximadamente 8000 anos, foram encontrados em Anatólia — região centro-sul da Turquia moderna. Esses eram feitos de obsidiana (vidro vulcânico) e tinham uma superfície convexa e de boa qualidade reflexiva. A saber, a obsidiana é uma pedra resultante do esfriamento rápido da lava vulcânica.

Espelhos de períodos mais recentes, de cobre, foram encontrados no Egito e na Mesopotâmia, entre 4000 a.C. a 3000 a.C., e ainda mais tarde na China e no Novo Mundo. Em cada uma dessas áreas, os espelhos estavam em uso desde 2000 a.C. ou 4.000 a.C.

Sabine M. Bonnet,¹⁷ em seu ensaio histórico sobre o espelho, descreve o interesse do homem pela sua imagem desde a pré-história, usando como recurso muitos tipos de objetos, como pedras escuras e brilhantes ou tinas de água, para descobrir seu reflexo. Existe uma longa distância entre a imagem da superfície polida de um espelho revestido de chumbo até a imagem clara e nítida dos espelhos de Saint-Gobain — uma espelharia francesa responsável pela descoberta em 1763, da técnica de fabricação de espelho vazado, possibilitando a fabricação de grandes espelhos.

Pequenos discos de metais polidos, fixados num cabo ou pé, são vistos nas mãos de elegantes damas de Corinto, desenhadas em peças de cerâmicas do século V a.C. Nota-se que os espelhos passaram pelo chumbo, pelo bronze, pelo ouro, pela prata, até chegarem em um vidro puro, branco e tão fino que recebeu o

nome de cristalino, cuja descoberta aconteceu no século XVI e é disputada por vários vidreiros de países diferentes, sendo os mais cobiçados pela sua perfeição, os fabricados em Veneza, e em nenhum outro lugar se conseguia fabricar espelhos como os da ilha de Murano.

Dessa forma, o espelho transforma-se em objeto de desejo e símbolo de riqueza, visto seu alto custo, principalmente por ser adornado com pedras preciosas, transformando-o em espelho-joia. Estas peças faziam parte dos bens deixados em inventários *post mortem* pelos nobres e apesar de pequenas, custavam mais que pinturas de grandes nomes da época.

A França tenta trazer os vidreiros italianos para iniciar uma manufatura francesa e, depois de muitos desajustes, a espelharia francesa alcança a glória, como podemos ler nas palavras de Voltaire: “Começávamos em 1666 a fazer espelhos tão belos como em Veneza, que os tinha fornecido a toda a Europa, e em breve fizemo-los de um tamanho e de uma beleza, que nunca puderam ser imitados em nenhum outro lado”. Em novembro de 1684, inaugura-se a galeria dos espelhos do palácio de Versalhes, sendo considerada um símbolo para o radioso reino do Rei Sol.

Ainda conforme Bonnet, até 1830 a fabricação dos espelhos não conheceu mudanças significativas, apenas melhora nas condições de trabalho. Em 1850, um investigador inglês descobre um prateamento para o espelho, que substituíria o uso do mercúrio, causador de intoxicações nos trabalhadores, e esta nova técnica tiraria desse objeto o tom acinzentado que prejudicava a claridade do reflexo. Por volta de 1860, o espelho entra na era industrial e pouco a pouco as tarefas manuais foram substituídas por máquinas. Ganhou-se em tempo e qualidade e Saint Gobain entrava na idade moderna. No século XVIII, a peça em questão também é encrustada nos móveis, ornamentando escrivaninhas, armários e toucadores para *toilette* feminina e barbear masculino. Os espelhos, então, invadem a decoração dos palácios, cafés, restaurantes, entradas de prédios, teatros, cassinos, óperas e transformam o mobiliário.

Quanto ao mundo das imagens, Bonnet explica que a reflexão sobre a imagem no espelho deu-se após Platão, sendo que antes, o reflexo era considerado uma forma animada e viva tal qual no mito de Narciso, um belo jovem que um dia chega fatigado pela caça, com muito calor e sede, debruça-se sobre a água de uma fonte cristalina, e, ao ver sua própria imagem refletida, pensou que fosse um belo

espírito das águas que ali vivesse. Ficou olhando com admiração aquela imagem e se apaixonou por ela. Por várias vezes, tenta alcançar aquela imagem, envolvê-la em seus braços. Pelo esforço inútil, é tomado pelo cansaço, deita-se na relva e seu corpo vai desaparecendo, surgindo no seu lugar uma flor que passou a chamar-se narciso.¹⁷

Considerando os mitos e a magia que envolvem o espelho, também é citado no livro de Sabine Bonnet a aventura de *Alice no País das Maravilhas*, de Lewis Carrol, que como toda criança acredita que

O sonho da travessia do espelho responde a essa necessidade de renascer do outro lado; acena com a fascinante esperança de reconciliar o dentro e o fora e de viver definitivamente do lado da fantasia, do imaginário, num universo liberto do peso real e das pressões da culpabilidade.¹⁷

Ainda relacionado ao fascinante mundo das fábulas, não poderíamos deixar de citar *Branca de Neve e os Sete Anões*, já que logo nos primórdios da narrativa infantil, percebe-se a inserção do ideal materno à beleza da recém-nascida Branca de Neve, transformando os olhos da mãe em um espelho, pois, segundo Leonardo da Vinci, os olhos são a janela da alma e o espelho do mundo. Entretanto, com a morte da mãe, o reflexo da humanidade se distorce e Branca de Neve passa por adversidades. Com a perseguição da invejosa madrasta, o espelho é o principal personagem que demonstra a insatisfação da cruel mulher com sua efígie.

Como afirma Monica Del Grosso,¹⁸ a rainha malvada percebe que existe algo de errado entre sua figura exposta no espelho e a imagem de beleza e bondade de Branca de Neve. Dessa forma, a fantasia se mistura com a realidade quando o modelo de perfeição é transformado, visto que, segundo Chevalier e Gheerbrant,¹⁹ o espelho reflete a verdade, a sinceridade, o conteúdo do coração e da consciência. Logo, toda revelação representada na superfície é a decifração do próprio julgamento.

E hoje? Observamos uma invasão do espelho no mundo contemporâneo. Convivemos com o espelho nas fábulas, com o utilizado não só na intimidade, mas também com o das ruas; paredes e interiores de casas; fachada e interior dos prédios; laboratórios de simulações realísticas de escolas médicas e hospitais; tratamentos médicos; observação do comportamento na psicologia; educação infantil; investigação policial, e uma gama infindável de usos.

Citaremos abaixo algumas dessas aplicações, iniciando pela sua utilização na terapia com espelho para tratamentos médicos. Nos anos 90 do século XX,

descobriu-se a existência de neurônios nos lobos frontais e parietais, chamados de neurônios espelho, que possuem modalidades de comando da visão e da propriocepção, podendo estar diretamente ligados com a eficácia da Terapia do Espelho.²⁰

Em seu artigo de revisão sistemática sobre terapia por exercício com espelho nas limitações funcionais dos pacientes hemiparéticos, Conceição et al²⁰ (2012) descreve que:

O espelho era colocado no plano médio sagital do indivíduo e refletia o braço sadio como se fosse o membro amputado. O feedback visual, logo influenciado pelo espelho, ajuda na organização dos estímulos perceptuais, visual e na possível reorganização do sistema nervoso central, bem como, na plasticidade do córtex pré-motor, o que pode também interromper o ciclo de dor, melhorar a força muscular e a incapacidade funcional.

Com base nesta técnica, realizou-se uma revisão de estudos tipo clínico controlado, composto por amostras de pacientes femininos e masculinos, com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral. A conclusão foi que a terapia com espelho é benéfica para a recuperação motora, função sensório-motora e para a diminuição da dor, quando realizadas cinco vezes por semana.²¹

Também encontramos trabalhos de terapia com caixa de espelho para Síndrome da Dor Complexa Regional tipo I. A caixa de espelho, pelo seu mecanismo de ação, pode ser uma ajuda valiosa na abordagem desta patologia, sendo necessários mais estudos randomizados e controlados para evidenciar seu benefício, assim como de orientações sobre quais pacientes deverão ser selecionados para se submeterem ao tratamento.²²

Figura 1 - Caixa de espelho



Fonte: Autoria própria

A técnica sugere que uma rede neural, que é responsável pelo controle da mão em uma determinada tarefa, possa ser utilizada no controle dos movimentos da outra mão. Isso confunde o cérebro, fazendo com que ele imite os movimentos do braço saudável através do reflexo no braço lesionado.²¹

Arnold Gesell (1880-1961) foi um psicólogo americano que se dedicou aos estudos das etapas do desenvolvimento da criança. Ele foi responsável por elaborar um dispositivo de observação que consistia em duas salas divididas por uma parede com vidro de grande tamanho, que permitia a visão do que está ocorrendo em um lado das salas, porém, não permitia a visão do outro lado. Este dispositivo é utilizado para replicar fenômenos da realidade, de forma controlada, para observar comportamentos que permitam compreender melhor a mente humana. Estas salas receberam o nome de Câmara de Gesell.²³ Pela semelhança, essa câmara pode ter sido a precursora da sala com espelho unidirecional.

Atualmente, tal câmara é utilizada em várias instituições de ensino de Psicologia, por exemplo, na Universidade Latino-Americana de Ciência e Tecnologia (ULACIT), em Porto Rico, como instrumento de observação de comportamentos, permitindo a prática dos estudantes inicialmente com simulações e posteriormente com intervenções supervisionadas por docentes.²³

Ainda dentro dos vários usos do espelho, encontramos o relacionado à abordagem forense, nas realizações de perícia, sendo usado principalmente na abordagem de crianças vítimas de violência sexual. O local da perícia, deve ser

tranquilo, confortável e agradável, com a presença de material lúdico e proporcionar a sensação de privacidade. Deverão estar presentes no local uma equipe pré-definida, constituída de médico legista, psicólogo forense e idealmente o magistrado titular do processo em contato direto com a vítima ou observando através de um espelho unidirecional.²⁴

“O Grande Irmão está observando você” é a afirmação que permanece imutável no livro futurista de George Orwell, 1984. De fato, a polêmica obra orwelliana originou diversas pesquisas sobre a liberdade e o limite das ações da sociedade. Em suma, programas televisivos apresentam *reality shows*, que confinam e vigiam integralmente pessoas comuns – é o chamado *voyeurismo* midiático, modelo de vida derivado do exemplar. Para isso, utilizam manobras que isolam os participantes, entre elas, o espelho espião *big brother*, que através da espessura do material e da iluminação correta, permite aos telespectadores, mediante as câmeras, acompanharem todas as condutas de cada membro do programa. Os espelhos, por sua vez, parecem inicialmente auxiliar na criação da identidade dos participantes, segundo a Revista de Comunicação, *E-compós*. Realmente, no programa de entretenimento, a imagem sustentada no espelho reflete muito mais do que atuações, demonstrando um filho, um pai ou um profissional fora da habitação delimitada.^{25,26}

1.6 Habilidades clínicas

Por tratar-se de uma experiência nova no ensino de habilidades clínicas e baseando-se na concepção do educador inglês Lawrence Stenhouse (1926-1982), citado por Terribili Filho e Quáglio,²⁷ de que “o professor deve ser um pesquisador da sua própria prática, cuja atividade investigativa consiste na disposição para examinar com senso crítico e sistemático sua atividade prática, visando à melhora de suas qualidades educativas”, pretendemos avaliar como o aluno vê o seu desenvolvimento de competências, por meio da diversificação dos cenários, tendo como laboratório a observação do comportamento com pacientes reais, em sala com espelho unidirecional.

Para Troncon,²⁸ o ensino e avaliação das habilidades clínicas fundamentais, como a realização da história clínica e exame físico com a utilização de pacientes reais, traz algumas vantagens e são mais adequados ao aprendizado do estudante

de Medicina, pois esses pacientes são portadores de problemas e situações reais.

Zeferino e Passeri²⁹ também concordam: “Não temos dúvidas hoje de que é preciso avaliar a competência na verdadeira prática clínica (o nível “fazer”), com a observação do desempenho do estudante com pacientes reais”.

A motivação para pesquisarmos esse assunto emergiu da escassez de estudos na literatura especializada, uma vez que encontramos poucos trabalhos publicados sobre o aprendizado de habilidades clínicas com a metodologia de aprendizagem sob observação direta em sala com espelho unidirecional.

Estudo conduzido na Universidade de Saúde e Ciência de Oregon (OHSU), um centro de atenção terciária em Portland, Oregon, USA, aproximadamente 50 residentes por ano atuam continuamente na Clínica de Medicina Interna.³⁰ A prática dos residentes envolve 7500-8000 pacientes por ano e parte deste atendimento aconteceu em sala de consulta adaptada com espelho unidirecional para permitir observação direta dos preceptores ao atendimento do aluno. Ao longo de um ano acadêmico, essa sala foi utilizada para observar entre uma e três consultas por semana, sendo exigido que cada residente tivesse, pelo menos, uma consulta observada para auxiliar na avaliação de suas habilidades clínicas.

Os residentes de Medicina Interna eram orientados sobre o processo de observação antes e no dia da sua avaliação. Os pacientes escolhidos para serem consultados eram, geralmente, portadores de doença crônica ou uma doença aguda complexa. Também foi solicitado pelos preceptores que os residentes identificassem áreas específicas nas quais gostariam de receber o *feedback*. O consentimento verbal do paciente foi obtido pelo preceptor antes da observação, e o preceptor usou o formulário estruturado para ajudar na avaliação e para prover o *feedback*, realizado antes do término do dia de consultas.

Quanto ao processo de avaliação, incluindo *feedback* e orientação, durou em média 15 minutos. Após o primeiro procedimento, foi solicitado aos residentes o preenchimento de uma pesquisa anônima sobre o processo de observação direta com espaço adicional para comentários e, após a avaliação da utilidade do *feedback*, deram notas para quatro afirmações sobre este método de observação direta. Este estudo teve como resultado a participação de 84% dos residentes, entre homens, mulheres, representantes do primeiro, segundo e terceiro ano de residência. No total, 98% disseram ter recebido *feedback* útil do preceptor e 88% disseram que as recomendações que receberam iriam modificar sua prática no

futuro. Os residentes avaliaram a metodologia de observação através do espelho favoravelmente. Um deles preferiu a presença do avaliador na sala de consulta e três preferiram consultas gravadas. Por fim, eles sentiram que ter um preceptor observando através do vidro espelhado não afetou negativamente a consulta.³⁰

Encontramos também um programa realizado no Centro de Treinamento em Educação Virtual e Simulação da Christiana Care Health System de Delaware, que utilizou um cenário com espelho bidirecional para observação de enfermeiro aprendiz e médico residente de Medicina Interna. O objetivo era melhorar a capacidade de comunicação verbal e não verbal na identificação de sintomas de abstinência de álcool em pacientes atores que agiam de forma trêmula, perturbada, barulhenta e fingindo ter alucinações visuais. Um enfermeiro e um médico educadores observaram através do espelho e após o cenário de dez minutos à beira do leito, fizeram sessão de *debriefing* conjunta para as duplas atuantes. Apesar das barreiras encontradas, este método foi considerado positivo para o desenvolvimento de habilidades e comunicação entre equipes interprofissionais.³¹

Outro trabalho publicado, na área de Psicologia, foi elaborado em uma faculdade particular no Nordeste do Brasil. Este estudo teve como objetivo a comparação entre diferentes ferramentas pedagógicas como estratégias para desenvolvimento de competências clínicas. O universo do estudo foi composto de alunos do último ano de graduação, em estágio clínico na abordagem cognitivo-comportamental. A comparação foi entre o uso da gravação e transcrição da sessão clínica com a observação em sala de espelho unilateral (supervisão presencial), para o desenvolvimento de competência clínica em psicoterapia de terapeutas iniciantes. Conforme Barletta, Fonseca e Oliveira:³²

“A observação foi uma atividade considerada positiva tanto na situação de observador quanto na situação de observado, com a vantagem temporal em relação à transcrição. Os principais pontos positivos foram a autorreflexão da prática, o uso das técnicas e a troca de experiência”.

Considerando-se a necessidade de novas estratégias para o desenvolvimento do ensino médico, pretendemos avaliar se o uso do cenário da sala com espelho unidirecional colabora para o desenvolvimento de competências relacionadas a habilidades clínicas e se tem boa aceitação pelos acadêmicos.

2 OBJETIVO

Avaliar a aplicabilidade e a aceitação do método de observação direta em sala com espelho unidirecional, como prática de aprendizado no desenvolvimento de competências médicas de alunos do sexto período do curso de graduação em Medicina da UNIFEV.

3 MATERIAIS E MÉTODO

O ambiente em que é realizado o método de observação direta é composto por uma sala com mesa e três cadeiras, uma balança antropométrica eletrônica para adultos, um divã com escada de dois degraus, uma mesa auxiliar contendo esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, otoscópio, abaixadores de língua, luvas de procedimento, álcool gel e toalhas de papel. O local é climatizado e conta com um microfone instalado no teto, pouco acima da mesa de consulta. As paredes à esquerda e atrás da mesa são de espelhos unidirecionais. Por detrás do espelho, há uma sala de observação composta por duas bancadas com elevação na segunda, de forma a proporcionar visibilidade para todos os presentes, com 20 cadeiras. Em cada um dos lugares há um fone de ouvido, o que possibilita a escuta de dentro do consultório. A primeira cadeira dentro desta sala é ocupada pelo tutor do grupo, por encontrar-se mais próximo da porta que adentra a sala do consultório.

Figura 2 - Foto da Sala com Espelho/Consultório



Fonte: Autoria própria

Figura 3 - Sala de observação



Fonte: Autoria própria

Figura 4 - Sala de observação II



Fonte: Autoria própria

Figura 5 - Sala de Observação III



Fonte: Autoria própria

A THAM do sexto período tem uma carga horária de 144 horas por semestre, divididas em oito horas semanais, resultando em dois encontros de quatro horas por semana neste cenário.

O desenvolvimento da unidade curricular THAM ocorre da seguinte forma: os sessenta alunos são divididos em cinco cenários diferentes com 12 componentes por grupo. Enquanto um dos grupos utiliza este laboratório, os outros 48 estudantes ficam em outros cenários, rodiziando-se a cada cinco encontros.

No período do estudo (fevereiro a junho de 2016), cada grupo de 12 alunos teve uma média de cinco encontros nesse laboratório e cada um deles durou cerca de quatro horas, com atendimento de dois pacientes reais por encontro.

Todos os alunos têm conhecimento prévio dos objetivos de aprendizagem e competências a serem adquiridos neste cenário, descritas no Quadro 1.

Quadro 1 - Conjunto de competências, contidas nos objetivos educacionais, que devem ser adquiridas pelos alunos do sexto período na sala com espelho unidirecional.

1- Promover acolhimento aos pacientes e familiares no consultório da sala com espelho unidirecional.
2- Cumprimentar o paciente, familiares e se identificar com nome e como aluno do sexto período do curso de Medicina.
3- Verificar conforto do paciente (temperatura da sala) e remover barreiras.
4- Estabelecer fluxo inicial e condições adequadas para boa relação médico paciente.
5- Obter história clínica com objetividade e cronologia (foco no paciente).
6- Avaliar sintomas de cada sistema corporal iniciando por sintomas gerais (febre, astenia, alteração de peso, sudorese, câibras e calafrios).
7-Avaliar estado de saúde passado e presente, registrar e promover práticas de promoção
8- Conhecer histórico de saúde dos familiares e ambientais.
9- Conhecer hábitos de vida, condições sócioeconômicas e culturais.
10- Proceder à lavagem das mãos
11-Realizar exame clínico com técnicas adequadas iniciando por sinais vitais e dados antropométricos.
12- Aplicar o raciocínio clínico na identificação e resolução dos problemas.
13- Finalizar a consulta, juntamente com o tutor, com comunicação adequada com o paciente, familiares e realização de encaminhamento quando pertinente.

Fonte: Autoria própria

Enquanto um acadêmico realiza o atendimento com estabelecimento da relação médico paciente, anamnese, exame físico e raciocínio diagnóstico, o tutor e os outros onze estudantes observam através do espelho. Eles (tutor e alunos observadores) acompanham a anamnese, exame físico, anotando os pontos positivos e o que aluno examinador deixou de fazer ou o que não deveria ter feito. Previamente é estabelecido e ensinado o roteiro (Quadro 1) pelo examinador, baseado nos livros de Semiologia do Celmo Celso Porto³³ e José Baddini Martinez.³⁴ Terminado o exame físico realizado pelo aluno, o tutor entra na sala, e em conjunto com o aluno, completa o atendimento. Faz a orientação sobre a

solicitação de exames complementares, encaminhamento ou aviamento de receita, além de orientar ao paciente sobre o agendamento de retorno conforme a necessidade de resolução do caso.

Após dispensa do paciente, acontece uma reunião com os doze alunos em que se discutem todos os pontos observados no atendimento. Seguindo as recomendações para prover *feedback* de qualidade, descritas por Pendlenton³⁵ em 1984, o aluno examinador faz sua autoavaliação, comentando suas dificuldades, seus acertos, refletindo sobre seus erros e como deveria ter feito. Em seguida, os discentes do grupo comentam o que observaram entre erros e acertos e, por fim, o professor discute os pontos positivos, intercalando com o que poderia ter sido diferente e qual a melhor maneira de executar aquela tarefa.

Ainda no início do curso, os estudantes são orientados em como dar e receber *feedback*, procurando estimular o uso da técnica do *feedback sanduíche* que, de acordo com Zeferino³⁶ (2007) é muito utilizada para acadêmicos, especialmente na formação de médicos. Consiste em um modelo em que a devolutiva sobre comportamentos inadequados é fornecida entre duas ações ou comportamentos positivos.

Terminado o *feedback*, ocorre a discussão sobre raciocínio clínico e as tomadas de decisão necessárias à resolução do problema. Às vezes é preciso programar que se volte ao caso no próximo encontro, após os alunos buscarem informações em fontes adequadas, estimulando a máxima do “aprender a aprender.”

É de conhecimento dos pacientes, antes da consulta, como acontece o atendimento na sala com espelho unidirecional e é proposto conhecerem o outro lado do espelho se assim o desejarem. Somente após o consentimento deles é que se realiza a consulta. Se não consentir, a consulta é realizada em outro ambiente, pois neste espaço há outros consultórios, mas nos anos de funcionamento desse local nunca houve uma recusa por parte do paciente em ser atendido neste cenário; pelo contrário, os pacientes acham o recurso muito interessante.

Os pacientes são encaminhados pela secretária do ambulatório da Medicina, que funciona anexo a uma Unidade Básica de Saúde. No início, foram encaminhados para consulta na sala com espelho os pacientes que não haviam conseguido atendimento na Unidade de Saúde. Depois de algum tempo, passamos a ter demanda espontânea por pessoas que queriam passar pelo atendimento com os alunos no cenário em questão.

3.1 Metodologia do estudo

Optou-se por uma pesquisa exploratória, analítica, qualitativa, com coleta de dados por meio da técnica de grupo focal. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFEV (CAAE nº 61117316.0.0000.0078), os discentes do sexto período do curso de Medicina da UNIFEV, ingressantes no ano de 2013, foram convidados a participar dos grupos focais. O convite foi feito após o término do estágio, por um dos alunos através do grupo de WhatsApp da sala. Dos 60 alunos que passaram pelo ensino na sala com espelho, 30 aceitaram participar do grupo focal, ou seja, 50% dos integrantes desse período.

O grupo focal, segundo Minayo³⁷, constitui-se num tipo de entrevista ou conversas em grupos pequenos e homogêneos, entre 6 a 12 participantes, nos quais é explorada a capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. No nosso caso, participaram do primeiro grupo focal 11 estudante; do segundo, participaram dez alunos e o terceiro grupo foi composto por nove alunos. Minayo descreve que a técnica operacional envolve um moderador, que conforme Scrimshaw & Hurtado (1987), tem o papel de introduzir e focar a discussão do tema preestabelecido, mantê-la acesa, enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas, inibir os monopolizadores da palavra, observar os participantes e suas comunicações não verbais, construir relações com os participantes para propor o aprofundamento das respostas individuais e que são importantes para a pesquisa, além de monitorar o ritmo do grupo de modo a não ultrapassar o tempo previsto.

Normalmente, a duração de uma reunião não deve ultrapassar uma hora e meia. Nesta pesquisa, a média de duração dos encontros foi de 52 minutos no primeiro encontro e 25 minutos no segundo e terceiro grupo, sendo esta diferença creditada à repetição do tema nos dois últimos encontros e experiência do moderador e observador adquirida com a primeira turma. O observador auxilia nos processos operacionais e fica atento para não deixar de registrar processos criativos e interativos.

A justificativa para escolha do sexto período de 2013 deveu-se ao fato de que a pesquisadora, docente da instituição, foi responsável pelo treinamento de habilidades e atitudes de fevereiro a junho de 2016, neste cenário e para este grupo. Após julho não teve e não terá mais contato como professora desse discentes, o que

lhes deu a oportunidade de expor seus pensamentos e opiniões sem receio de possível retaliação. O moderador escolhido para a realização dos grupos focais foi uma docente da instituição, Prof^a. Esp. Cristina Forti lamada, acompanhada por outra docente como observadora, Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Fujita dos Santos, ambas experientes na realização de grupo focal e que não ministram aulas em sala de espelho. Além disso, foi entregue ao moderador um roteiro elaborado previamente, com conteúdo pertinente ao objeto de estudo, capaz de disparar e estimular discussões relacionadas ao assunto em pauta (descrito em item 3.1.1).

Para o bom andamento e êxito dos grupos focais, esses foram realizados em ambiente tranquilo, privativo, climatizado, pré-reservado e dentro da instituição. Foi efetuado registro fidedigno dos dados explicitados pelos discentes através da coleta por gravação de áudio, previamente consentido pelos interlocutores e a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Foram realizados, em datas diferentes, três grupos focais com os alunos que aceitaram participar da pesquisa, sendo este dimensionamento executado até ser obtida a saturação dos conteúdos das falas. Conforme Minayo,³⁷ o critério de saturação é a compreensão pelo pesquisador dos significados que os elementos do grupo compartilham na vivência da sua realidade, sem exposição de novas ideias nas falas dos participantes, além daquelas que já foram captadas.

O critério de inclusão foi a aceitação do estudante em participar da pesquisa, ser maior de 18 anos e ter realizado laboratório de Semiologia em sala com espelho unidirecional no período de fevereiro de 2016 a junho de 2016.

3.1.1 Questões norteadoras para os grupo focais

As questões elaboradas para os grupos focais visaram estimular a discussão e verificar as percepções dos alunos quanto à eficácia da sala com espelho no seu processo de formação e, apesar do conteúdo parecer extenso, não foi ultrapassado o tempo máximo previsto de 60 minutos, pois, muitas vezes ao discutir uma das questões, já entravam no assunto da próxima.

A seguir, mencionamos as perguntas que nortearam as discussões:

1- Na sua experiência, quais são os pontos positivos do processo de ensino de Semiologia realizado no laboratório com espelho unidirecional? Poderia, por favor, justificar?

- 2- Na sua experiência quais são os pontos negativos do processo de ensino de Semiologia realizado no laboratório com espelho unidirecional? Poderia, por favor, justificar?
- 3- O que você sabe sobre *feedback*?
- 4- Como você se sente ao receber o *feedback* dos seus colegas que o observaram atuando como examinador?
- 5- Como você se sente ao receber o *feedback* do tutor que o observou atuando?
- 6- Você achou que estes *feedbacks* contribuíram para seu aprendizado? Como?
- 7- Qual o seu sentimento no início do atendimento ao paciente?
- 8- Qual o seu sentimento no fim do atendimento ao paciente?
- 9- Como você vê o papel do tutor ou preceptor neste processo de aprendizagem sob observação direta através de espelho unidirecional?
- 10- O que você diria para melhorar a qualidade do ensino na sala com de espelho unidirecional?

As gravações dos encontros foram fidedignamente transcritas e a identificação do participante deu-se por meio de números, seguido pela identificação do grupo, usando as três primeiras letras do alfabeto: grupo focal A (primeiro grupo), B (segundo grupo) e C (terceiro grupo). Para facilitar a localização das falas, visto que cada participante se manifestou mais de uma vez no mesmo quesito de discussão, foi realizada a numeração das linhas na transcrição das falas dos grupos, como, por exemplo, temos N° 5 - GFA/L21, que poderíamos traduzir em: participante número cinco do grupo focal A com sua fala na linha 21 da transcrição (CD em anexo).

3.1.2 Análise dos dados

Os dados obtidos nos grupos focais foram submetidos às técnicas de análise de conteúdo de Bardin, na modalidade temática.³⁸ Foram realizadas a preparação do material com transcrição integral e leituras flutuantes até a exaustão para compreensão dos conteúdos relevantes, que na análise temática se caracterizam como núcleos de sentido, cuja presença e frequência se traduzem em significados importantes para o objetivo analítico. Após este passo, foram feitos recortes e colagens para classificação das unidades de registro, com o objetivo de estudar

opiniões, valores e crenças. As unidades de registro foram classificadas em subcategorias e, posteriormente, condensadas em categorias, tentando entender a lógica dos dizeres de forma que respondessem aos questionamentos da pesquisa.

A riqueza na comunicação e experiência do ser humano permite à pesquisa qualitativa, uma variedade de interpretações relacionada aos dados obtidos, podendo levar a uma compreensão além do conteúdo expresso em palavras. Para tanto, a análise de conteúdo poderá agregar-se à Teoria Fundamentada nos Dados, validada por gerar teorias emergentes dos dados empíricos, e, portanto, fundamentada neles.³⁹

A teoria fundamentada tem suas origens na Sociologia dos anos 60 e foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, que descreveram em seu livro, *The Discovery of Grounded Theory*, um método para gerar teorias a partir de dados empíricos (Glaser & Strauss, 1967).⁴⁰ Embora a teoria obtivesse êxito, os caminhos dos estudiosos se separam por divergências quanto à metodologia. Glaser manteve-se fiel aos princípios clássicos da Teoria Fundamentada nos Dados, enquanto Strauss associou-se a Corbin e juntos publicam a obra *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*.³⁹

Strauss e Corbin defendiam a ideia de que o surgimento da teoria se dá por meio da relação colaborativa entre pesquisadores e participantes de um estudo, iniciando o caminho para o desenvolvimento da base construtivista do método.³⁹ Desde 2000, surgem as ideias de Katly Charmaz, que por sua vez, defende a Teoria Fundamentada Construtivista e introduz uma nova perspectiva relacionada aos processos analíticos.^{40,39} Com base nesses acontecimentos, existem atualmente três versões principais da metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados: a clássica (de Glaser), a straussiana (de Strauss e Corbin) e a construtivista (de Charmaz).⁴¹

Strauss descreve a metodologia como um instrumento capaz de estudar a diversidade da experiência humana em diferentes contextos sociais e de gerar teorias que ampliem a compreensão do fenômeno estudado.⁴² Já a coleta dos dados é um processo criativo e flexível, requerendo do pesquisador a sensibilidade para enxergar além do exposto. A análise e a codificação dos dados coletados requerem, por seu turno, curiosidade, pensamento crítico e sensibilidade teórica.⁴¹

Além disso, a análise dos dados se realiza através das codificações abertas – primeira etapa do processo –, sendo elaboradas a análise detalhada dos dados e a

formação de categorias de dados semelhantes. A segunda etapa, intitulada de codificação axial, é o agrupamento das categorias abertas para a formação de categorias mais abrangentes e a terceira e última, trata-se da codificação seletiva, que permite a identificação da categoria central e reúne as outras em torno de si.⁴³

Para facilitar a análise de dados, Strauss e Corbin sugerem a construção do paradigma, em que as condições causais são definidas como o conjunto de eventos incidentes que levam à ocorrência do fenômeno.⁴³ O fenômeno é a ideia central, o evento ou o acontecimento sobre o qual o grupo de ações ou interações são dirigidas ou estão relacionadas. O contexto, por sua vez, é tratado como um grupo específico de propriedades, pertencentes ao fenômeno, dentro do qual são tomadas as estratégias de ação.

Já as condições intervenientes são aquelas que facilitam ou bloqueiam as estratégias tomadas dentro de um contexto específico e as de ação são construídas para lidar com o fenômeno. E finalmente, as consequências são identificadas como os resultados ou expectativas da ação.⁴³

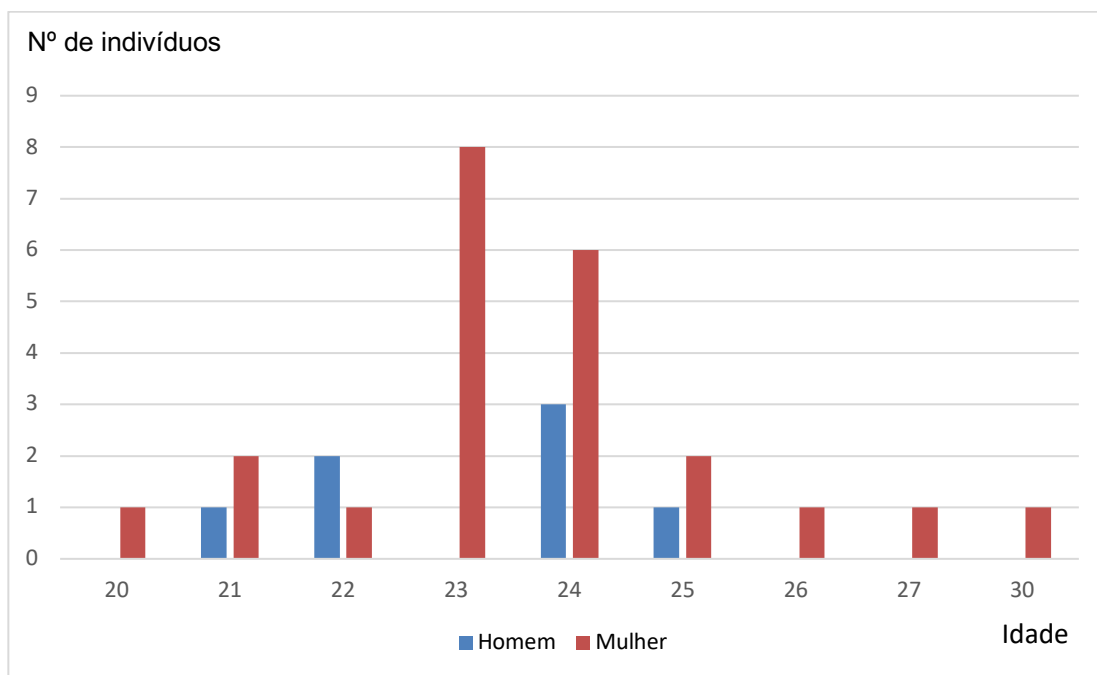
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O convite para participação nos grupos focais, como foi mencionado anteriormente, aconteceu através do WhatsApp, o que poderia proporcionar a participação dos mais extrovertidos, observamos que isso não aconteceu e a amostra foi composta de diversos tipos de personalidades, desde os alunos mais comunicativos até os mais tímidos e o número de participantes garantiu a representatividade da amostra.

Foram realizados três encontros de grupos focais, sendo o primeiro formado por onze, o segundo por dez e o terceiro por nove estudantes, em datas diferentes para cada grupo. Conforme dados retirados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a composição deles foi de 30 estudantes, brancos, idades entre 20 e 30 anos, cursando regularmente o sexto período, de fevereiro a junho de 2016, do curso de Medicina da UNIFEV. A distribuição citada está representada no Gráfico 1.

4.1 Caracterização sócio-demográfica

Gráfico 1 - Idade dos alunos



Fonte: Autoria própria

Podemos observar no gráfico acima que a distribuição do sexo segue a lógica da realidade encontrada nas graduações médicas atuais, com preponderância do sexo feminino na proporção de três mulheres para um homem.

4.2 Categorias do discurso do grupo focal

Após proceder a análise dos dados, através dos resultados obtidos com os grupos focais, foi possível distribuí-los nas seguintes categorias: aprendizagem reflexiva, avaliação formativa e cenário transformador.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1- Aprendizagem reflexiva	➤ - Aprendendo com o outro ➤ - Aprendendo com o erro ➤ - Saber fazer e receber críticas ➤ - Críticas como instrumento de melhora de habilidades e atitudes ➤ - Autonomia controlada ➤ - Profissionalismo

Fonte: Autoria própria

4.2.1 Aprendizagem reflexiva

A aprendizagem reflexiva foi ancorada nas subcategorias mostradas no Quadro 2.

Pode-se afirmar que a cultura reflexiva teve seu início com John Dewey (1859-1952), filósofo, psicólogo e educador norte-americano, com sua Teoria da Indagação, que, em 1933, já defendia o ensino reflexivo.⁴⁴

Anísio Teixeira⁴⁵ (1955), um grande estudioso de Dewey, descreve a Teoria da Indagação como o processo que acontece quando algo novo desequilibra o mundo, então se busca ver o que é, observa, indaga, investiga, apura e verifica. Fica-se sabendo o que aconteceu, e, restabelecido o equilíbrio, prossegue-se na atividade. “Conhecer, saber é, assim, uma operação ação que transforma o mundo e lhe restaura equilíbrio.”⁴⁵

4.2.1.1 *Aprendendo com o outro*

Esta subcategoria remete-nos aos conceitos deixados por Dewey, que defende a efetividade do aprendizado quando mediado por um processo de reflexão sobre o seu significado. Para ele, “refletir é olhar para trás sobre o que foi feito e extrair os significados positivos, que irão constituir o capital para lidar inteligentemente com posteriores experiências.”⁴⁴

Nº 5- Eu acho que o ponto positivo é você poder aprender junto com os seus amigos, você analisar os erros dele e saber o que você poderia não estar errando lá, a partir do erro do outro você construir o seu conhecimento. (GFA/L6)

Nº 3- [...] que a partir da observação dos nossos colegas atuando e a gente observando atrás do espelho, a gente consegue discutir sobre as falhas e isso impede que a gente cometa as mesmas falhas [...] (GFC/L20)

É muito evidente na opinião dos componentes dos grupos o aprender com o outro a partir da observação, quando ele está nesta posição e através da avaliação dos colegas, ao exercer o papel de examinador.

Nº 1- O mais interessante é que você tem...é...os dois polos, atrás do espelho que é como assistir todo o cenário e quando você vai para consulta mesmo. Você sabe que seus colegas estão atrás do espelho, você tem uma pressão enorme, então eu acho que seria bem semelhante com a rotina de toda responsabilidade que você tem diante do paciente. (GFC/L15)

O aluno refere melhorar sua postura espelhando-se na postura do colega.

Nº 4- [...] com a postura boa do seu colega você pode melhorar sua postura também [...] (GFA/L20)

4.2.1.2 *Aprendendo com o erro*

Para Varga et al.⁴⁶ “o erro é considerado matéria-prima para o desenvolvimento da consciência crítica”, sendo confirmado no discurso dos alunos nos grupos focais. Eles também relacionam o aprendizado com as críticas negativas, que assim são consideradas, por apontarem os erros.

Nº 6- [...] as críticas que são negativas, pelo menos pessoalmente, elas são

muito mais eficazes do que as positivas. Um elogio você esquece daqui a cinco minutos, uma crítica te perturba o resto da vida. Mas acho que tem maneiras e maneiras de se fazer, tem que ter um exercício em relação a passagem pra pessoa. (GFA/L178)

Nº 3- [...] também a gente aprende com nossos erros, a gente vê, analisa e a gente busca melhorar. (GFA/L153)

Nº 6- [...] eu vejo como positivo é que com o erro dos outros a gente aprende para não cometer novamente esses erros. (GFB/L22)

Donald Schön⁴⁷ (1930-1997), filósofo e pedagogo norte-americano que tem como herança os pensamentos de Dewey, propõe a reflexão a partir de situações práticas reais, proporcionando, desta forma, o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento em novas, imprevistas e diferentes circunstâncias.

Nº 7- [...] permite a gente criar certa segurança pra poder ir pra prática real e sanar os erros que a gente tiver no ambiente seguro junto com o tutor. GFB/L10

Schön ⁴⁷ (1983) distingue três conceitos de reflexão: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. O primeiro ocorre durante a prática e o segundo após o acontecimento, quando esse é revisto fora do seu cenário. O refletir sobre a ação é desencadeado quando não encontramos resposta para o inesperado que surge nela, então analisamos o que nos conduziu a isto e reformulamos novas propostas para soluções do problema. Ao refletir sobre a reflexão na ação, o profissional se desenvolve e constrói sua forma pessoal de conhecer algo, observando o que aconteceu e atribuindo novos significados. Constitui uma reflexão orientada para a ação futura, que ajuda a compreender novos problemas e a descobrir novas soluções (SCHON, 1983).

Nº 3- [...] acho que aprender com os erros é a melhor forma, avaliar o erro dos colegas é bom e também a partir do momento que a gente tá atendendo e comete erros comuns isso faz se atentar mais, muitas coisas que eu errei lá, consigo ver que hoje, eu consigo lembrar por conta das atividades que a gente teve [...] (GFC/L35)

Outro profissional americano influenciado pelos preceitos de Dewey foi David Kolb⁴⁸ (1984) que formulou a teoria da aprendizagem experiencial e a definiu como:

[...] processo por onde o conhecimento é criado através da transformação da experiência. Esta definição enfatiza... que o conhecimento é um processo de transformação, sendo continuamente criado e recriado[...] A aprendizagem transforma a experiência tanto no seu caráter objetivo como no subjetivo... Para compreendermos aprendizagem, é necessário compreendermos a natureza do desenvolvimento, e vice-versa. (1984, p. 38)

Através de experiências de imitação e de comunicação com outras pessoas e de interação com o ambiente físico, as potencialidades de desenvolvimento são estimuladas e postas em prática até que internalizadas como desenvolvimento efetivo [real] independente. (Kolb, 1984, p. 133).⁴⁸

Nº 9 - "Acho que o primeiro sentimento, das primeiras aulas, do primeiro contato que você tem com essa forma de aprendizado é insegurança, pelo fato da gente não confiar no que a gente sabe e que você está aí sozinho pela primeira vez, que é nesse primeiro contato, mas é igual todo mundo já falou, depois que você começa a desenvolver esse vínculo, essa parte, relação médico-paciente, que você consegue organizar na sua cabeça, que você começa pegar um pouco mais de prática nisso, eu acho que o sentimento de insegurança passa a ser de satisfação, que você tá fazendo um bom atendimento, tá conversando, tá dando atenção pro paciente e eu vi que todas as consultas que eu pude participar, todos os pacientes saíram muito satisfeitos e isso é muito gratificante". (GFA/L415)

Nº 05- [...] o bom da nossa experiência é que você estava lá e quando você ouve uma critica negativa, tanto da tutora quanto dos amigos, quando passados da maneira correta você fala que bom que eu estou errando aqui tipo, que bom que eu estou aprendendo aqui. (GFA/L316)

4.2.1.3 Saber fazer e receber críticas

Anastasiou e Alves⁴⁹ defendem que para se trabalhar em grupo é preciso uma interação, compartilhamento e respeito às singularidades. Como já dissemos, em todo início de encontro, discorreremos sobre como fazer e receber críticas, levando em conta que sempre há muito mais acertos do que erros nos atendimentos e, mesmo assim, alguns alunos não aceitam a opinião do colega e se sentem magoados.

Nº 6- É bom que você se coloca como espectador de si mesmo e você tem que estar preparado para ser julgado e para julgar outras pessoas, então você tem que ter um pouco mais de humildade para se permitir ser criticado e, humildade e as palavras certas para criticar pessoas, para que não seja deletério no fim das contas. (GFA/L35)

Nº 6- [...] a gente vê o certo e o errado, e é uma crítica construtiva em todos os aspectos, porque aquilo que a gente errou a gente vai encarar de uma forma pra não cometer de novo. (GFC/L56)

A partir da reflexão, promove-se o aprendizado em dar e receber críticas, estimulando a humildade para permitir criticar e ser criticado.

4.2.1.4 Críticas como instrumento de melhora de habilidades e atitude

A forma pela qual o tutor conduz o encontro se reflete na atitude do aluno. A maneira de estimular, receber, acatar e aguardar a contribuição do discente é determinante do clima de acolhimento essencial em processos coletivos de construção de conhecimentos.⁴⁹

Nº4- [...] as críticas dela [da tutora] te fazem também querer mudar porque é uma profissão que a gente gosta, que a gente quer exercer com qualidade, então a crítica do professor acho que é fundamental. (GFA/L261)

4.2.1.5 Autonomia controlada

Na visão de Paulo Freire,⁵⁰ “é decidindo que se aprende a decidir”. A autonomia vai se desenvolvendo de acordo com a experiência, não tem tempo marcado. O amadurecimento pela reflexão na ação pode ocorrer por meio da participação de grupos com exposição às críticas e ao fazê-las, além da oportunidade de observar o outro fazer, e de notar as convergências e divergências sobre o que foi feito.

Nº 9- [...] Então eu vejo uma coisa muito boa porque assim.. ela [a tutora] dá total autonomia pra gente atender o paciente, tanto que ela não fica na sala de consulta, ela fica também atrás do espelho, então você ali é o médico ela apresenta a gente como doutor, então assim... é você e o paciente, depois que ela vai te dar o *feedback* do que aconteceu se foi correto ou não, às vezes, poucas vezes ela interfere na consulta quando ela vê que a gente está saindo muito do foco...” (GFA/L338)

4.2.1.6 Profissionalismo

Muito se fala hoje em profissionalismo relacionado à profissão médica. Na nossa avaliação esta subcategoria foi bem evidente nas discussões do grupo e não poderíamos deixar de mencioná-la.

Na avaliação de Rêgo,⁵¹ o profissionalismo é a base do contrato social que legitima a Medicina como profissão em nossa sociedade. A Medicina integra o rol das profissões consideradas como ícones de profissionalismo, tendo como exigência a colocação dos interesses dos pacientes acima dos do médico.

Nº 6 - [...] o que você fizer com ele com respeito e com carinho, ele vai ter aquilo como uma coisa positiva, então aquela relação médico-paciente é positiva [...] que o sentimento é de realização... sabe... é aquela coisa de: Quando eu crescer, eu quero ser médico mesmo (risos). (GFA/L470)

A Federação Europeia de Medicina Interna, o Colégio Americano de Medicina e a Sociedade Americana de Medicina Interna (ACP-ASIM) e o Conselho Americano de Medicina Interna (ABIM) reuniram esforços e lançaram conjuntamente o Projeto de Profissionalismo Médico (www.professionalism.org) no final de 1999.⁵² A carta elaborada por essas três instituições contém três princípios fundamentais e um conjunto de responsabilidades profissionais.

Os princípios fundamentais são o princípio da primazia do bem-estar dos pacientes, o princípio da autonomia e o princípio da justiça social. Quanto ao conjunto de responsabilidades destacamos o compromisso com a competência profissional, a honestidade com os pacientes, a confidencialidade, a manutenção de relações apropriadas com os pacientes, a melhoria da qualidade e do acesso ao atendimento, a distribuição justa dos recursos, o conhecimento científico, a capacidade de manter a confiança e, por fim, o gerenciamento de conflitos de interesse e compromisso com as responsabilidades profissionais.⁵²

Nº 10 – “Acho que no início é muito apreensivo, dá muito medo principalmente em relação ao paciente que tá ali, sabe que você é estudante então você tem que passar toda uma segurança, e também em relação aos colegas, ao professor que vai tá te observando, mas no final quando você, conforme vai passando o atendimento você percebe que você esquece na realidade que essas pessoas estão ali atrás, você nem lembra mais que eles estão ali, então no final é muito prazeroso”. (GFB/L149)

O que se questiona hoje é “como ensinar/praticar/avaliar o profissionalismo de uma maneira responsável, priorizando o princípio da justiça, de maneira a formar, nos indivíduos, um *ethos* profissional que vincule as competências técnico-científicas

à humana.”⁵³

Nº 3 - [...] lá na sala de espelho a gente se supera, ajuda muito, na verdade [...] a gente vai ficando mais calma, vai tendo paciente, a gente vai aumentando o vínculo, vai melhorando, vai lembrando as coisas e é onde se sente mais realizado e grata. (GFA/L545)

Nº 9 - [...]depois que você começa a desenvolver esse vínculo, essa parte, relação médico-paciente, que você consegue organizar na sua cabeça, que você começa pegar um pouco mais de prática nisso, eu acho que o sentimento de insegurança passa a ser de satisfação, que você tá fazendo um bom atendimento, tá conversando, tá dando atenção pro paciente e eu vi que todas as consultas que eu pude participar, todos os pacientes saíram muito satisfeitos e isso é muito gratificante. (GFA/L415)

4.2.2 Avaliação formativa

Quadro 3 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
2- Avaliação formativa	➤ - <i>Feedback</i> como instrumento de avaliação ➤ - Sentido de autoconhecimento ➤ - Resposta ao aluno ➤ - Lembra o esquecido ➤ - Professor passa na hora (oportuna) ➤ - História e carreira do professor ➤ - Corrigiu perante todos ➤ - Impunha limites ➤ - Mistura de empoderamento com proteção ➤ - O que fez de bom e ruim ➤ - <i>Feedback</i> gerando conhecimento ➤ - O olhar do observador ➤ - Gerando confiança pelos acertos

Fonte: Autoria própria

Na definição de Troncon,

“A **avaliação formativa** é aquela realizada, regular e periodicamente, ao longo do processo educacional, para obter dados sobre o progresso conseguido e, deste modo, efetivar a oportuna correção das distorções observadas, preencher as lacunas detectadas, bem como reforçar as conquistas realizadas”.⁵⁴

4.2.2.1 *Feedback como instrumento de avaliação*

“Um dos componentes principais da avaliação formativa é o *feedback*”³⁴, e esse, por sua vez, oferece instrumentos para a identificação das deficiências dos alunos, ajudando-os a refletir e a criar mecanismos para superação.

Na questão que abordava o conceito de *feedback*, poucos alunos deram a definição dele, enquanto os demais engendraram por outros caminhos que não contemplavam a definição, e sim opiniões e sentimentos sobre o *feedback*.

Nesta subcategoria, constatamos que os alunos enxergam pontos positivos e negativos. Aceitam bem a devolutiva realizada pelo tutor, mas nem sempre aceitam a avaliação do colega que os observou. Os estudantes mostram resistência sob a alegação de que todos estejam no mesmo nível de conhecimento, além de, em algumas ocasiões, demonstrarem superioridade quando ocupam a posição de avaliador.

Nº6 – [...] tem maneiras e maneiras de se fazer e receber uma crítica... muitas vezes não sabe como passar e passam pra nós com certo ar de superioridade, por exemplo: olha, eu estava lá atrás e vi tudo o que você errou, eu acho que você tem que fazer assim, assim, assado. As vezes incomoda pela maneira com que se é falado. O professor, ele tem um cuidado pra passar esta crítica para nós e o aluno às vezes pra querer até se mostrar um pouco para o professor acaba fazendo isso e pra quem não sabe lidar muito bem com as críticas, magoa, chateia, fica de cara virada[...] (GFA/L168)

Consideramos importante destacar algumas frases que caracterizam os pontos positivos referidos pelos alunos sobre o *feedback* do tutor: “importante para relembrar o que esqueceu”; “experiência de vida do tutor”; “experiência de carreira”; “sua crítica é fundamental”; “passado na hora”; “acalma as angústias”; “tem a licença poética para falar”; “aval de uma história”; “corrigiu perante todos da melhor forma”; “limita críticas indevidas”; “fala pontos negativos, mas dá ênfase para os positivos”; “direcionam nossos erros e acertos”; “tutor como espelho”, “faz querer mudar”, dentre outras. Não foram citados pontos negativos em relação ao *feedback* do tutor.

No entanto, torna-se necessária a referência dos pontos negativos do *feedback* realizado pelo colega: “superioridade do aluno avaliador”; “disputa de egos”; “metralhadora de erros”; “desperta sentimentos negativos”; “o que for falado ali tem que ficar ali”; “onipotência”.

Em relação ao *feedback* do colega, também apareceram muitos pontos positivos, tais como: “ninguém falou um erro meu sem ter motivos”; “produtivo para o

crescimento”; “refletir sobre o comentário negativo porque alguma coisa deve estar errada mesmo”; “complementa o esquecido”.

Nº 3 – [...] eu e meus colegas, a gente tem o mesmo nível de conhecimento e, que a partir do momento que tem uma crítica deles, é uma coisa que eu vou receber da seguinte forma - nossa eu realmente preciso saber disso, então eu vou bater nessa tecla, eu vou receber essa crítica bem, eu vou falar assim nossa meu colega me ajudou, eu vou acreditar nisso. Já com o preceptor eu acho que é mais uma pressão - nossa será que realmente era pra eu vê isso e eu ainda não sei? (GFC/L109)

Devemos levar em conta a dinâmica do encontro, pois, em primeiro lugar, o aluno faz sua autoavaliação, em seguida, os colegas observadores fazem a avaliação do colega examinador, e quando chega a vez do tutor sobra pouco para avaliar, uma vez que os alunos já falaram tudo. Por um lado, pode ser por isto que há mais pontos negativos no *feedback* feito pelo colega. Por outro, se invertermos esta lógica, tiramos a oportunidade da observação, reflexão e amadurecimento dos estudantes.

“Se a informação for capaz de causar mudança no padrão de desempenho observado, teremos um processo de aprendizagem”.¹

Nº 2 - [...] é um retorno de tudo que foi realizado, é uma estratégia, uma ferramenta de autoavaliação da pessoa para que ela melhore aquilo que foi feito. (GFA/L152)

Nº 8 - [...] *feedback*... ele não é só importante pra... correção dos nossos erros em relação à anamnese, a exame físico... mas também gerar conhecimento [...] (GFA/L378)

Nº 9 - [...] a forma como o *feedback* dos meus companheiros era passado para mim não era de uma forma ofensiva, porque a forma como a tutora, a professora abordava essa parte da aula, me sentia muito confortável porque cada um complementava o que eu tinha esquecido[...] (GFA/L180)

4.2.2.2 Sentido de autoconhecimento

Nº 9 - [...] um dos pontos mais importantes de avaliação com seus colegas e também de autoavaliação, quando você erra ou que não é de maneira ideal, ou quando alguém te aponta isso é muito importante, o *feedback* teria sentido de...autoconhecimento. (GFC/L72)

Avaliações de qualidade, oportunas e orientadoras são auxiliares legítimas da construção do conhecimento em aspecto amplo, não apenas dos conteúdos propriamente ditos, como também da postura e das atitudes.⁵⁵

Nº 4 - [...] não seja aquela prova que você errou, e você vê seus erros e não houve uma correção. O professor está lá e ele já te passa na hora, e aquilo é extremamente marcante para você não errar novamente. (GFA/L263)

Nº 2 – [...] os *feedbacks* contribuem bastante quando bem aceitado pelo aluno, bem aceito pelo aluno, foi o que a gente estava falando na pergunta, quando o aluno não aceita critica ele não tenta melhorar o que ele errou, e acho que esse *feedback* é muito importante pro aprendizado porque quem tá de fora realmente tá mais calmo, consegue perceber mais erros de quem tá dentro da sala de espelho não percebe que cometeu, então esse *feedback* acaba sendo bem importante. (GFB/L100)

4.2.2.3 Resposta ao aluno

Panúncio-Pinto e Troncon⁷ defendem que na avaliação formativa o foco é a aprendizagem do estudante e o resultado da avaliação precisa ser compartilhado com o aluno. Nos apontamentos dos discentes, nos grupos focais, pudemos observar o quanto é importante a devolutiva dos observadores, permitindo a reflexão e promovendo a aprendizagem significativa.

Nº 1- [...] é uma forma de resposta da sala e do professor para o aluno que tá dentro da sala de espelho como forma de aprendizagem mesmo, uma resposta ao que foi feito”. (GFB/L53)

4.2.2.4 Lembra o esquecido

Na opinião dos participantes, o *feedback* como atividade grupal tem a propriedade de complementar o esquecido, possibilitando, assim, a reflexão crítica sobre a prática.

Nº 9 – [...] a forma como o *feedback* dos meus companheiros era passado para mim não era de uma forma ofensiva, porque a forma como a tutora, a professora abordava essa parte da aula, me sentia muito confortável porque cada um complementava o que eu tinha esquecido, [...] (GFA/L180)

Nº 5 - Acho que é o melhor *feedback* que tem, saber o que você esqueceu, por que daí, por incrível que pareça, nas próximas vezes você vai lembrar desse detalhe a mais. (GFA/L163)

4.2.2.5 Professor passa na hora (oportuna)

O *feedback*, como regulador do ensino- aprendizagem, deverá ser realizado o mais próximo da ação para que não se perca detalhes importantes na observação do aluno pelos colegas e tutores.⁵⁶

Nº 4 - O professor está lá e ele já te passa na hora, e aquilo é extremamente marcante pra você não errar novamente. (GFA/L259)

4.2.2.6 *História e carreira do professor*

“A credibilidade dos comentários recebidos de um supervisor está fortemente ligada ao respeito que o aluno tem pelo supervisor”.⁵⁷

Nº 6 – Eu acho muito bacana porque o professor, ele tem a licença poética para falar para gente entendeu, ele tem todo um aval de uma história, de uma carreira, uma formação, de uma experiência que a gente não tem [...] (GFA/L276)

Nº 4 – [...] professor, que é uma pessoa com experiência de vida lá fora, uma experiência de carreira e, ela tá ali pra te ajudar a melhorar, então as críticas dela te fazem também querer mudar porque é uma profissão que a gente gosta, que a gente quer exercer com qualidade, então a crítica do professor acho que é fundamental pra que não passe batido [...] GFA/L259

4.2.2.7 *Corrigiu perante todos*

Nº 5 – [...] no nosso caso nossa professora sempre passou da melhor forma e nos corrigiu perante todos da melhor forma, não sei como seria com outro professor usando esta mesma metodologia...” (GFA/L290)

O *feedback* quando abrange os pontos negativos pode ser julgado como credível se acompanhado de provas claras de que é verdade.⁵⁷

4.2.2.8 *Impunha limites*

Esta subcategoria está relacionada ao *feedback* elaborado pelo colega. Os participantes relataram que nas ocasiões em que havia julgamentos e comentários desnecessários, sempre houve a intervenção do tutor, não deixando, portanto, que se criasse um ambiente de desavenças.

Nº 6 – [...] ela impunha certo limite em relação às críticas negativas e puramente negativas de algumas pessoas.(GFA/L310)

4.2.2.9 *Mistura de empoderamento com proteção*

Conforme Baquero,⁵⁸ “a inexistência do termo “empoderamento” em dicionários brasileiros recentes e a diversidade de sentidos atribuídos ao termo indicam o caráter polissêmico e complexo desta categoria”.

Quando falamos em empoderamento, recorremos imediatamente a Paulo Freire, que concebia a educação como um processo emancipatório, tornando-se, assim, em um mecanismo para o empoderamento do sujeito.⁵⁸

Sob a ótica dos nossos participantes, a práxis do processo cognitivo adquirido levou ao empoderamento, especialmente, com a segurança do tutor enquanto facilitador do processo.

Nº 6 - É uma mistura de empoderamento com proteção que a gente tem né. Ela dá a faca e o queijo mas ela tá ali do lado pra te proteger se alguma coisa acontecer. (GFA/L350)

4.2.2.10 O que fez de bom e ruim

O *feedback* deve ser iniciado sempre pelos pontos positivos, ou seja, pelos acertos. Os pontos negativos devem ser colocados para conhecimento do aluno, já que, como eles alegam acima, aprende-se mais com o erro. Entretanto, se apontarmos apenas erros, certamente o estudante perderá a motivação do aprendizado. Desse modo, o ideal é o *feedback* sanduíche, um comentário negativo entre dois positivos.⁵⁶

Nº 1 – [...] eu me sinto como se tivesse uma missão cumprida, porque o preceptor ele vai te dar exatamente o que você fez de bom e o que você fez de ruim, [...] (GFC/L105)

Nº 3 - Acredito que o *feedback* vem pra reforçar seus pontos positivos e tentar corrigir suas falhas, então a partir daí eu vou enxergar por outra pessoa tudo o que eu acertei e isso vai reforçar em mim meus acertos, e eu vou enxergar também o que eu errei pra tentar não errar outra vez. (GFC/L64)

4.2.2.11 Feedback gerando conhecimento

Para ser eficaz, o *feedback* deve ser assertivo, respeitoso, descritivo, oportuno e específico, pois irá provocar no aluno a prática reflexiva que o motive na busca do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes, tornando-o um profissional adequado para as necessidades atuais.⁵⁹

Nº 10 – [...] a crítica construtiva é.. na minha experiência foi fundamental assim para melhorar... a construção do conhecimento [...] GFA/L67

Nº 8 – [...] *feedback*.. ele não é só importante pra.. pra correção dos nossos erros em relação à anamnese, e exame físico... mas também gerar conhecimento [...] 9GFA/L378]

4.2.2.12 O olhar do observador

Observa-se que as metodologias ativas priorizam os trabalhos grupais. A participação, principalmente nesta atividade em sala de espelho, apareceu nos grupos focais a partir de dois papéis: o de examinador e o de observador. De acordo com o grupo, é possível um aprendizado de mão dupla, pois você aprende com o erro e com o acerto do outro (enquanto observador) e também com seu próprio erro, visto pelos olhos do observador (enquanto examinador).

Nº 3 – [...] que a partir da observação dos nossos colegas atuando e a gente observando atrás do espelho, a gente consegue discutir sobre as falhas e isso impede que a gente cometa as mesmas falhas [...] (GFC/L20)

Nº 10 Eu acho muito importante também a opinião de quem tá de fora, porque eles geralmente estão mais calmos do que quem está ali dentro então acho que é uma análise bem importante. (GFB170)

4.2.2.13 Gerando confiança pelos acertos

Nos discursos dos grupos, observamos várias alegações de que se aprende com os erros, contudo, são os acertos que os motivam. Isto vem confirmar a eficácia da técnica do *feedback* sanduíche, isto é, um erro entre dois acertos.

Nº 4 - Eu acho que é o momento realmente de como já tinha comentado numa outra questão de realmente aprender, então quando você vê que as pessoas perceberam os seus acertos você se sente motivado – nossa eu estou indo pelo caminho certo, quando ela te mostra o seu erro, você acaba pegando essa crítica como construtiva pra tentar melhorar numa próxima oportunidade. (GFC/L77)

Não poderíamos deixar de mencionar a necessidade de desenvolver nos alunos a habilidade de realizar um *feedback* eficaz, com respeito às diferenças, observações pertinentes e produtivo para o crescimento deles.

4.2.3 Cenário transformador

Quadro 4 - Categorias e subcategorias obtidas pela análise de conteúdo dos dados dos grupos focais

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
3- Cenário transformador	➤ - Cenário real ➤ - Ambiente seguro ➤ - Tutor com percepção para intervir ➤ Segurança para futura prática real ➤ - Fragilidades do cenário ➤ - Emoções e sentimentos ➤ - Dá autonomia controlada ➤ - Sensibilidade de detectar a necessidade do aluno ➤ - Transformação de sentimentos negativos em positivos após contato com paciente e elaboração do exame clínico

Fonte: Autoria própria

4.2.3.1 Cenário real

Troncon²⁸ afirma que a utilização de pacientes simulados em substituição à pacientes reais, permite prática intensiva com possibilidade de repetições gerando menos desgaste por parte de estudantes e pacientes. Ademais, proporciona a escolha de situações desejadas e controle do cenário, tornando-o um ambiente seguro. No cenário em questão, isto é, na sala com espelho unidirecional, vamos um pouco além, realizando aprendizado clínico com paciente real, em um cenário controlado, no qual o aluno recebe o paciente, faz anamnese e exame físico, sendo, em seguida, tomada a conduta juntamente com o tutor, que observava atrás do espelho.

Conforme pudemos depreender das declarações dos alunos nos grupos focais, o fato de ser um paciente real – com patologias diversas e o ineditismo do atendimento –, traz o estímulo ao aprendizado e a oportunidade do desenvolvimento de competências no sentido de elaborar estratégias imediatas. Diante desse quadro, busca-se o saber fazer para aplicar o fazer, trazendo, assim, segurança para as práticas futuras.

Nº 7 - [...] permite a gente criar certa segurança para poder ir pra prática real e sanar os erros que a gente tiver, no ambiente seguro junto com o tutor. (GFB/I10)

Nº 10 - Eu acho válido também porque ele trabalha bastante assim o nervosismo, ele faz bem a realidade mesmo que você tem, e então acho que consegue controlar melhor o nervosismo quando você tá lá e, parece uma coisa fácil, mais quando você tá de frente com o paciente só você e ele, aí você tem plena consciência do como é um atendimento mesmo. (GFA/L24)

Na categoria cenário real, observamos a importância que o cenário de observação na sala com espelho tem no aprendizado do aluno quando ele propõe estender este cenário a outros eixos:

Nº 6– A minha sugestão é que a gente tenha essa sala de espelho para outras especialidades, que a gente fez só com a Dra. ... de clínica, mas outras especialidades como pediatria, neurologia, o exame pra gente colocar em prática o que a gente tá vendo nas outras especialidades. (GFB/L234)

4.2.3.2 Ambiente seguro

Apesar de os alunos se sentirem seguros pela presença do tutor, que se encontra atrás do espelho, sentem-se igualmente pressionados por serem observados tanto pelo tutor como pelos colegas:

Nº 5– Ao mesmo tempo que a gente encara o medo de estar atendendo alguém sozinho, a gente se sente seguro porque na verdade a gente não está sozinho, a gente tem o apoio tanto do professor quanto dos colegas que estão ali atrás olhando. (GFB/L12)

Nº10- Eu acho muito importante porque quando a gente está em ambulatório não existe o espelho, você não se sente respaldado por alguém e ali na sala de espelho tem o preceptor que a qualquer momento ele pode sair e te corrigir. (GFB/L168)

Nº 8– Bom, é... de ponto negativo eu acredito que haja pressão de fato, porque tem gente te olhando, os alunos, e talvez uma coisa... uma coisa assim que você não erraria em outras situações você acaba errando pela pressão, e às vezes as pessoas te julgam por isso. (GFC/L53)

4.2.3.3 Tutor com percepção para intervir

No que se refere a esse quesito, enquanto alguns alunos acham que a intervenção do tutor, quando realizada durante o atendimento, atrapalha o andamento da consulta, outros alegam que gostariam da intervenção do tutor nos momentos de necessidade.

Nº 5 – Eu acredito que o preceptor ele vai ter a sensibilidade de detectar a necessidade do aluno, tem aluno que não tem necessidade de intervir tanto, e tem aluno que precisa desse apoio porque ele já é mais tímido, já mais retraído, às vezes não consegue por seu conhecimento em prática e precisa sim de estar ali do lado a presença física do preceptor para estar ajudando para não tornar aquela experiência traumática. (GFB/L207)

Mesmo sabendo que estão sendo observados, com a construção da relação médico paciente ambos (paciente e aluno) se entregam ao atendimento como se estivessem em um ambiente privativo.

Nº 1 - [...]então ele não fica intimidado pensando que tem outra pessoa ali vendo,... Ele acaba esquecendo, ele sabe, ele entra sabendo que tem pessoas observando, só que a hora que ele entra lá e se sente no ambiente restrito, ele tem liberdade para falar a queixa dele, o que ele está sentindo, ele tem liberdade para permitir o seu exame físico[...] (GFA/L82)

4.2.3.4 Segurança para futura prática real

Souza, Iglesias e Pazin-Filho³ defendem currículos inovadores em que se pode “definir o aprendizado baseado em resultados e competências, enfatizando aquisição de habilidades e atitudes tanto quanto do conhecimento”

Nº 6 - [...] porque não é uma simulação programada que você sabe por exemplo que vai ser, ginecologia..., você não sabe o que vai aparecer na sua frente então raciocínio diagnóstico também ...É uma surpresa, às vezes é uma doença que a gente nunca viu nos livros ou parte teórica e depois vai ser discutido. (GFA/L103.)

Nº 2 - [...] conseguir ver como é a forma que o paciente age e todos os imprevistos que a gente vai tá... é...vai acabar encontrando no decorrer de uma consulta, então a gente consegue ver como levar esses imprevistos e como recorrer.” (GFC/L35)

Nº 7 – [...] permite a gente criar certa segurança pra poder ir pra prática real e sanar os erros que a gente tiver, no ambiente seguro junto com o tutor.” (GFB/I10)

4.2.3.5 Fragilidades do cenário

Na categoria de fragilidades do cenário, obtivemos o descontentamento com o método de escolha do aluno examinador como voluntariado ou sorteio. Os estudantes alegaram que todos deveriam passar por esse cenário, pois o método privilegiava os mais extrovertidos, que se lançavam como voluntários, ou o sorteio que, na opinião dos discentes, beneficiava quem tinha mais sorte.

Nº 8 - Eu acho importante assim todos passarem, porque quando às vezes a gente passava, não foi todo mundo que passou, então ficar de fora é importante mas também estar lá era importante, também você sentir os dois lados[...] (GFB/L221)

Nº 4 - [...] os pontos negativos é a escolha para os alunos que vão fazer a consulta, porque muitas vezes não é uma escolha que rotaciona, muitas vezes vai o mesmo aluno[...] (GFA/L127)

Nº 4 - [...] que o professor tenha mais controle de quem participou, para que todos passem por esta experiência [...] (GFA/L584)

Outro ponto a ser considerado como fragilidade é o fato de os alunos não conseguirem acompanhar o paciente que atenderam. Quando o paciente é dispensado com solicitação de exame ou encaminhado para especialidade pelo SUS, isso costuma demorar mais de 30 dias; logo, no seu retorno à sala com espelho, já é outro grupo de estudantes que está rodando no cenário.

Nº 9 - [...] isso que eu tinha falado de ponto negativo de você não ter a continuidade com o paciente que você atendeu, de você não saber qual foi a resolubilidade daquilo que você teve... que você começou a fazer,[...] (GFA/L553)

Nº 7 - Eu acho que seria útil também se a gente pudesse de alguma maneira ter um seguimento daquele paciente que a gente atendeu porque fica meio perdido a gente não sabe o que que foi feito, para onde ele foi. (GFB/L238)

Na parte da estrutura física, foi apontada como fragilidade do cenário a instabilidade do sistema de áudio, pois, às vezes, os alunos que estão na sala de observação são prejudicados quanto ao acompanhamento da consulta na sala de exame. Foi sugerido melhorar a tecnologia do cenário.

Nº 10 – [...] erro técnico quanto ao microfone que às vezes faz com que os alunos não ouçam o que tá sendo dito dentro da sala. (GFB/44)

Nº 6 - Uma coisa mais relacionada à estrutura, por exemplo o áudio, a sala fosse melhor preparada para entender, porque às vezes o áudio fica tão baixinho ou o paciente fala baixinho,[...] (GFA/L558)

Foi comentada ainda a necessidade de detectar falhas coletivas para a correção por meio do fechamento do *feedback* direcionado ao grupo.

Nº 3 - Eu acho também que uma parte importante do papel do tutor é fazer o fechamento, aquele *feedback* geral do grupo, se quatro colegas meus cometeram o mesmo erro, então eu consegui identificar uma falha de uma coisa específica que precisa ser trabalhada, então acredito que o tutor tem esse papel de fechamento, de identificar falhas no grupo, além das falhas individuais. (GFC/L199)

4.2.3.6 Emoções e sentimentos

No atendimento rotineiro, na sala com espelho, observamos que na autoavaliação muitos alunos indicam alguns sentimentos no início da consulta e sentimentos antagônicos no final. Não poderíamos deixar de ressaltar esta subcategoria, tendo em vista a intensidade com que os estudantes mencionaram nos grupos focais as emoções e os sentimentos provocados por esta prática.

Na definição de Damásio:⁶⁰

[...] “emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas dispositivas a esse processo, em sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais.”

Já para Reeve⁶¹:

“As emoções têm um carácter multidimensional, pois as emoções existem como um fenômeno subjetivo, fazendo-nos sentir de uma maneira particular, biológico, porque energizam e mobilizam respostas que preparam o corpo para se adaptar a quaisquer situações que ele enfrente, dirigido para um propósito, por exemplo, a raiva cria um desejo motivacional para fazer o que de outro modo não faríamos, e social, ao enviarmos sinais faciais, vocais e posturais reconhecíveis que indicam a qualidade e intensidade das nossas emoções. Nenhuma destas dimensões por si só não define adequadamente o que é uma emoção. Cada uma delas enfatiza um aspeto diferente da emoção”.

Os sentimentos são experiências subjetivas, mais duradouros, desacompanhados de reações físicas, vivenciados e observados somente pela pessoa. As emoções são constatáveis por um observador externo, vão acompanhadas de reações orgânicas, além de serem passageiras e mutáveis.⁶²

Muitos teóricos biológicos têm em comum o conceito de um número reduzido

de emoções primárias ou básicas e as definem como universais e de origem filogenética e biológica. Possuem diversos atributos, tais como serem breves, involuntárias, observadas em diferentes espécies, têm um componente avaliativo que é automático e inconsciente, têm investida rápida, são coerentes, diferenciam-se em termos de sinais faciais e corporais, diferenciam-se em termos de seus antecedentes universais e padrões de ativação fisiológica. As emoções básicas têm ainda como critérios serem inatas, surgem diante de circunstâncias semelhantes para todos os sujeitos, têm formas de expressões únicas e distintas e evocam padrão de resposta fisiológica única e previsível.⁶¹

Dentre as emoções básicas destacamos o medo, a vergonha, a repugnância, a raiva, a tristeza, a alegria, a surpresa, o interesse, angústia e outras mais.

As emoções podem ainda ser consideradas, conforme seu padrão de expressão, a saber: positivas, neutras e negativas. As positivas são o interesse e a alegria; a neutra é a surpresa e as negativas são o medo, a raiva, a repugnância, a angústia, a vergonha e a culpa.⁶¹

O medo é a emoção do perigo e se acompanha de reações orgânicas como respiração acelerada, coração batendo mais rápido, tremores e suores de extremidades e os músculos se contraem. Tais sensações são ocasionadas por liberação de substâncias, tais como a adrenalina e a noradrenalina, pelo sistema nervoso simpático e têm a finalidade de proporcionar a condição de enfrentamento do perigo.⁶³

Nº10 - Eu acho que no início o sentimento de angústia, assim de medo de errar e se julgado assim bastante, e de falhar na frente do paciente também, mas aí com o desenrolar da consulta...tudo, eu acho que esse sentimento vai mudando, parece que desaparece essa sua angústia e medo, e você põe em prática seu conhecimento, o que você pode fazer lá no momento, e depois que o paciente vai embora, a doutora dá o apoio, assim você se sente um pouco mais seguro do que você estava fazendo, e aquele sentimento de que eu tô melhorando, de que eu tô entrando em crescimento assim [...]. (GFA/L425)

Nº 07 – [...] as primeiras vezes que a gente vai pra prática com o paciente, as vezes a gente realmente passa momento de tensão, de nervosismo, pra poder coloca aquilo que a gente tá vendo na teoria e.. finalmente ter contato com o que a gente vê como Medicina, mas eu acho que tem uma diferença muito grande quando a gente utiliza sala de espelho, porque uma coisa é você estar num consultório só você e o paciente, e outra coisa é você ter mais 10 ou 15 colegas te observando mais o professor que já tem toda prática te observando também. Então você acaba tendo medo de acertar ou não aquilo que você tá aprendendo, medo de ser julgado ou não, medo do professor te avalia bem ou não... Isto acaba interferindo também dentro da

consulta, isso pode dar nervosismo maior ainda, Com o tempo, lógico, a gente acaba acostumando e vendo que isso é um momento muito válido mas eu acho que é muito diferente, você tá sozinho e você tá dentro da sala de espelho.(GFA/L434)

Reeve⁶¹ argumenta que a emoção é uma motivação que ajuda o sujeito a manter ou a redirecionar o comportamento e a ação, é também um indicador de satisfação ou frustração.

Na visão de Araújo,⁶⁴ podemos entender que a vergonha está vinculada à exposição pública, podendo ser espectadores reais ou virtuais e sob a observação de indivíduos que legitima.

Nº 06 - Eu acho engraçado que a primeira palavra que eu pensei aqui foi medo e vergonha, mas este medo e essa vergonha a gente para pra pensar e isso é em relação ao tutor e ao grupo porque a partir do momento que você tá com paciente, as coisas vão mais tranquila, você fica com medo e com vergonha no julgamento que está acontecendo por trás do espelho na verdade. Você fica ansioso e às vezes você descoordena um pouco a sua semiologia por causa dessa ansiedade e tal, do tutor e do colega. Tanto é que na hora de escolher a pessoa que vai lá pra sala de ..pra consulta, vira um jogo de empurra né – não.. vai você... vai você.. vai você...porque (risos) nunca se sabe né, ao final dessa consulta muitas vezes a relação médico paciente é tão bem construída, justamente porque muitas vezes o paciente, ele não sabe como é uma semiologia, então o que você fizer com ele com respeito e com carinho, ele vai ter aquilo como uma coisa positiva, então aquela relação médico-paciente é positiva ... que o sentimento é de realização.. sabe... é aquela coisa de: Quando eu crescer, eu quero ser médico mesmo (risos). (GFA/L459)

A vergonha é um sentimento secundário, pois envolve processos cognitivos mais complexos, levando em conta a reflexão seus valores e do grupo do qual faz parte.⁶⁴

Por outro lado, os alunos apresentam, no fim do atendimento, emoções consideradas como positivas e entendem isso como superação do desafio.

Nº 08 – Acho que as palavras, a gente pode dividir o começo e o final da consulta em palavras. As palavras do começo seria angústia, desespero, pânico de tá lá e o final, pelo menos comigo, pra mim a maior palavra é orgulho do que eu consegui fazer, orgulho de ter tido a coragem porque como a participante seis falou- é um empurra, empurra lá atrás - ó vai você, não, hoje vai você, não vamos fazer um sorteio... Então a coragem de você ter ido lá, sentar e esperar ser julgado por todo mundo, não saber que paciente que está chegando, a coragem de... o orgulho de ...tipo- Nossa o que eu tô estudando eu tô conseguindo fazer aqui, eu tô... nossa é isso mesmo que eu quero pra minha vida, tô... é Medicina mesmo. Então pra mim a palavra final de uma consulta é orgulho do que eu estou fazendo e do que eu conquistei até agora. (GFA/L496)

Nº 4 – No início tem um grande nervosismo de querer fazer tudo certo, de acolher o paciente bem, dele se sentir seguro e confiante junto com você, e no fim quando você termina e você foi bem, é bem prazeroso, às vezes quando você não consegue continuar e ver que aquele dia não foi tão legal, me sinto às vezes chateada mas, me faz querer ir atrás e estudar aquilo melhor, pra no próximo não errar na conduta em um atendimento. (GFB/L143)

Nº 9- [...] no início há insegurança, mas no final da até mais motivação pra você buscar as coisas e fazer melhor. (GFB/L159)

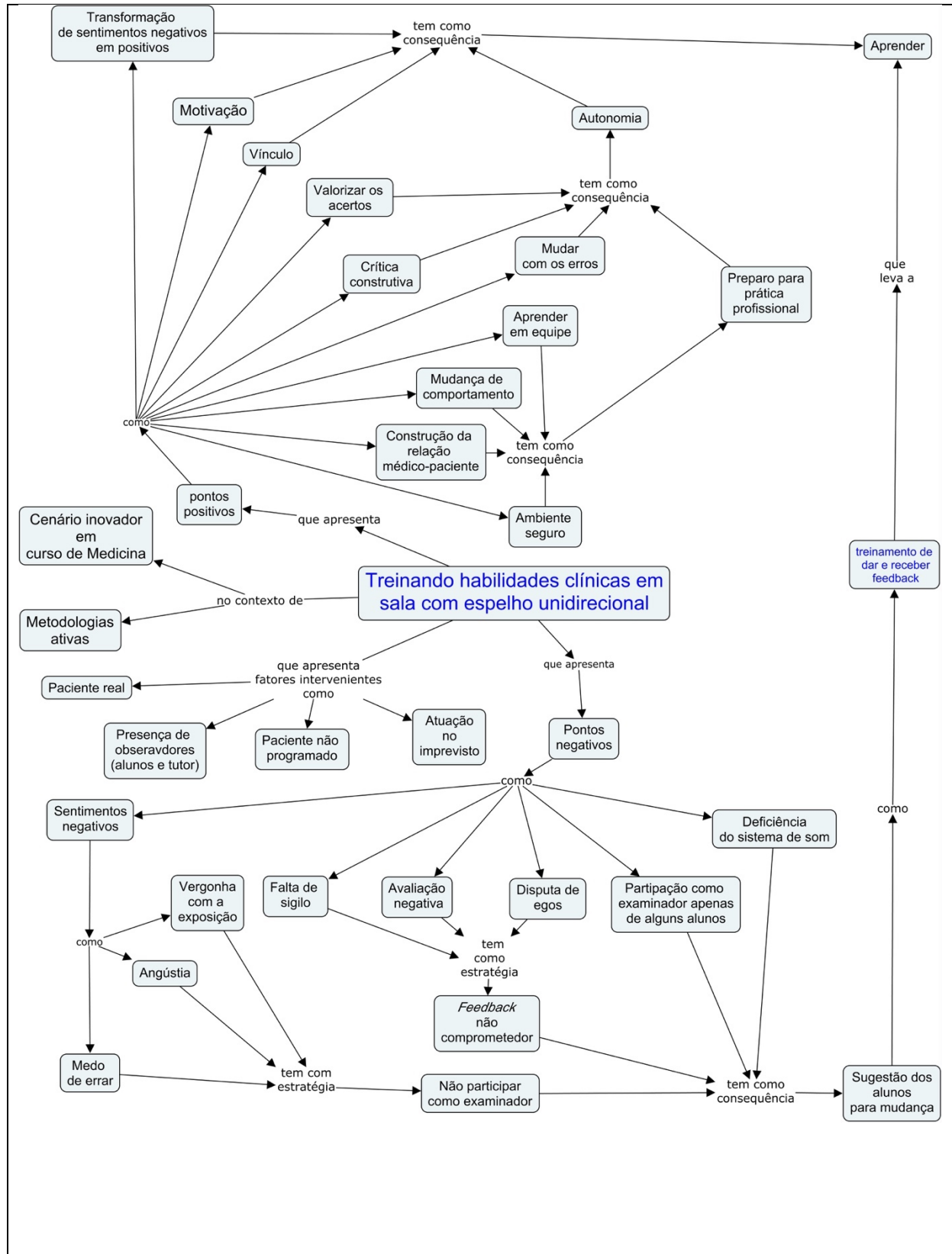
Na área de emoções e sentimentos, considerados *a priori* negativos, apareceram em nossos grupos focais os termos: “inibição”; “nervosismo”; “medo”; “preocupação”; “cansaço”; “nem sempre preparado”; “constrangimento”; “angústia”; “desespero”; “assustador”; “desesperador”; “insegurança”; “medo de errar”; “tensão”; “ansioso”; “vergonha”; “pânico”; “dificuldade”; “branco”; “pressão”; “exposto à opinião”; “chateado”; “desamparado”; “perdido” e “desconforto”.

Já na lista de sentimentos positivos, constatamos: “autonomia”; “empoderamento”; “proteção”; “lapidação”; “aliviado”; “satisfeito”; “gratificante”; “apoio”; “mais seguro”; “momento válido”; “confiança”; “tranquilo”; “realização”; “orgulho”; “coragem”; “conquista”; “afinidade”; “evolução”; “vontade própria de estar lá dentro”; “superação”; “vínculo”; “sanar os erros”; “apoio”; “perdendo a timidez”, “adquirindo prática”; “moldar atitudes”; “melhorar relação”; “salvação”; “ter ajuda”; “motivado” e “missão cumprida”.

O mais interessante é que os sentimentos de cima, ou seja, os sentimentos considerados negativos se transformaram nos sentimentos abaixo, considerados positivos.

4.3 Teoria Fundamentada nos Dados

Figura 6 - Modelo apoiado na Teoria Fundamentada nos Dados



Fonte: Autoria própria

À luz da Teoria Fundamentada nos Dados, modelo straussiano, após os passos de análise e codificação dos dados, ficou caracterizado nessa pesquisa, como evento central (fenômeno), o ponto de convergência de todas as interações: treinando habilidades clínicas em sala com espelho unidirecional. O cenário inovador e as metodologias ativas foram as propriedades do fenômeno responsável por desencadear as estratégias de ação, ou seja, o contexto.

A metodologia utilizada foi a straussiana por ser mais flexível e adaptável a essa pesquisa.

As condições intervenientes, que facilitam ou bloqueiam a ação, foram o fato de o paciente ser real; a presença de observadores (tutor e alunos) e a escolha do paciente não ser programada (podendo aparecer qualquer tipo de patologias), proporcionou, então, uma atuação diante do imprevisto.

As estratégias utilizadas para lidar com o fenômeno foram relacionadas aos pontos negativos observados e apareceram como: “não participar como examinador para evitar sentimentos negativos como angústia, vergonha e medo de errar”; “realizar *feedback* não comprometedor para não receber avaliação negativa quando estiver sob observação” e “qualidade do som na sala de observação”. Como consequência, surgiram sugestões relacionadas aos pontos negativos como: “treinamento de como dar e receber *feedback*” e “melhorar a qualidade do sistema de som do cenário”.

Quanto aos pontos positivos foram: “ambiente seguro”; “construção da relação médico-paciente”; “aprender com a equipe”; “valorizar os acertos”; “motivação”; “autonomia”; “a transformação dos sentimentos negativos em positivos” e “mudar com os erros e preparo para a prática profissional”. A consequência dos pontos positivos e das estratégias utilizadas levaram a um denominador comum: aprender.

Finalizando, a partir desta perspectiva, concluímos que este cenário inovador tem aplicabilidade, aceitação pelos alunos e proporciona o aprendizado experiencial, levando, assim, à aquisição de competências essenciais para o estudante de Medicina.

5 CONCLUSÃO

Finalizando, observamos o alcance de nosso objetivo – avaliar a aplicabilidade e aceitação do cenário pelos alunos –, e, inclusive, solicitaram a extensão desse procedimento a outros eixos. Os discentes enfatizaram ainda que a sala de observação com espelho unidirecional proporcionou-lhes um ambiente propício e seguro para o desenvolvimento de competências necessárias para este estágio de aprendizagem, apesar dos sentimentos de medo e insegurança despertados inicialmente pela nova metodologia.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação do comportamento em sala com espelho unidirecional mostrou-se uma inovadora possibilidade de ensino-aprendizagem no contexto das metodologias ativas, em que se é possível a práxis dos componentes básicos da educação: aprender a conviver, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser. Os alunos tiveram a oportunidade de realizar práticas reflexivas em ambiente seguro, com respaldo do tutor e com avaliação formativa oportuna durante todo o processo. Os sentimentos negativos iniciais, tais como medo e insegurança, foram transformados em seus antônimos.

Algumas oportunidades de melhorias apontadas pelos estudantes foram implementadas no decorrer do estudo, como a troca dos equipamentos sonoros e a mudança no processo de escolha do aluno examinador. Atualmente, os grupos rodam em cinco encontros e contam com dez elementos ao invés de 12 do esquema anterior, quando foram realizados os grupos focais. Isso dá a oportunidade de atendimento por dois alunos e dois pacientes por encontro, o que permite que todos os discentes passem pela experiência de examinador e observador. Não conseguimos corrigir as queixas do não seguimento do paciente, visto que este fato envolve o agendamento no Sistema Único de Saúde, tornando difícil a nossa interferência.

Em relação ao paciente, embora não fosse objeto da pesquisa, também observamos nos atendimentos que, no início, ele é atraído pelo espelho e às vezes arruma o cabelo, os óculos, a gola da camisa, como toda pessoa que se acha em frente a um espelho, sendo que seu olhar nos lembra o da *Alice no País das Maravilhas*, com uma curiosidade e como se dissesse: o quê há por trás deste espelho?

Não poderíamos deixar de mencionar a necessidade de desenvolver nos alunos a habilidade de realizar um feedback eficaz, com respeito às diferenças, observações pertinentes e produtivo para o crescimento.

Assim, notamos a grande aceitação do cenário pelos estudantes, uma vez que solicitaram a extensão do mesmo procedimento a outros eixos. Além disso, a sala de observação com espelho unidirecional proporciona um ambiente que lhes permite o desenvolvimento de competências necessárias para este estágio de aprendizagem

REFERÊNCIAS

1. Pezzi L, Pessanha Neto S. O Laboratório de habilidades na formação médica. Cad ABEM. 2008;4:16–22.
2. Stella RR, Puccini R. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. In: Puccini R, Sampaio L, Batista N, organizadores. A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Editora UNIFESP; 2008. p. 53–69.
3. Iglesias AG, Pazin-filho A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. Medicina(Ribeirão Preto). 2014;47(3):284–92.
4. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saude Publica. 2004;20(3):780–8.
5. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014 [Internet]. 2014 [acesso 10 maio 2018]. p. 8–11. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
6. Philippe P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre, RS: ArtMed; 1999. p. 7
7. Panúncio-Pinto MP, Troncon LEA. Avaliação do estudante: aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):314–23.
8. Cezar PHN, Guimarães FT, Gomes AP, Rôças G, Siqueira-Batista R. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. Rev Bras Educ Med. 2010;34(2):298–303.
9. UNIFEV. Núcleo Docente Estruturante do Curso de Medicina. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Votuporanga: UNIFEV; 2016. 68-71 p.
10. Pimentel A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. Estud Psicol. 2007;12(2):159–68.
11. Trocon L. Avaliação de habilidades clínicas: os métodos tradicionais e o modelo “OSCE”. Olho Mágico. 2001;8(1):6.
12. Delors J, Al Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B, et al. Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI: destaques. Paris: UNESCO; 2010.
13. Batista GC. Observação do comportamento. In: Pasquali L, organizador.

- Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento. Editora. Brasília: MEC; 1996. p. 263–96.
14. Danna MF, Matos MA. Aprendendo a observar. São Paulo: Edicon; 2006. p. 11-4
 15. Fagundes AJFM. Definição, descrição e registro do comportamento. 12º ed. São Paulo: Edicon; 1999. p. 23
 16. Enoch JM. History of mirrors dating back 8000 years. *Optom Vis Sci*. 2006;83(10):775–81.
 17. Bonnet SM. História do espelho. primeira. Lisboa - Portugal: Orfeu Negro; 2016. 396 p.
 18. Del Grosso MF. O imaginário em Cinderela, Branca de Neve e a Bela e a Fera [dissertação]. Goiânia: PUC/Goiania; 2012.
 19. Chevalier J, Gheerbrant A. Dicionário de símbolos. 11ª ed. Rio de Janeiro: Editora José Olympio; 1997. p. 393-6
 20. Conceição LP, Souza P, Cardoso LA. A influência da terapia por exercício com espelho nas limitações funcionais dos pacientes hemiparéticos: uma revisão sistemática. *Acta Fisiátr*. 2012;19(1):37–41.
 21. Machado S, Velasques B, Paes F, Cunha M, Basile LF, Budde H, et al. Terapia-espelho aplicada à recuperação funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral. *Rev Neurocienc*. 2011;19(1):171–5.
 22. Gaspar A, Castro A, Antunes F. Terapia com caixa de espelhos na síndrome dolorosa regional complexa tipo I. *Acta Fisiátr*. 2010;17(3):126–9.
 23. Campos Badilla MA. Manual de procedimientos para el uso de la cámara de Gesell Facultad de Psicología. Costa Rica: Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.; 2011. 37 p.
 24. Magalhães T, Ribeiro C. A colheita de informação a vítimas de crimes sexuais. *Acta Med Port*. 2007;20(5):439–45.
 25. Bezerra AC. Os reflexos do Grande Irmão no Admirável Espelho Novo de Black Mirror [Internet]. 2017 [acesso em 6 jul. 2018]. p. 1–11. Disponível em: itsrio.org/wp-content/uploads/2017/03/ArthurBezerra-B.pdf
 26. Kilpp DS, Unisinos P, Conter MB, Unisinos U. Câmeras e espelhos em Big Brother Brasil : Enunciações e pragmática 1 [Internet]. 2002 [acesso em 01 jul. 2018] p. 1–16. Disponível em: www.e-compos.org.br/e-compos/article/download/132/132%0A
 27. Terribili Filho A, Quaglio P. Professor Reflexivo: mais que um simples mdodismo: uma possibilidade real. *Rev Fac Educ*. 2008;VI(9):55–71.

28. Troncon LEDA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (B Aires)*. 2007;40(2):180–91.
29. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. *Cad ABEM*. 2007;3:39–43.
30. Sehgal R, Hardman J, Haney E. Observing trainee encounters using a one-way mirror. *Clin Teach*. 2014;11(4):247–50.
31. Salam T, Collins M, Baker A-M. All the world's a stage: integrating theater and medicine for interprofessional team building in physician and nurse residency programs. *Ochsner J*. 2012;12(4):359–62.
32. Barletta JB, Fonsêca ALB, Oliveira MIS. Transcrição e observação como estratégias para aprimoramento da competência clínica. *Rev Bras Ter Cogn*. 2011;7(2):17–24.
33. Porto CC. *Semiologia médica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
34. Martinez JB. *Semiologia médica geral e especializada*. Rio de Janeiro: Editora : Gen/Guanabara Koogan; 2013.
35. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation: an approach to learning and teaching*: Oxford University Press Oxford. 1984. 117 p.
36. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):176–9.
37. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 269-273 p.
38. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 2ª reimpr. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.
39. Santos JL, Erdmann AL, Souza FGM, Lanzoni GMM, Melo ALSF. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Esc Anna Nery*. 2016;20(3):e20160056.
40. Watling CJ, Lingard L. Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No. 70. *Med Teach*. 2012;34(10):850–61.
41. Andrews T, Mariano GJS, Santos JLG, Koerber-Timmons K, Silva K, Da Silva FH. A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1560017.
42. Backes MTS. *A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva [tese]*. Florianópolis: UFSC; 2011.
43. Cassiani SHB, Almeida AM. *Teoria fundamentada nos dados : a coleta e*

- análise de dados qualitativos. *Cogitare Enferm.* 1999;14(2):13–21.
44. Dewey J. *Experience and education*. New York: Touchstone; 1997. 92 p.
 45. Teixeira A. Bases da teoria lógica de Dewey. *Rev Bras Est Pedag.* 1955;23(57):3–27.
 46. Nunes SO V, Vargas HO, Liboni M, Martins Neto D, Vargas LHM, Turini B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(2):210–6.
 47. Schon D. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
 48. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
 49. Anastasiou L, Alves LP. *Processos de ensinagem na universidade*. 5ª ed. Joenville: Editora Univille; 2009. 75-77 p.
 50. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 50ª ed. Rio de Janeiro: Editora Paz & Terra; 2015. p. 104-5.
 51. Rego S. O profissionalismo e a formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(4):445–6.
 52. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet.* 2002;359(9305):520–2.
 53. Mendonça ET, Cotta RMM, Lelis VP, Carvalho Junior PM. Avaliação do profissionalismo em estudantes da área da saúde: uma revisão sistemática. *Interface Comun Saúde Educ.* 2016;20(58):679–90.
 54. Troncon ELDA. Avaliação do estudante de medicina. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996;29:429–39.
 55. Oliveira GP. Avaliação formativa nos cursos superiores : verificações qualitativas no processo de Ensino-aprendizagem e a autonomia dos educandos. *Rev Iberoam Educ.* 2002;1(2):1–6.
 56. Borges M, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):324–31.
 57. Watling C, Driessen E, van der Vleuten CPM, Lingard L. Learning from clinical work: the roles of learning cues and credibility judgements. *Med Educ.* 2012;46(2):192–200.
 58. Baquero RVA. Empoderamento: instrumento de emancipação social?: uma

- discussão conceitual. *Rev Debates*. 2012;6(1):173–87.
59. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):176–9.
 60. Damázio AR. O erro de Descartes: emoção , razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras; 1996. 55-69 p.
 61. Reeve J. Motivação e emoção. 4^a ed. Rio de Janeiro: LTC Gen; 2006. 356 p.
 62. Cezar AT, Jucá-Vasconcelos HP. Diferenciando sensações , sentimentos e emoções: uma articulação com a abordagem gestáltica. *Rev IGT Rede*. 2016;13(24):4–14.
 63. Casanova N, Sequeira S, Silva V. Emoções [Internet]. O portal dos psicólogos. 2009 [acesso em 26 jun. 2018]. p. 1–27. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0132.pdf
 64. Araújo U. O sentimento de vergonha como um regulador moral [Internet]. 1998 [acesso em 9 de jul 2018]. p. 1–12. Disponível: <http://www.uspleste.usp.br/uliarau/textos/artvertentes.pdf>

APÊNDICE A - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS GRUPOS FOCAIS

Grupo Focal A realizado dia 21/11/2016

1- Na sua experiência quais são os pontos positivos do processo de ensino de semiologia realizado no laboratório com espelho unidirecional? Pode por favor, justificar?

Part. nº 5; Eu acho que o ponto positivo é você poder aprender junto com os seus amigos, você analisar os erros dele e saber o que você poderia não estar errando lá, a partir do erro do outro você construir o seu conhecimento.

Part. nº 8; Eu acho interessante o fato da gente aprender a não julga, é... tá vendo lá atrás, aí aquela pessoa errou, fez isso, aquilo, e ela tinha que ter feito de outra maneira, mais a hora que você vai, você consegue perceber como é o ambiente, é diferente e, se por no lugar do colega que tava antes.

Part. nº 9; Eu acho que o ponto positivo é a parte dinâmica de você pode ver a anamnese do seu colega, depois você pode discutir junto com ele o que foi feito, a abordagem que ele teve com o paciente, porque aí você tá vendo o que ele fez, a conduta dele, depois discutir se foi certa... errada...

Part. nº 4; Eu acredito também que com a postura boa do seu colega, você pode melhorar a sua postura também, e tira um pouco da inibição de quando você tá com paciente sozinho.

Part. nº10; Eu acho válido também porque ele trabalha bastante assim o nervosismo, ele faz bem a realidade mesmo que você tem, e então acho que consegue controlar melhor o nervosismo quando você tá lá e, parece uma coisa fácil, mais quando você tá de frente com o paciente só você e ele, aí você tem plena consciência do como é um atendimento mesmo.

Part. nº 1; Eu concordo com o que a 10 falou, que além da inibição frente ao paciente também pensar que tem as outras pessoa que estão observando, a partir

do momento que você consegue enfrentar isso e ter uma boa... fazer uma boa consulta no paciente, você perde o medo e no próximo contato com ele ...

Part.nº 6 ; É bom que você se coloca como espectador de si mesmo e você tem que estar preparado pra ser julgado e pra julgar outras pessoas, então você tem que ter um pouco mais de humildade pra se permitir ser criticado e, humildade e as palavras certas para criticar pessoas, para que não seja deletério no fim das contas.

Part. nº 2 : No mesmo momento que a gente tá lá realizando o exame físico, anamnese, a gente consegue ter mais atenção para a gente mesmo, sabendo que as pessoas estão olhando a gente, tão julgando a gente, só que isso vai servir para o bem dela porque ao mesmo tempo que a gente tá fazendo, ela .tá la corrigindo, é.. colocando alguma coisa que ela não faria, mudando alguma coisa que ela faria, é nesse sentido

Part. nº 4: Eu acredito que o fato de serem pacientes reais, com coisas que a gente não esperava vê lá também é muito importante, porque não é uma simulação programada que você sabe por exemplo que vai ser, ginecologia.., você não sabe o que vai aparecer na sua frente então raciocínio diagnóstico, também , ele melhora com isso.

Part. nº 8: Eu acho que pra mim e.. creio que para a maioria dos outros alunos, foi uma das primeiras experiências de atendimento individual, então foi impactante e importante outras pessoas estarem olhando pra nos corrigirem é.. depois do atendimento. Que isso foi individual, primeira vez foi cara a cara, sozinho.

Part. nº 7: Eu concordo com o que a participante 4 falou e ainda acrescento que quando um grupo, ele vê um caso, ele pode depois discutir já o conhecimento a partir disso, então ao invés dele ficar sozinho com o paciente, ele pode fazer anamnese e depois o grupo ajudar ele nos erros e confirmar os acertos que ele teve.

Part. nº 2: E acho que a parte, uma das partes mais importante é o feedback depois, que a professora faz com a gente, expondo é...tudo que a gente fez e abrindo para o

grupo dar sua opinião sobre o que poderia ter feito , o que fez de errado, o que você faria diferente. Feedback.

Part. nº10: Concordo com o que o participante 2 falou porque eu acho que a crítica construtiva é.. na minha experiência foi fundamental assim pra melhorar... a construção do conhecimentoÉ isso.

Part. nº 5: Eu acho interessante também que como você sabe que no no dia anterior por exemplo a aula na sala de espelho, você sabe que vai ter que fazer uma anamnese, um exame físico, você tem a chance de retomar aquilo, em casa, estudá porque você sabe que lá você vai estar sendo avaliado, não só pelo professor, mas por todos seus colegas. E... não sei se é o momento de falar do debriefing no final, mas é realmente muito importante e é a parte, a parte que a gente pode daí corrigir nossos amigos, acrescentar alguma coisa ou até parabeniza-lo pela atuação.

Part. nº 1: Eu acho que o paciente, ele não se sente intimidado, pelo fato dele não estar vendo as outras pessoas que estão assistindo a consulta, que tão ouvindo a queixa dele, que tão vendo ele ser examinado... querendo ou não a gente tem que despir certas partes para conseguir examinar, então ele não fica intimidado pensando que tem outra pessoa ali vendo,... Ele acaba esquecendo, ele sabe, ele entra sabendo que tem pessoas observando, só que a hora que ele entra lá e se sente no ambiente restrito, ele tem liberdade para falar a queixa dele , o que ele está sentindo, ele tem liberdade para permitir o seu exame físico...

Part. nº 5: Concordo muito com a participante1. Realmente o paciente entra, ele tá sabendo que tem outros alunos la atrás, a professora até mostra o espaço onde estão os alunos e... mas parece que no decorrer da consulta ele tá, se sente totalmente livre para se despir a parte necessária acaba que sai uma consulta bem real mesmo.

Part. nº10: Concordo com o participante 1 mas eu acho que não é só o paciente, o próprio aluno também, que entra preocupado, achando que vai ser julgado tudo, mas a partir do momento que você está lá, você, paciente, parece que esquece de

tudo, que está sendo observado por todo mundo e... começa a focar principalmente no paciente em atendimento.

Part. n°3: Eu concordo com o part. 10, a gente...eu percebo que o aluno perde a vergonha e a gente num percebe que as pessoas estão lá dentro né, e o paciente também se sente mais a vontadeele sente mais acolhido.. acho.

Part. n°6: Eu acho bacana que também como um primeiro contato com o mundo real, com paciente de verdade, a gente se sente um pouco amparado em saber que a professora tá ali atrás da porta, preparada para dar qualquer amparo, tanto na parte semiológica com na parte da própria doença em si. É uma surpresa, às vezes é uma doença que a gente nunca viu nos livros ou parte teórica e depois vai ser discutido. Então nem sempre a gente está preparado para o que está chegando ali pra gente.

Part. n°5: Como são casos não muito programados, então nem sempre chegam casos interessantes. E daí acaba que vocês estão lá atrás sem muita observação, você acaba caindo no cansaço e já houve vezes de você ver colegas dormindo e realmente às vezes o cansaço esgota.

Part. n°8: É ..algumas vezes também tem casos que como o participante 5 falou não são tão interessantes ou não são casos novos, são retornos, só vou levar.. só trouxe meu exame aqui para você ver, as vezes o paciente, ele não tem a paciência para te contar toda história novamente porque ele já contou a história para algum médico antes, pra chegar ali e tá com aqueles exames prontos, então as vezes ele se cansa de contar e fica maçante a situação, nem interessante pra quem tá atendendo e nem interessante pra quem tá..tá visualizando o atendimento.

Part. n°4: Na minha opinião é..., os pontos negativos é a escolha pros alunos que vão fazer a consulta ,porque muitas vezes não é uma escolha que rotaciona, muitas vezes vai o mesmo aluno. Para aquele aluno que vai várias vezes é um ponto muito positivo mas alguns se acomodam e acabam não passando por esta experiência.

Part. n°9: Para mim o ponto negativo, é que às vezes você atende um paciente lá que tem casos que demandam mais consultas e como nosso tempo lá é por grupos, então você não consegue acompanhar aquele paciente, você atendeu ele, fez diagnóstico, pediu os exames mas você não vai conseguir ver os exames, ver se ele teve uma melhora. Acho que isso é um ponto negativo, pela minha parte, eu gostaria de acompanhar os pacientes que eu atendi...

Part. n°6: Tem o fator também com o paciente em relação ao constrangimento quanto a alguns temas, as vezes chega lá uma patologia que não é muito... cheia de tabus e às vezes tanto o entrevistador quanto o paciente, eles ficam tímidos de discorrer sobre, sabendo que tem muita gente assistindo lá atrás.

Coordenadora: Mais alguém?...

3- O que você sabe ou entende por Feedback. Só definição.

Part. n°5: Eu entendo como feedback um retorno daquilo que foi realizado, por parte do nosso tutor e até por parte de quem tava realizando a consulta e avaliando quem estava realizando a consulta

Part. n°2: Concordo com o participante 5 e complemento que é um retorno de tudo que foi realizado e uma estratégia, uma ferramenta de auto-avaliação da pessoa para que ela melhore aquilo que foi feito

Part. n°3: Também concordo com o participante 5, também a gente aprende com nossos erros, a gente vê, analisa e a gente busca melhorar

4- Como você se sente ao receber o feedback dos seus colegas que o observaram atuando como examinador? Como você se sente?

Part. n°5: Eu já recebi avaliações tanto negativas como positivas. E...tem avaliações negativas que você recebe, só que as vezes você tem embasamento teórico que você confia no que você fez e daí acaba que gera uma discussão e, são argumentos e contra argumentos e acaba chegando em uma conclusão. Mas é muito bom

quando você ouve alguma coisa que você esqueceu e que você realmente esqueceu. Acho que é o melhor feedback que tem, saber o que você esqueceu, por que daí, por incrível que pareça, nas próximas vezes você vai lembrar desse detalhe a mais. É muito difícil você esquecer de novo.

Part. n°6: É meio relativo esta pergunta porque às vezes ..tem maneiras e maneiras de se fazer e receber uma crítica. As críticas construtivas, é claro que a gente pega e adapta e coloca em prática pra que elas mudem, tanto é que as críticas que são muitas vezes não sabe como passar e passam pra nós com certo ar de superioridade, por exemplo: olha, eu estava lá atrás e vi tudo o que você errou, eu acho que você tem que fazer assim, assim, assado. As vezes incomoda pela maneira com que se é falado. O professore ele tem um cuidado pra passar esta crítica para nós e o aluno às vezes pra querer até se mostrar um pouco para o professor acaba fazendo isso e pra quem não sabe lidar muito bem com as críticas, magoa, chateia, fica de cara virada... É complexo.

Part. n°4: Eu concordo com a participante 6, o 8 e com o participante 5. Acredito que pra gente não errar novamente o feedback dos pontos negativos é muito importante, mas em determinados momentos há uma certa disputa de ego e isso acaba atrapalhando a metodologia que seria a melhora.

Part. n°11: Em relação ao feedback dos amigos, dos colegas, acho que geralmente quem está lá atrás do espelho ao invés de fazer uma observação em relação à consulta, à anamnese, parece que a atuação dele ali era procurar o erro da outra pessoa que estava ali agindo, atuando, para depois no feedback, citar os erros, como se fosse uma metralhadora de erro na hora, isso é muito fácil pra quem está como? Com fone de ouvido, e só esperando a hora da consulta, fala ... nossa, ele esqueceu aquilo, eu acho que é muito fácil, eu acho que além da parte de perceber da atuação do erro é também saber falar o que foi bom para o colega. Não ficar só procurando erro, e fazer um feedback geral não um feedback negativo

Part. n°5: Concordo com o participante 4, 6, 8 e com que o 11 falou agora, porque realmente acho que o intuito é realmente fica.. é o que a 6 falou: é mais interessante você buscar o erro porque o elogio querendo ou não você acaba que ...a que

bom...esqueci daqui a pouco. Mas é que como o 11 falou, tá lá só buscando o erro e na hora de passa, só passa como se só houvesse os erros. Isto realmente acontece, mas pelo menos no meu grupo quando a gente estava na sala de espelho, a professora sempre tentou limitar bem e não teve muitos problemas em relação a isto não.

Part. n° 10: Eu concordo com o que o participante 11 falou porque acho que deve ser uma coisa geral também, como você falou não buscar só os pontos negativos mas assim esses pontos negativos mesmo que seja as vezes um pouco ofensivo tudo, se a gente refletir bem, alguma coisa está errado senão a pessoa não teria percebido que aquilo lá tava errado. Talvez a forma como tenha passado não tenha sido adequada mas nenhuma pessoa pelo menos no meu grupo lá falou um erro meu sem ter motivo, nossa, tem nada a ver. O que ele falou realmente tinha razão. As vezes a conduta que passou foi errada mas em nenhum momento ele falou a crítica sem motivo, em nenhum momento.

Part. n°6; Outra coisa que eu acho necessária é que as pessoas que estão ali naquele grupo sejam informadas que o que acontece ali tem que ficar ali, que as críticas positivas ou negativas sejam debatidas ali entendeu, não é aquela coisa de eu vi oh: fulano de tal fez isso isso na vez que ele foi atender o paciente e, que fale isso com o professor com os alunos e não sai espalhando pra outros grupos, pra outras pessoas da sala entendeu, seja discutido e resolvido ali.

Part. n° 8; É eu acho interessante também que nós, a gente conseguindo passar o feedback pro nosso colega é... muitas vezes a gente consegue também as vezes da um chacoalhão nele, porque as vezes a gente percebe que ele não tá tão interessado, não pesquisa tanto sobre o assunto e coisas do tipo e as vezes a gente consegue, nesse feedback a gente consegue dar um toque nessa pessoa e ela acordar, tipo a eu preciso estudar mais isso porque eu não estou bem e qualquer coisa, e se não tivesse dado, tivesse falado isso ela não ia ter se tocado.

Part. n° 2; Eu concordo com o participante 08 e eu complemento que o feedback negativo não serve só pra chacoalhar aquele que não tem interesse mais também pra colocar aquela pessoa que as vezes se sente onipotente, o dono da razão, de

que não é bem assim ainda falta muita coisa, ela não é a dona da verdade e precisa melhorar em alguns aspectos pra gente discutir.

Part. nº 7; Utilizando o argumento do participante 02, nós como estudantes não temos todo o conhecimento, principalmente empírico de tudo isso, então eu, pelo feedback dos meus colegas, eu me sinto não totalmente avaliado. Acho extremamente necessário que eles saibam como eu estou me sentindo ali, eles estão na mesma posição que eu também por muitas vezes, mais não é completo

5- Quinta pergunta: Como você se sente ao receber o feedback do preceptor que o observou atuando?

Part. nº 4; Eu acho que é extremamente importante, acho que é o ponto que limita uma pessoa às críticas dos colegas, do professor, que é uma pessoa com experiência de vida lá fora, uma experiência de carreira, e ela ali pra te ajudar a melhorar, então as críticas dela te fazem também querer mudar porque é uma profissão que a gente gosta, que a gente quer exercer com qualidade, então a crítica do professor acho que é fundamental pra que não passe batido, não seja aquela prova que você errou, e você vê o seus erros e não houve uma correção. O professor está lá e ele já te passa na hora, e aquilo é extremamente marcante pra você não errar novamente.

Part. nº 08; Eu acho muito legal o feedback do professor, porque além deles no corrigir ali ele consegue com as experiências da época de faculdade dele também na época que ele tava passando por isso, nos acalmar com as vezes algumas angustias que a gente tem, aí eu não consigo pensar no raciocínio clínico agora tão rápido, mais ele fala olha comigo também era assim, foi com o tempo, e dá exemplos, passa a experiência dele, mesmo, pra nós de vida e também essa experiência clínica, olha quando você ver tal coisa você pensa nisso, os macetezinhos também são muito importantes porá nós, e consegue passar pra gente através deste feedback.

Part. nº6; Eu acho muito bacana porque o professor, ele tem a licença poética pra falar pra gente entendeu, ele tem todo um aval de uma história, de uma carreira,

uma formação, de uma experiência que a gente não tem e não vai ter porque o tempo só vai pra frente, e essa hierarquia que só deveria existir a partir dele e não dos outros alunos, porque somos iguais mais há uma hierarquia em relação ao professor, há um certo conforto porque ele por exemplo pode julgar até que ponto vai a nossa personalidade, até que ponto começa a semiologia entendeu, uma coisa que não tá no livro, como é que eu vou mudar meus trejeitos, minha maneira de lidar com o paciente, e até que ponto isso é semiológico, até que ponto isso vem de berço.

Part. n° 5; Concordo com a participante 04, quando ela diz que é o limite entre o que os colegas falam, acho que é bem isso mesmo quando você recebe um feedback negativo que não foi muito bem aceito, acaba que a palavra do professor acaba sendo o limite aí entre duas opiniões, e concordo com a participante 06 que ele, tem todo um, você dá o aval pra ele né, você dá todos os seus ouvidos pra ouvir o que ele tem pra te falar, e no nosso caso nossa professora sempre passou da melhor forma e nos corrigiu perante todos da melhor forma, não sei como seria com outro professor usando esta mesma metodologia, porque da mesma forma que os amigos falam, também tem formas e formas dos professores falarem.

Part. n° 04; Concordo com o participante 05, acho que a personalidade da pessoa que tá a frente disso é fundamental, até pra que ela não cause um constrangimento na frente dos colegas e que aquilo possa realmente ficar marcado pra memória, e não é... aquele limiar entre a humilhação e o feedback negativo, a crítica pra melhorar.

Part. n°10; Eu concordo com a participante 04 que isso daí pra mim foi o crucial, de não humilhar a gente perante os colegas, ver os nossos erros e assim, ela além de julgar, julgar não né, falar qual foi seu erro, ela fala assim que o erro é, não foi especificamente seu, é comum pra ela e pra todo mundo, Todo mundo pode acontecer como isso, ela admite que aconteceu já com ela em outros momentos também, então eu acho que isso daí pesa muito porque a gente tem essa pessoa como um espelho, a gente tem essa pessoa como referencia e ela tratando dessa forma eu acho que fica mais construtivo.

Part. nº 06; Este tipo de gestão do feedback proporcionado por esta tutora em específico, ela até gera alguma certa proteção, porque as próprias pessoas que eram tidas como julgadores natos, eles ficavam intimidados pela soberania pela experiência da tutora entendeu, então ela empunha certo limite em relação as críticas negativas e puramente negativas de algumas pessoas.

Part. nº 05; E o bom da nossa experiência é que você tava lá e quando você ouvi uma critica negativa, tanto da tutora quanto dos amigos, quando passados da maneira correta você fala que bom que eu estou errando aqui tipo, que bom que eu estou aprendendo aqui.

Part. nº 01; Eu concordo com a participante 06, em relação a avaliação da professora, em relação a avaliação dos parti.., dos alunos, porque além dela compartilhar, já ter compartilhado as experiências tudo, ela também ressalta que você estava com o paciente na frente de tantos alunos, então a avaliação não é a mesma, do que quando você tivesse sozinho com o paciente, porque a pressão é muito maior, então ela sempre ressalta isso na avaliação, defende o aluno que foi voluntário nesta experiência, e ela fala os pontos negativo mais sempre dá muito ênfase para os pontos positivos do aluno, daquele aluno né que foi voluntario e dá as características dele mesmo, em como conduzir a consulta... pelo jeito...

Coor: Vou mudar um pouco a ordem aqui e vocês só respondem se tiverem mais alguma coisa pra falar sobre este assunto..

6- Como você vê o papel de preceptor neste processo de aprendizagem sobre observação direta através do espelho unidirecional? Alguém quer fazer mais alguma observação...

Part. nº 09; Então eu vejo uma coisa muito boa porque assim.. ela dá total autonomia pra gente atender o paciente, tanto que ela não fica na sala de consulta, ela fica também atrás do espelho, então você ali é o medico ela apresenta a gente como doutor, então assim... é você e o paciente, depois que ela vai te dar o feedback do que aconteceu se foi correto ou não, as vezes, poucas vezes ela interfere na consulta quando ela vê que a gente está saindo muito do foco, eu acho isso muito

Part. nº 08; Eu acho interessante o fato da tutora ficar ali atrás observando, que ela consegue ver muitas vezes a nossa cara de desespero (risos), quanto a gente não consegue.... não consegue.. não sabe mais o que faz...(risos) se o paciente é um paciente difícil, ou porque fala muito, ou porque fala pouco, ou porque não queria tá ali, tá sendo atendido por aluno... Porque tem isso, muitos pacientes não querem ser atendidos por alunos.. Então ela consegue vê nossas emoções lá detrás, então na hora que ela percebe que a gente tá muito ansioso, muito nervoso, ela entra.. sutilmente, interfere, vai ajudando.. Então acho que esse é um ponto muito legal também..

Part. nº 06: Concordo plenamente com a participante 8. É uma mistura de empoderamento com proteção que a gente tem né. Ela dá a faca e o queijo mas ela tá ali do lado pra te proteger se alguma coisa acontecer..

Part. nº 05: Concordo com o que os participantes falaram anteriormente . Eu acho que ele tá lá e ele acaba lapidando o que a gente...acaba construindo mesmo uma conduta nossa, uma anamnese boa.. e ele pode interferir sempre que for necessário.. Dessa forma que acaba sendo feita a lapidação né.. e o bom é que você chega no final e você sabe que tem alguém lá atrás que tem toda experiência.. que você pode chegar e falar :Como eu fui? Você quer saber esta resposta do seu professor.

Coord: Vou retornar ao feedback .. se alguém quiser também fazer mais alguma observação..

7- Você achou que os feedbacks, tanto dos colegas como do professor contribuíram para o seu aprendizado? Se contribuíram, como contribuíram?

Part. nº 05: como eu falei anteriormente, com certeza contribui, mesmo que tenha sido passado de uma maneira grosseira, contribui porque você repensa aquilo que você fez, você vê os pontos que você errou e todos os pontos que você errou, com certeza você sempre vai lembrar deles e não vai errar na próxima. Então acaba que chega uma hora... nunca vai se ideal, a gente nunca chega no perfeito, mas sempre você tá aprimorando cada vez mais.

Part. nº 08: Eu acho que o feedback.. ele não é só importante pra.. pra correção dos nossos erros em relação à anamnese, a exame físico... mas também gerar conhecimento.. por exemplo: se chega um paciente com uma doença que a gente nunca viu, ou com um sintoma muito raro que a gente nunca viu.. é... como não são encontros únicos é.. a gente vais retornar num outro dia, não com aquele mesmo paciente mas com o mesmo grupo, é.. se não conseguir se sanada a dúvida do que era aquilo a gente consegue estuda pra trazer respondido.. pra ter conhecimento sobre aquela doença... aquela patologia que a gente viu pela primeira vez. Então acho muito válido isso também.

8- Qual o seu sentimento no início e no fim do atendimento ao paciente?

Part. nº 08: No começo da consulta é... principalmente no começo das primeiras consultas eu creio que é um pouco assustador porque... como eu disse anteriormente é.. muitas vezes é o primeiro contato que a gente tá frente a frente com o paciente, exclusivamente eu e o paciente porque a maior parte das vezes antes era eu, um colega e o paciente, então o colega dava aquela ajuda. Agora não, te põe lá, aí dá aquele branco de começo aí você vai indo.. e o paci..vai fazendo a relação médico paciente e no final tá bem melhor que no começo, já.. através da relação médico-paciente melhora a fluidez, eu consigo sentir o que o paciente... como que ele é, se ele é um paciente receptivo ou se ele é mais travado, tá mais... como que ele tá naquele dia... pra eu seguir a minha consulta também.

Part. nº 02: Pra mim no inicio da consulta é um total... desespero pessoal (risos) até você estar sentado lá na expectativa de um paciente, você não sabe quem vai vim, se é uma consultavocê não sabe qual o caso que vai vir, só que a partir do momento que a consulta vai se desenrolando, você vai colocando tudo que você tem na sua cabeça em prática, por partes, com calma. Chega no fim da consulta, o sentimento do dever cumprido e... vamos aguardar o feedback.. (risos)

Part. nº 01: Concordo com tudo que já foi dito pelos participantes e acrescento que é desesperador no começo, mas no final você se sente aliviado, além do mais quando você percebe que o paciente está satisfeito com o seu atendimento e isso é... eu acho que não tem nada mais gratificante. Independente do feedback, você já vai

embora feliz mesmo seus erros e acertos, seja lá o que for, você já sai satisfeito porque o paciente gostou do seu atendimento, o paciente gostou da sua postura.

Part. nº 09: Acho que o primeiro sentimento, das primeiras aulas, do primeiro contato que você tem dessa forma de aprendizado é insegurança, pelo fato da gente não confiar no que a gente sabe mesmo e que você tá sozinho pela primeira vez que é nesse primeiro contato, mas é igual todo mundo já falou, depois que você começa a desenvolver esse vínculo, essa parte, relação médico-paciente, que você consegue organizar na sua cabeça, que você começa pegar um pouco mais de prática nisso, eu acho que o sentimento de insegurança passa a ser de satisfação, que você tá fazendo um bom atendimento, tá conversando, tá dando atenção pro paciente e eu vi que todas as consultas que eu pude participar, todos os pacientes saíram muito satisfeitos e isso é muito gratificante.

Part. nº 10: Eu acho que no início o sentimento de angústia, assim de medo de errar e se julgado assim bastante, e de falhar na frente do paciente também, mas aí com o desenrolar da consulta..tudo, eu acho que esse sentimento vai mudando, parece que desaparece essa sua angústia e medo, e você põe em prática seu conhecimento, o que você pode fazer lá no momento, e depois que o paciente vai embora, a doutora dá o apoio, assim você se sente um pouco mais seguro do que você tava fazendo, e aquele sentimento de que eu tô melhorando, de que eu tô entrando em crescimento assim... É isso mesmo..

Part. nº 07: Eu concordo com que o que todos colegas disseram aqui anteriormente, as primeiras vezes que a gente vai pra prática com o paciente, as vezes a gente realmente passa momento de tensão, de nervosismo, pra pode coloca aquilo que a gente tá vendo na teoria e.. finalmente te contato com o que a gente vê como medicina, mas eu acho que tem uma diferença muito grande quando a gente utiliza sala de espelho, porque uma coisa é você estar num consultório só você e o paciente, e outra coisa é você ter mais 10 ou 15 colegas te observando mais o professor que já tem toda prática te observando também. Então você acaba tendo medo de acertar ou não aquilo que você tá aprendendo, medo de ser julgado ou não, medo do professor te avalia bem ou não... Isto acaba interferindo também dentro da consulta, isso pode dar nervosismo maior ainda, Com o tempo, lógico, a

gente acaba acostumando e vendo que isso é um momento muito válido mas eu acho que é muito diferente, você tá sozinho e você tá dentro da sala de espelho.

Part. nº 05: A participante 10 usou a palavra que eu ia usar, que acho que é uma angústia, quando você tá lá, você tá pra chamar o paciente, dá você tá totalmente angustiado, ansioso, só que daí você chama o paciente, daí você começa a anamnese, começa uma construção de relação médico-paciente, você vai tranquilizando. Só que quando você tá tranquilo, você vai para o exame físico (risos dos participantes), daí volta toda angústia e ansiedade de novo. Então acho que tem esse ciclo dentro do exame clínico geral, Só que daí, a partir do momento que você adquire confiança, já.. o exame físico já vai ficando tranquilo também e a sensação no final mesmo de tudo, como eu já falei, eu acho, pelo menos pra mim, é saber do tutor e ouvir também dos colegas, como você foi.

Part. nº 06: Eu acho engraçado que a primeira palavra que eu pensei aqui foi medo e vergonha, mas este medo e essa vergonha a gente para para pensar e isso é em relação ao tutor e ao grupo porque a partir do momento que você tá com paciente, as coisas vão mais tranquila, você fica com medo e com vergonha no julgamento que está acontecendo por trás do espelho na verdade. Você fica ansioso e às vezes você descoordena um pouco a sua semiologia por causa dessa ansiedade e tal, do tutor e do colega. Tanto é que na hora de escolher a pessoa que vai lá pra sala de ..pra consulta, vira um jogo de empurra né – não.. vai você... vai você.. vai você...porque (risos) nunca se sabe né, ao final dessa consulta muitas vezes a relação médico paciente é tão bem construída, justamente porque muitas vezes o paciente, ele não sabe como é uma semiologia, então o que você fizer com ele com respeito e com carinho, ele vai ter aquilo como uma coisa positiva, então aquela relação médico-paciente é positiva ... que o sentimento é de realização.. sabe... é aquela coisa de :Quando eu crescer, eu quero se médico mesmo (risos).

Part. nº 011: Eu acho que na sala, durante a consulta, acho que o início é tão angustioso para o paciente, é avisado para ele que tem pessoas observando tempo todo ali atrás tem a angústia do próprio paciente e ainda é maior da gente que vai tá ali de certo modo robotizado por que o que você é cobrado ali é uma anamnese e a anamnese tem não sei quantas perguntas, a gente vai seguindo o

Porto, o Porto tem então no começo na identificação fica aquele negócio robotizado então fica aquele negócio de esquece, não esquece. Bom

aí com a própria preocupação da consulta, eu acho vai saído da robotização e vai sendo de forma natural e é por isso que normalmente ninguém erra identificação, ninguém erra nenhum critério e a gente erra mais depois porque onde você tenta mais se junto do paciente, te esse vínculo com o paciente, então você sai da robotização e começa aí a parte natural então você acaba esquecendo alguns critérios, é por isso que na maioria dos feedbacks a pessoa fala assim, acabou a consulta, a pessoa fala assim– nossa, esqueci aquilo! nossa esqueci aquilo! Poxa vida, porque a pessoa sai mas o foco, o ambiente

Muitos pacientes já fizeram questão de ser atendido por aluno, porque teve vez da nossa professora fala que tinha fila, a secretaria fala que tinha fila para ser atendido pelos alunos e os alunos é que escutavam eles. Então eu acho que no começo teve muitos pontos negativos mas depois os próprios pacientes, ali pelo menos, a maioria fazia questão de ser atendido pela gente, questão de ter retorno com a gente.

Part. nº 08: Acho que as palavras, a gente pode dividir o começo e o final da consulta em palavras. As palavras do começo seria angústia, desespero, pânico de tá lá e o final, pelo menos comigo, pra mim a maior palavra é orgulho do que eu consegui fazer, orgulho de ter tido a coragem porque como a participante 6 falou- é um empurra, empurra lá atrás - ó vai você , não, hoje vai você, não vamos fazer um sorteio... Então a coragem de você te ido lá, sentá e esperá ser julgado por todo mundo, não saber que paciente que está chegando, a coragem de... o orgulho de ...tipo- Nossa o que eu to estudando eu to conseguindo faze aqui, eu tô... nossa é isso mesmo que eu quero pra minha vida, tô... é medicina mesmo. Então pra mim a palavra final de uma consulta é orgulho do que eu tô fazendo e do que eu conquistei até agora.

Part. nº 04: Eu concordo com o que todos falaram, do sentimento de angústia, principalmente do participante 05, de que acaba sendo um ciclo de angústia quando você chega no exame físico, é ... a gente acaba às vezes não esquecendo que tem pessoas lá, e é isso que deixa a gente um pouco nervoso. Mas eu acho também que por ter pessoas assistindo a gente, muitos são nossos até amigos pessoais e tem

um professor que tem uma carreira e que a gente tem que certa afinidade, isso acaba influenciando a gente a estudar um pouco mais em casa, que essa parte de semiologia que a gente teve no nosso primeiro ano e no nosso terceiro ano na sala de espelho, foi a parte fundamental para a gente poder saber fazer um roteiro de uma consulta de anamnese, exame físico geral, então isso acaba influenciando a gente a estudar para a gente não querer passar vergonha na frente destas pessoas.

Part. nº 05: Eu concordo com a participante 10, que realmente é muito bom quando você vê, você vê uma evolução a partir do momento que você começa e quando você termina o seu ciclo lá dentro e essa evolução é muito boa quando você percebe ela. Tanto que no começo quando a pacien... participante 6 falou; no começo é um empurra empurra pra vê quem que vai fazer a anamnese e exame físico e aí nos últimos encontros na sala de espelho acaba saindo tão natural e as pessoas têm vontade própria de tá lá dentro. É, acho que lá dentro você acaba conhecendo a Medicina como a participante 8 falou e daí depois disso vem a realização que a participante 6 falou que é realmente ...

Part. nº 02: Usando as palavras que a participante 8 usou, orgulho, angustia e orgulho, satisfação, acho que dá pra gente colocar as duas em uma balança, sendo que no início da sala de espelho a angustia está pesando muito mais que a satisfação e entre elas tem uma linha muito grande que é o tanto que a gente tem que trilha e chega nela. Conforme vai passando, a gente vai treinando, treinando, a balança vai se invertendo, a angustia vai diminuindo e a linha vai ficando cada vez mais curta e a gente consegue chegar mais fácil nela.

Part. nº 10: Eu acho que para complementar o que o participante 2 falou, eu acho que para mim foi superação mesmo, acho que porque pra mim, eu sempre tive muita dificuldade e fazer, ser personagem pra fazer aquilo lá foi uma questão pra mim de superação pessoal mesmo, de tá lá e melhora cada vez mais no momento da anamnese.

Part. nº 03: Também concordo com a participante 10 que lá na sala de espelho a gente se supera, ajuda muito, na verdade a gente também no começo tem muita ansiedade, vem branco, a gente esquece bastante coisa e aí depois a gente

vai ficando mais calma, vai tendo paciente, a gente vai aumentando o vínculo, vai melhorando, vai lembrando as coisas e é onde se sente mais realizado e grata.

9- O que você diria para melhorar a qualidade do ensino na sala com de espelho unidirecional?

Part. nº 09: Eu acho que isso que eu tinha falado de ponto negativo de você não ter a continuidade com o paciente que você atendeu, de você não saber qual foi a resolubilidade daquilo que você teve... que você começou a fazer, entendeu? Acho que este feedback seria interessante também.

Part. nº 06: Uma coisa mais relacionada à estrutura, por exemplo o áudio, a sala fosse melhor preparada para entender, porque às vezes o áudio fica tão baixinho ou o paciente fala baixinho, entendeu? E a gente não consegue capta o que está acontecendo e a gente perde grande parte da consulta, tanto como ele falando baixo ou se locomovendo dentro da sala, com o exame físico, não dá para escutar. Outra coisa é em relação a ... nada .. um momento..

Part. nº 11: Teve um caso comigo, eu acho muito importante não intervir a professora, acho legal vê até aonde o aluno vai, só teve um caso comigo que o aluno ficou muito perdido... começou ... saiu da zona de conforto, começou pedir opinião, começou dá um vexame, foi o maior erro de radicalizar essa não intervenção, porque eu acho que naquele momento a professora vendo aquilo lá podia ter entrado na sala, ter mudado a história, mudado o curso daquela situação porque saiu da parte de consulta e começou fica um negócio chato tipo visão do aluno e visão do paciente pra gente. Isso foi um caso que teve, não generalizo mas eu acho que tem que se maleável nessa hora de intervenção para vê até aonde se é bom intervir.

Part. nº 7: Como foi levantado da crítica ao feedback dos colegas, por questão de falta de conhecimento deles, a minha sugestão seria ter a presença de mais professores ou então colegas de outros períodos que tem mais conhecimento. Eles vão ter uma capacidade maior de criticar você dentro da sua anamnese, do que você está colocando em prática, se você realmente aprendeu ou não, se tá tendo bom raciocínio clínico ou não, se o exame físico tá sendo correto ou não.

Part. nº 4: Eu concordo com o que o participante 11 disse e eu acrescento que ... como na minha experiência, do meu período passado te alguns alunos que passaram o semestre sem passa pela sala de espelho, eu acredito que haja... que o professor tenha mais controle de quem participou, pra que todos passem por esta experiência porque o que aconteceu.. a história que o participante 11 contou que aconteceu com o aluno que se perdeu dentro da sala de espelho, isto poderia ter acontecido sem a presença do professor e quando o aluno não passa por esta experiência, ele não consegue ver qual... aonde ele pode melhorar e qual que tá sendo o erro e qual que tá sendo os acertos dele. Como a paciente 10 tinha falado anteriormente nas outras questões que há uma certa inibição e há uma ... as pessoas acreditam que elas não tem capacidade de fazer aquilo, elas não sabem... elas não se jogam , entre aspas, e elas não sabem medi o conhecimento delas, e se ela não passar por essa experiência e passa sozinha que é quando a gente ou tiver internato ou já tive nosso CRM, acredito que pra nossa profissão seria muito mais perigoso .

Part. nº 6: Outra coisa, acho que seria conveniente no começo dessa sala de espelho , quando você está entrando lá, que seja exposto para os alunos tudo que aquela sala permite, em relação a pedir exame, a.. encaminhamento, consulta x, ou retorno. Que muitas vezes a gente chega lá, faz o raciocínio clínico só até o exame físico, entendeu? Num começa a pensar eu vou pedir isso aqui para tal pessoa porque depois eu quero ver isso aqui, hemograma tal, tal, tal, entendeu? Então no final agora do terceiro ano, a gente descobriu que podia pedir todos os exames, fazer o encaminhamento, fazer com que eles voltassem, vê de novo esse exame. Então seria interessante se tudo fosse exposto antes de começar.

Part. nº 11: Eu discordo da participante 7 em relação a ter outros alunos juntos, ambos dentro da sala de espelho, só pelo fato de que eu acho que eles não são capazes de ter este julgamento, mesmo que sejam mais velhos, mas eles estão cursando ainda e eu acho que o papel da professora seria esse, de julgar da forma ideal. Esse só dando.... no caso que já tem o áudio, no meu caso eu citei porque eu não queria passa por aquilo que o aluno passou, porque chegou um momento que o aluno não sabia mais o que era certo , a gente não tava vendo mais quais eram os pontos errados dele, estava fazendo praticamente tudo errado e não é julgando a

pessoa é que eu não queria que os meus outros outros alunos tivessem a visão que tiveram dele naquele dia. Acho que essa parte foi um pouco chata vamos dizer, acho que deveria ter tido a intervenção da professora.

Part. nº 1: Eu concordo com o que o participante 11 falou porque esta experiência também pode se tornar um trauma pra esse aluno, que já chegou nervoso, viu que começou a ocorrer tudo errado e ele se sentiu um pouco sem ajuda, não sei, não posso dizer porque não estava presente mas já que o participante disse, eu ia me sentir desesperada e ainda mais como eu entrei e até pensar que eu tava sozinha nessa.

Coordenador

Mais alguma sugestão ou observação sobre a sala de espelho? Então está encerrado, obrigada.

Grupo focal da Bete Arroyo de 1 de dezembro (GFB)

Primeira pergunta: Quais são os pontos positivos do processo de ensino de semiologia realizado na sala de espelho?

Participante 04: Eu acho que permite a gente é.. fazer na prática sozinho tudo que a gente aprendeu, colocar isso em prática junto com o paciente como se fosse uma consulta verdadeira, e permite que além do professor...é avaliar, os colegas possam... é tirar algumas dúvidas, o que ele acha que ele tava fazendo errado ou que ele acha que era certo e saber comparar de uma maneira que torna o aprendizado mais rico pra todo mundo.

Participante 07: Eu acho que permite a gente criar certa segurança pra poder ir pra prática real e sanar os erros que a gente tiver no ambiente seguro junto com o tutor.

Participante 5: Ao mesmo tempo que a agente encara o medo de tá atendendo alguém sozinho, a gente se sente seguro porque na verdade a gente não tá sozinho, a gente tem o apoio tanto do professor quanto dos colegas que tão ali atrás olhando.

Participante 9: Concordo com os demais, e o melhor é a proximidade entre os pacientes, da gente como profissional com o paciente e o acolhimento, é...assim eu acho interessante.

Participante 8: Eu acho que a gente cria um cenário bem real, mas que ao mesmo tempo a gente tá sendo vigiado pela nossa tutora e os alunos podem depois tá observando e também criticando, então isso é bom pro conhecimento.

Participante 6: Como todo mundo falou a gente simula o que é real mesmo e, outro ponto que eu vejo como positivo é que com o erro dos outros a gente aprende pra não cometer novamente esses erros.

Participante 3: Também concordo com todo mundo que o legal é a gente vivenciar essa prática com menos insegurança, apesar de tá sendo vigiada por todos os outros, a gente aprende com os erros dos outros e também vivencia muito mais na prática de forma bem real.

Participante 7: E é mais divertido fazer essa prática do que ficar só na teoria, antes de partir pro cenário real.

Participante 5: Eu acho que também além do aprendizado, pode ser uma ferramenta muito útil na avaliação desse modelo do PBL, foge um pouco daquela avaliação tradicional, eu acho que pode ser uma ferramenta também.

- Segunda Pergunta: Quais são os pontos negativos do processo de semiologia realizado na sala de espelho?

Participante 3: O único problema seria a exposição dos outros alunos mais isso a gente tem que ter, isso vai acontecer de maneira prática.

Participante 2: Eu acho que muita gente acaba perdendo a timidez ou o medo de errar, a vergonha de às vezes acabar errando no cenário real, porque vai passando por essa simulação e acaba sendo observado pelo resto da sala que são amigos então aos poucos vai se tornando uma situação mais confortável.

Participante 1: Eu concordo com os participantes 2 e 3 porque eu acho que conforme se vai adquirindo essa prática, você vai perdendo a vergonha né, e é um, de principio é um ponto negativo ninguém quer ir por medo de errar e todo mundo ver.

Participante 10: Eu concordo com o numero 1 que é ruim porque você fica exposto a opinião dos outros colegas, e também que há um erro técnico quanto a, o microfone que às vezes faz com que os alunos não ouçam o que tá sendo dito dentro da sala.

Terceira pergunta: O que você entende por feedback?

Participante 4: Eu entendo como sendo a resposta..é..do tutor para o aluno e da mesma forma do aluno para o tutor, do aluno para o grupo e do grupo para o aluno.

Participante 5: Eu acredito que seja levantar os pontos positivos e negativos...é..da...do que a pessoa fez, tanto pelo professor quanto dos outros colegas e ajudando na aprendizagem.

Participante 1: Eu concordo com a participante número 4, é uma forma de resposta da sala e do professor pro aluno que ta dentro da sala de espelho como forma de aprendizagem mesmo, uma resposta ao que foi feito.

Participante 6: Concordo com a participante número 1, eu vejo como sendo uma crítica tanto construtiva né esse feedback mostra pra gente, a gente vê o certo e o errado, e é uma crítica tanto construtiva em todos os aspectos, porque aquilo que a gente errou a gente vai encarar de uma forma pra não cometer de novo.

Participante 3: Concordo com todos porque esse feedback acaba sendo mais importante porque a gente vê o que a gente errou e, enfatiza o que é mais importante os pontos positivos e os negativos pro nosso aprendizado.

Quarta pergunta: Como você se sente ao receber o feedback dos seus colegas que o observaram atuando como examinador?

Participante 8: No início a gente fica um pouco inseguro, mas sabe que é, por estar de fora sempre vê mais do que a gente que tá lá dentro fazendo o cenário então é sempre produtivo e pro seu crescimento.

Participante 5: Eu acredito que quando a crítica ela é, ela é com respeito e bem disposta ela só vai acrescentar no aprendizado de cada um.

Participante 10: Eu acho muito importante também a opinião de quem tá de fora, porque eles geralmente estão mais calmos do que quem está ali dentro então acho que é uma análise bem importante.

Participante 7: Eu acho importante também que exista essa crítica pelo que os outros colegas falaram, mais eu acho que devia ser melhor ensinado como fazer a crítica pros estudantes, porque acaba virando uma coisa meio que , não sei se bem pessoal assim, mais eu acho que precisava ser melhor ensinado como fazer a crítica.

Participante 4: Eu concordo com a, o décimo do grupo que comentou e acrescentando que a número 7 falou, tem que ensinar, ensinar entre aspas né, pros alunos quais pontos..é...serem avaliados daquele participante, apresentação, o conteúdo, porque às vezes muitas coisas acabam se tornando pessoais do que educativo.

Participante 9: Eu concordo com a 4 e a 7 falou, porém também tem que ensinar pra quem recebe a crítica.

Participante 7: É que eu entendo que uma vez que ensine pra todos como fazer a crítica, você acaba absorvendo também como receber a crítica, porque você vai tá entendendo o que é que tá te analisando e você vai entender como analisar também.

Quinta pergunta: Como você se sente ao receber o feedback do preceptor que o observou atuando?

Participante 4: Eu acho isso muito importante porque ele é a pessoa com o máximo...é...de não valores, mas educativo, assim, que mais pode falar naquela hora, então tanto o que ele achou de positivo quanto o que ele achou de negativo eu acho muito importante o feedback que ele dá pra gente.

Participante 7: É o tutor que vai moldar nossa atitude na prática lá fora, então é muito importante o que ele tem a dizer pra gente, mas mais uma vez, eu acredito que aqui tem que se puxar um pouco mais, como falar, exigir um pouco mais do aluno porque às vezes ele pega um aluno mais quietinho e não exige tanto dele acaba deixando ele de lado, porque os grupos de semiologia são grandes, e aí acaba focando mais em outros e deixando alguns de lado.

Sexta Pergunta: Você achou que esses feedbacks contribuíram para o seu aprendizado? Se contribuíram, como contribuíram?

Participante 2: Eu acho que os feedbacks contribuem bastante quando bem aceitado pelo aluno né, bem aceito pelo aluno, foi o que a gente tava falando na pergunta, quando o aluno não aceita crítica ele não, não tenta melhorar o que ele errou, e acho que esse feedback é muito importante pro aprendizado porque quem tá de fora realmente tá mais calmo, consegue perceber mais erros de quem tá dentro da sala de espelho não percebe que cometeu, então esse feedback acaba sendo bem importante.

Participante 6: Bom no meu caso por exemplo, eu vejo que eu evolui bastante com os feedbacks dos professores, no começo eu tinha muita dificuldade assim de timidez mesmo, mas com o tempo eu fui vendo que o professor falava, você pode ser assim, você não tenta ser mais assim, como diz, mais ah, perder mesmo a timidez, de se entregar mais, de vivenciar aquilo como se fosse o cenário real mesmo, então eu evolui bastante eu vejo isso no meu ponto de vista.

Participante 8: Eu também acho que esses feedbacks melhoraram muito meu desempenho, porque coisas que antes eu não percebia, agora na hora da consulta que a gente vai pra prática a gente lembra de coisas que foram puxadas no feedback do tutor.

Participante 1: Eu concordo com a participante 6, eu acho que o feedback é essencial pro crescimento do aluno, e pra você aprender com os erros também, conforme você vai recebendo esse feedback você vai conseguindo mudar, até se aperfeiçoar.

Participante 10: Eu concordo com a participante 8, porque o que a gente aprende..o feedback que a gente recebe principalmente na prática é o que mais a gente lembra no momento mesmo real.

Participante 5: Eu acho muito importante, porque não só avaliando ponto positivo e o ponto negativo, nesse feedback..é..como se fosse um.....detectasse a maneira, a maneira que você tem que fazer pra melhorar, então você acaba mudando com o tempo de uma forma que você passa deixar de errar sempre a mesma coisa.

Participante 3: Concordo com a participante 1 que, como a gente havia dito, que o tutor, esse feedback é o mais importante e pra melhorar realmente os nossos erros e quebrar esse ciclo vicioso né que a gente acaba cometendo sempre os mesmos erros e com ele focando nisso a gente vai melhorando.

Participante 7: Não só isso né, não só a parte de erros, mas também a parte que a gente acerta, a gente tem.. é confiança pra chegar lá e fazer.

Eu vou repetir a pergunta porque eu acho que alguns participantes me perguntaram...é você achou que esses feedbacks contribuíram para o seu aprendizado como?

Participante 7: Me dá confiança pra eu poder fazer na prática, e como a gente acaba fazendo estágios junto com a faculdade, a gente consegue comparar como realmente da essa confiança.

Participante 5: Também consegui ter mais confiança, e hoje eu consigo abordar o paciente de uma melhor maneira, estabelecer uma melhor relação do que antes de ter as simulações.

Participante 3: Deu mais segurança, mais confiança, mais autonomia.

Sétima pergunta: Qual o seu sentimento no início e no fim do atendimento ao paciente?

Participante 4: No início tem um grande nervosismo de querer fazer tudo certo, de acolher o paciente bem, dele se sentir seguro e confiante junto com você, e no fim quando você termina e você foi bem, é bem prazeroso, às vezes quando você não consegue continuar e ver que aquele dia não foi tão legal, me sinto às vezes chateada mas, me faz querer ir atrás e estudar aquilo melhor, pra no próximo não errar na conduta em um atendimento.

Participante 10: Acho que no início é muito apreensivo, dá muito medo principalmente em relação ao paciente que tá ali sabe que você é estudante então você tem que passar toda uma segurança, e também em relação aos colegas, ao professor que vai tá te observando, mais no final quando você, conforme vão passando o atendimento você percebe que, você esquece na realidade que essas pessoas tá ali atrás, você nem lembra mais que eles tão ali, então o final é muito prazeroso.

Participante 1: Eu concordo com as participantes 4 e 10, acho que de início a gente tem uma tensão com medo de fazer errado ou medo de esquecer alguma coisa, algum procedimento que nos foi ensinado, e no final é prazeroso você pode até se surpreender com seu resultado e é uma forma de você analisar a sua capacidade.

Participante 9: Eu concordo com as meninas, no início há insegurança, mas no final da até mais motivação pra você buscar as coisas e fazer melhor.

Oitava pergunta: Como você vê o papel do preceptor nesse processo de aprendizagem sobre observação na sala de espelho?

Participante 2: Eu acho que o papel do preceptor é fundamental principalmente pra quem tá dentro da sala porque a gente quando tá ali sente nervoso e medo de errar, mais a gente sabe que se alguma coisa tiver indo muito errado o preceptor vai sair de lá de trás e vai agir na hora que a gente precisa então acaba dando uma confiança pra gente conseguir tornar mais real a simulação.

Participante 10: Eu acho muito importante porque quando a gente tá em ambulatório não existe o espelho, você não se sente respaldado por alguém e ali na sala de espelho tem o preceptor que a qualquer momento ele pode sair e te corrigir.

Participante 7: Eu acho que o papel do preceptor é direcionar a gente nos nossos erros e nos nossos acertos, ali no caso da sala de espelho é uma consulta, então ele vai passar com o preceptor com o médico depois que a gente fizer essa consulta nossa, eu só acho que o preceptor tinha que sair no final de tudo, e não ficar interrompendo, porque muitas vezes você pode até cometer algum errinho alguma

coisa ali, mais que ao longo da consulta você mesmo pode se corrigir, mais ai muitas vezes o professor, o tutor ou preceptor já sai pra te corrigir eu acho que isso me atrapalha um pouco.

Participante 4: Eu concordo com o que todas as participantes falaram até agora, complementando o que a que participante 7 falou, eu também acho que o preceptor poderia dar o respaldo dele não durante a consulta, porque até quebra um pouco a seriedade, o clima que você tá tendo com o paciente, é então eu acho que ele poderia sair no final e até porque se você errou aquele erro vai ser comentado no feedback, mais é fundamental sempre ter alguém por trás de você te cobrindo de certa forma.

Participante 3: Concordo com a participante 10 e discordo um pouco da 7 porque eu acho que é muito particular isso do professor, do tutor dele interferir ou não, porque às vezes é sim importante interferir um momento, às vezes pra gente a gente acha que não, mais se ele intervir é porque realmente tava precisando.

Participante 6: Eu concordo com a participante 3, discordando com a participante 7, porque eu acho que às vezes a gente acaba entrando em situações assim na consulta por exemplo que a gente não consegue achar um meio de sair dela, ai vem o preceptor e ajuda como uma salvação eu diria assim, pra ajuda que como a gente não tem experiência então vem o preceptor agindo desse jeito.

Participante 1: Eu acho importante a parte de que o preceptor ele analise e transpasse pra gente um pouco da experiência que ele tem, e eu discordo em partes com a participante número 7, porque eu acho que às vezes a gente ainda tem uma certa insegurança e principalmente na parte de exame físico, assim na anamnese eu até concordo, que eu acho que atrapalha, mais no exame físico eu acho que a gente precisava ser um pouco mais guiado e ai eu acho importante a presença do preceptor na sala.

Participante 7: Eu não quis dizer como se a gente fosse estar desamparado do direcionamento do tutor eu só acho...é...a gente vai ter esse feedback a gente vai ter essa ajuda, mas não no meio da consulta não necessariamente no feedback quando o paciente já foi embora, mas muitas vezes ele pode esperar até a hora que ele vai entrar na sala pra ele fazer a consulta do paciente e ai ele fala ó lembra naquela hora que você engasgou então era assim, porque às vezes aquela....aquele participante número 4 tinha falado às vezes acaba estragando (risos).

Participante 5: Eu acredito que o preceptor ele vai ter a sensibilidade de detectar a necessidade do aluno, tem aluno que não tem necessidade de intervir tanto, e tem aluno que precisa desse apoio porque ele já é mais tímido, já mais retraído, às vezes não consegue por seu conhecimento em prática e precisa sim de ta ali do lado a presença física do preceptor pra ta ajudando pra não tornar aquela experiência traumática.

Participante 9: Concordo com a 5 até porque que às vezes a pessoa pode sair do foco e dispersa a própria semiologia, isso seria ideal o preceptor entrar e voltar um pouco o foco.

Nona pergunta: O que você diria para melhorar a qualidade de ensino na sala de espelho?

Participante 7: Assim, a coisa que mais pegava pra mim, mais agora pelo que eu vejo tá mudando e acho que já ta melhorando né, é que como nós somos em muitos alunos e às vezes o grupo acaba sendo grande, muitas vezes tem que entrar na sala de espelho grupo de três alunos pra fazer uma consulta e eu prefiro que seja só um, só um aluno.

Participante 8: Eu acho importante assim todos passarem porque quando às vezes a gente passava não foi todo mundo que passou, então ficar de fora é importante, mas também estar lá era importante também você sentir os dois lados, então é importante todos passarem e quanto mais assim...eu acho que o o feedback que já foi falado ser preciso e ser bem analisado melhor, porque não só fala assim a você foi bem, mais em que eu fui bem? Foi no exame físico? Quanto mais você for específico na hora ali explicando mais a gente guarda, então é bom, algo pra melhorar.

Participante 1: Eu concordo totalmente com a participante numero 8, eu acho que é essencial ter esse feedback e na parte de, que ela falou da, é isso de todo mundo participar porque por mais que no começo a gente esteja inseguro conforme você vai assistindo os outros você vai adquirindo segurança né e mais confiança então até o final do módulo é possível que todos adquiram essa confiança e queiram estar la também, é isso.

Participante 6: A minha sugestão é que a gente tenha essa sala de espelho pra outras especialidades, que a gente fez só com a Dra. Bete de clínica, mas outras especialidades como pediatria, neurologia, o exame, pra gente colocar em prática o que a gente ta vendo nas outras especialidades.

Participante 7: Eu acho que seria útil também se a gente pudesse de alguma maneira ter um segmento daquele paciente que a gente atendeu porque fica meio perdido a gente não sabe o que que foi feito pra onde ele foi.

Participante 3: Eu concordo totalmente com a participante 8, e seria importante todos passarem até por que tem gente que às vezes não passa e na hora às vezes não da tanta importância no momento e também dispersa, e por ser muita gente que tá lá atrás outra que teve...uma forma de tá sei lá sendo alguém, não fiscalizando mas que todo mundo tivesse atento né, mas acho que vai da pessoa isso é importante que todo mundo passar pra valorizar aquele momento e também concordo com a 6 de passar isso, de ter em outras especialidades seria assim extremamente importante.

Alguma pergunta que eu não fiz sobre sala de espelho, alguém tem mais alguma coisa a dizer?

Então está encerrado.

Grupo focal do dia 10 de abril - GFC

Primeira pergunta: Na sua experiência quais são os pontos positivos no processo de ensino semiologia realizado no laboratório com espelho direcionado, sala de espelho? Pode por favor, justificar quais são os pontos positivos do processo de aprendizagem.

Número 10: Eu acho que o que mais foi assim...importante pra mim, foi a questão da gente poder ficar atrás acompanhando uma consulta...é....de uma forma mais realística porque o paciente por mais que o professor falasse que a gente tava lá, fica mais real do que a gente tá junto inibiria eles de falar alguma coisa que se a gente tivesse lá eles não falaria.

Número 5: É eu acho que da parte da gente tá observando, mesmo uma situação que é simulada, mas que acaba sendo mais próxima do real, com paciente real, é... aí fica aquela questão da semiologia com o paciente mesmo e acaba sendo tanto pra quem tá lá dentro quanto pra gente que tá observando, acaba sendo bem proveitosa.

Número 1: O mais interessante é que você tem....é...os dois polos né, atrás do espelho que é como assistir todo o cenário e durante a consulta, e quando você vai pra consulta mesmo e você sabe que seus colegas estão atrás do espelho você tem

uma pressão enorme, então eu acho que seria bem semelhante mesmo com a rotina de toda a responsabilidade que você diante do paciente.

Número 3: Eu acredito que a partir da observação dos nossos colegas atuando e a gente observando atrás do espelho, a gente consegue discutir sobre as falhas e isso impede que a gente cometa as mesmas falhas, então isso tá no ponto positivo, é uma vantagem pra quem tá atrás conseguir apontar as falhas pra melhorar cada vez que a gente for atuar.

Número 2: É... então como todo mundo já falou que é uma situação bem realística, entrar que realmente é uma consulta, eu acho que é bem importante a gente conseguir ver como é a forma que o paciente age e todos os imprevistos que a gente vai tá...é....vai acabar encontrando no decorrer de uma consulta, então a gente consegue ver como levar esses imprevistos e como recorrer.

Número 6: Eu concordo com o 3 e em partes com o número 1, porque o número 3 falou que ajuda a fixar, e eu concordo tanto você sendo o examinador quanto estando atrás assistindo e em partes com o número 1 porque você tem um pouco de pressão de saber que tem gente te olhando, mas ao mesmo tempo você tem essa impressão, quando você tá lá dentro você não se sente assim, porque...pelo ambiente, sei lá, parece que você tá numa consulta normal e sai disso de não ter ninguém te assistindo.

Número 3: Eu também concordo com o número 3...é.....acho que aprender com os erros é a melhor forma, avaliar o erro dos colegas é bom e também a partir do momento que a gente tá atendendo e comete erros comuns isso faz se atentar mais, e muitas das coisas que eu errei lá eu consigo ver que hoje, eu consigo lembrar por conta das atividades que a gente teve lá.

Número 9: Eu acho que assim...eu acho que a questão de quando tá o grupo lá atrás de quando tá todo mundo no mesmo cenário então a gente consegue apontar que conduta, ou apontar o que é certo e o que é errado, porque é um grupo maior que tá vendo o mesmo cenário e o tipo de ação acontecer, e que às vezes se você tivesse numa sala com dois alunos e tivesse um caso e acontecesse alguma coisa interesse e vocês discutindo é diferente do que você tá ali presenciando.

Número 4: Eu concordo com o que o número 3 e o número 10 falaram e também com o que o número 6 falou, quando você tá lá por mais que você sinta a pressão de saber que tem muita gente te analisando, você encarna tanto esse papel, você se

sente tanto como médico, que você acaba esquecendo realmente que as pessoas estão ali te olhando e entra de cabeça na simulação mesmo.

Segunda pergunta: Na sua experiência quais são os pontos negativos no processo de ensino da semiologia realizado em laboratório com espelho direcionado?

Número 8: Bom, é..de ponto negativo eu acredito que haja pressão de fato, porque tem gente te olhando, os alunos, e talvez uma coisa....uma coisa assim que você não erraria em outras situações você acaba errando pela pressão, e às vezes as pessoas te julgam por isso.

Número 7: Eu concordo com o número 8 por ele dizer que a pressão atrapalha de você saber que tem muita gente lá atrás te assistindo e pelo fato de...do...às vezes até o medo de errar e alguma coisa que você sabe que o doutor já te passou e acaba errando por pressão mesmo.

Terceira pergunta: O que você sabe, o que você entende sobre feedback? O quê que é o feedback pra você?

Participante 10: Feedback seria depois de acontecido lá o cenário todos se reunirem pra discutir e avaliar como foi.

Participante 3: Acredito que o feedback ele vem pra reforçar seus pontos positivos e tentar corrigir suas falhas, então a partir daí eu vou enxergar por outra pessoa tudo o que eu acertei e isso vai reforçar em mim meus acertos, e eu vou enxergar também o que eu errei pra tentar não errar outra vez.

Participante 2: É então eu concordo com o que o número 2 falou que é pra realmente você ver os seus pontos positivos e os seus pontos negativos, o que você tá acertando e principalmente o que você errou ou tá errando e pode melhorar.

Número 9: É eu acho que um dos pontos mais importantes de avaliação com seus colegas e também de auto avaliação, quando você erra ou que não é de maneira ideal, ou quando alguém te aponta isso é muito importa, o feedback teria sentido de...auto conhecimento.

Quarta pergunta: Como você se sente ao receber um feedback de seus colegas que o observaram atuando como examinador?

Número 4: Eu acho que é o momento realmente de como já tinha comentado numa outra questão de realmente aprender, então quando você vê que as pessoas perceberam os seus acertos você se sente motivado – nossa eu tô indo pelo

caminho certo, quando ela te mostra o seu erro, você acaba pegando essa crítica como construtiva pra tentar melhorar numa próxima oportunidade.

Número 3: Eu concordo com o número 4, eu acredito principalmente em críticas construtivas, então eu acredito que se eu for criticada (vou usar esse termo) naquele momento, isso só vai servir pra eu melhorar, eu não acredito na crítica destrutiva com esse método de ensino.

Número 7: Eu concordo com o 4 e com o 3..e...com essa crítica construtiva com o seu erro, e eles te apontando e falando como que você deve melhorar, é um jeito de que você realmente não vai esquecer mais, quando você erra e você sabe que errou, aquilo ali você vai acatar e nunca mais vai errar de uma certa forma.

Número 9: Tem também a questão de quando você recebe a crítica, você tem o jeito de receber ela e saber elaborar ela pra não apontar o erro mas talvez apontar uma solução, eu acho que é um pouquinho da personalidade porque às vezes nem sempre isso acontece e às vezes pode ir pro lado negativo também.

Número 1: Eu concordo com o número 9 em partes porque você....também é claro depende do jeito que você vai receber a crítica e do jeito que o seu colega vai te demonstrar a sua crítica né, os seus pontos negativos, mas eu acho que o mais importante de tudo é você levar sempre pro lado bom essa critica, pro lado de tentar se melhorar e tentar usar essa crítica como uma construção pra si mesmo. Por mais que alguém te mostre o erro de uma maneira errada, aliás, te mostre o erro de uma maneira ruim.... é...sempre tem um preceptor ali com a gente e ele vai dizer se esse erro é pertinente ou não e vai ser bem recebido de braços abertos.

Quinta pergunta: Quinta pergunta: Como você se sente ao receber o feedback do preceptor que o observou atuando?

Número 1: Bom eu me sinto como se tivesse uma missão cumprida, porque o preceptor ele vai te dar exatamente o que você fez de bom e o que você fez de ruim, então foi literalmente uma missão cumprida, de você participar, de você ter feito o seu cenário...e...é isso.

Vocês veem diferença entre o feedback do colega e o feedback do preceptor?

Número 3: Totalmente, eu acho que, vamos se dizer assim, eu e meus colegas a gente tem o mesmo nível de conhecimento e que a partir do momento que a partir do momento que tem uma crítica neles, é uma coisa que eu vou receber da seguinte forma - nossa eu realmente preciso saber disso, então eu vou bater nessa tecla, eu vou receber essa crítica bem, eu vou falar assim nossa meu colega me ajudou, eu

vou acreditar nisso. Já com o preceptor eu acho que é mais uma pressão - nossa será que realmente era pra eu vê isso e eu ainda não sei?, eu acho que gera uma dúvida.

Qual o seu sentimento no início do atendimento ao paciente?

Número 4: Bom eu acho que no início que é o momento que você sente mais a pressão de saber que tem um tutor te avaliando e que tem o seu colega te avaliando também, pra mim particularmente é desconfortável por saber que tem esse público, mas a medida que o atendimento vai caminhando e você vai se sentindo mais naturalizado com aquele ambiente e com o seu paciente você acaba esquecendo que as pessoas estão te observando e tudo flui mais natural.

Número 9: Eu concordo com o que o número 4 falou, eu acho que a questão que é muito interessante é essa progressão mesmo, quando você tá autoconsciente de que você tá sendo avaliado, seus erros serem apontados, mas conforme vai passando o tempo a gente vai minimizando isso, você esquece que você tá ali, a pressão vai diminuindo e acho que rola mais naturalmente e melhor o atendimento.

Número 1: Eu concordo com o número 4 e o número 9, mas o que eu tenho a acrescentar é que vai da personalidade do aluno que está atuando porque a grande maioria sim vai sentir uma pressão no início e pode se soltar depois, e até esquecer mesmo que meus colegas estão por trás do espelho....é...só que muitos vão simplesmente se soltar desde o início e também tem pessoas que ficam com a pressão do começo ao fim, e por mais que tenha essa pressão do começo ao fim isso não o atinja, ele consegue dar o seu máximo.

Número 10: Eu sinto no início muita ansiedade por questão de não saber se eu vou conseguir resolver o problema do paciente, porque às vezes o paciente reclama por ser atendimento com aluno, então eu fico um pouco ansiosa em saber se eu vou conseguir cumprir minha missão.

Como você se sentiu no fim da consulta?

Número 1: Bom eu volto na tecla de que o sentimento é de missão cumprida e que é isso que eu tenho pra dizer, no fim de tudo, você antes de ter o feedback você simplesmente consegue respirar e deixar toda a ansiedade de lado, saber que você conseguiu cumprir uma consulta...é...uma...simulação realística, e é isso o que é mais importante você conseguir, e depois você ver que conseguiu também uma relação médico-paciente de verdade.

Número 3: Concordo com o número 1 desse sentimento de dever cumprido e missão cumprida, eu só penso assim – cumpri, e agora, quê que eu fiz e onde que eu ou encaixar esse feedback em tudo o que eu fiz?, então eu tenho esse sentimento igual o 1, mas aí eu penso no depois.

Número 9: Eu acho que no final da consulta você tem uma certa insegurança de antes de chegar o feedback, de que será que eu fiz tudo o que eu deveria ter feito ou deixei alguma coisa pra trás, talvez eu deveria repensar alguma coisa antes de encerrar a consulta.

Número 6: Eu concordo com o número 1, 3 e 9 na questão da missão cumprida e na questão da expectativa do feedback, se você fez tudo o que o cronograma de te mandava que você tinha na sua cabeça e a expectativa do feedback de colega de classe como o de professor que avaliou a sua conduta.

Número 2: Eu concordo com o que o número 9 e o 3 falaram em relação a sensação de dever cumprido, só que eu acho que também depende da relação que você teve com o paciente, se você conseguiu realmente chegar ao ponto que você deveria chegar, se você conseguiu realmente saber o porque que ele tava ali, e da insegurança se você vai resolver o problema dele ou não.

Como você vê o papel de tutor ou preceptor nesse processo de aprendizagem sobre observação direta através de espelho?

Número 5: No meu ponto de vista eu acho que o papel dele é essencial pela questão...é..dele ser mais experiente, ser médico formado, que ele vai te dar o feedback depois...é...talvez de uma forma mais guiada, talvez uma orientação que você deve melhorar ou o que estudar e até questão de referências mesmo para procurar, então o papel do tutor junto logicamente com o papel dos colegas também é essencial, mas o papel do tutor tem essa questão...é...mas de guiar mesmo, e até no momento da simulação se alguma coisa tiver saindo um pouco fora do controle, fora do esperado, é também papel dele a intervenção e também tá guiando nessa situação.

Número 9: Eu acho que é uma questão que não deixa de ser um pouco negativa, mas que quando você tá na sala com o preceptor você consegue ter um feedback meio que instantâneo, você também consegue perceber um lance de....conduta, se você tá conduzindo correto...de segurança de saber se tá acertando ou não e o feedback sempre vem depois.

Número 1: O papel do preceptor é essencial pra você conseguir enxergar toda a sua conduta e te mostrar.....ele que vai te trazer o que foi a simulação comparando com o que é real e te passar quais foram os pontos positivos e quais foram os negativos.

Número 7: Eu concordo em termos com o número 9 porque....é....eu sinto, bom, o que eu senti né, eu sinto uma segurança de quando o professor tá do outro lado do espelho e ele não faz essa intervenção, então quer dizer que eu tô no caminho certo, que eu estou fazendo certo, conduzindo certo. A partir do momento que o professor tem que intervir, eu já vejo nossa alguma coisa deu errado, o professor entrou, conversou né, e conduziu de outra maneira, então eu vejo por esse lado de que o tutor tanto do outro lado do espelho e não intervindo eu tô indo no caminho certo, eu tô bem.

Número 1: Eu concordo com o número 7, é...quando você está numa simulação realística e você termina essa simulação sem intervenção do preceptor você sai de lá como se você tivesse...é...conduzido de uma maneira extremamente do lado certo.

Número 6: Eu concordo também e acrescento uma parte que...por exemplo, por mais que você tenha um fluxograma que você tenha estudado e que você tem que seguir essa ordem...é...cada um tem sua peculiaridade às vezes na hora de seguir isso, então às vezes....e também cada um tem a peculiaridade de saber se o tutor tá do lado se vai inibir ele, ou se é melhor o tutor do lado dando feedback instantâneo, então aí eu acho que vai de cada um.

Número 3: Eu acho também que uma parte importante do papel do tutor é fazer o fechamento, aquele feedback geral do grupo, se quatro colegas meus cometeram o mesmo erro, então eu consegui identificar uma falha de uma coisa específica que precisa ser trabalhada, então acredito que o tutor tem esse papel de fechamento, de identificar falhas no grupo, além das falhas individuais.

O que você diria para melhorar a qualidade do ensino da sala de espelho direcionado?

Número 9: É, assim, a questão é que na nossa sala de espelho talvez esse feedback poderia vim de caixa de som ou de coisa assim, porque o que acontece tipo na hora abre a porta, tá acontecendo alguma coisa muito séria e eles tipo dão um toque meio suave, ia ser um pouco...seria talvez interessante...

Número 10: Eu concordo com o número 9, que às vezes a gente tá tentando com o paciente e daí o preceptor entra na sala e parece que...que meio que tira o nosso poder...não poder né, nossa credibilidade com o paciente, eu acho que se esse feedback fosse passado talvez por áudio talvez evitaria isso, essa perda de credibilidade.

Número 3: Eu também concordo com o número 9 e o número 10, principalmente na visão do paciente, porque por exemplo, às vezes a professora entra de trás do espelho pra sala de simulação e aí há uma conversa qualquer que seja atrás do espelho, aí o paciente às vezes nem lembrava que tinha pessoas assistindo e a partir daquela conversa ele lembra e pode se sentir desconfortável com isso.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Projeto: A prática clínica no cenário da sala com espelho unidirecional: visão dos alunos sobre atendimento às diretrizes curriculares em Medicina

Este é um 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, você deverá ler e compreender todo o conteúdo aqui descrito. Ao final, caso concorde em participar, você assinará este termo em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não entender bem. A pesquisadora deste estudo responderá as suas perguntas a qualquer momento do estudo, por isto há o contato do pesquisador ao final deste termo. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi, discente do Mestrado Profissional Educação nas Profissões da saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Objetivos do estudo:

O domínio adequado das habilidades fundamentais como acolhimento do paciente, tomada da história clínica, realização de exame físico, interpretação dos achados, raciocínio clínico e sobretudo a comunicação apropriadas com o paciente, constitui meta indiscutível na formação do aluno do curso de Medicina conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Pensando nisso, introduziu-se aos cenários já existentes, como ambulatório, hospitais e sala de aula; o treinamento de habilidades e atitudes em um laboratório de observação direta dos alunos através de um espelho unidirecional. Neste contexto, os alunos são avaliados e também observados, permitindo a correção de métodos inadequados e auxiliando nas dificuldades encontradas. Diante do ineditismo deste método para o ensino da semiologia optamos pela realização desta pesquisa sobre a visão e aceitação dos alunos quanto a colaboração deste cenário no seu aprendizado e desenvolvimento.

O convite a sua participação se deve ao fato de você se encaixar nos critérios de inclusão da pesquisa (ter realizado laboratório de semiologia em sala com espelho unidirecional no período de fevereiro a junho de 2016 e ter mais que 18 anos) e sua percepção e informações sobre o assunto serem relevantes para o estudo.

Procedimento do estudo e confidencialidade:

Será realizado um grupo de discussão (chamado de grupo focal) com 10 alunos, a pesquisadora e a Prof. Esp. Cristina Forti lamada, em local dentro da instituição acadêmica em que você é aluno. O grupo irá discutir o tema ensino da semiologia em sala com espelho unidirecional. O local terá características de privacidade para manter a confidencialidade das informações. O horário será agendado em comum acordo entre você e a pesquisadora para não interferir em suas atividades escolares. A discussão do grupo será gravada (em áudio) integralmente e não haverá identificação pelo nome neste material gravado, você será identificado por um número. Os relatos serão avaliados pela pesquisadora e sua orientadora (Dra Maria Helena Senger) do mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta

pesquisa. Ao final, todo material será mantido em arquivo com garantia de confidencialidade, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466 de 12/12/2012 sendo após destruído.

Os resultados deste trabalho serão apresentados na dissertação de mestrado da pesquisadora, bem como podem ser divulgados em revistas científicas e congressos científicos. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome.

Riscos e benefícios:

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira.

Não haverá nenhum benefício direto a você, mas sua participação contribuirá para pesquisa e conseqüentemente para avaliação do processo de ensino na sua instituição.

O risco que você poderá ter é em responder alguma questão do grupo focal que cause desconforto. Você pode sair do grupo focal, assim como da pesquisa, em qualquer momento que desejar. Sua participação é voluntária.

Não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário.

EU _____, R.G.

_____,

Data de nascimento _____,

TELEFONE _____,

RESIDENTE

NA _____,

BAIRRO _____, CIDADE _____

_____,

Abaixo assinado, **concordo** em participar do projeto “A prática clínica no cenário da sala com espelho unidirecional : visão dos alunos sobre atendimento às Diretrizes Curriculares em Medicina”, como voluntário e declaro ter sido esclarecido pela pesquisadora Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e ou benefícios decorrentes da minha participação. Estou ciente de que posso me retirar desta pesquisa no momento que desejar.

_____, de _____ de _____

Assinatura do Participante

Pesquisadora responsável: Elizabete Garcia Ferreira Arroyo Marchi /RG:5842142-SSP

Cargo/função: mestranda do Mestrado Profissional Educação nas Profissões de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Docente do curso de medicina do Centro Universitário de Votuporanga.

Endereço: Rua Pernambuco,4196-Centro-Votuporanga-SP-CEP15500-006

Contato: (17)991555762 e-mail: betemarchi@terra.com.br; betearroyo@gamil.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: **CEP/UNIFEV- Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano**

UNIFEV – Centro Universitário de Votuporanga Fone: (17) 3405.9974 / E-mail: cepunifev@fev.edu.br

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOTUPORANGA - UNIFEV/SP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação e Ampliação do conhecimento dos acadêmicos de medicina do Centro Universitário de Votuporanga/SP sobre o atual Código de Ética do Estudante de Medicina

Pesquisador: ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65607417.0.0000.0078

Instituição Proponente: Centro Universitário de Votuporanga

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.060.793

Apresentação do Projeto:

Em virtude da presença de estudantes de medicina tanto em hospitais universitários como em grandes serviços de saúde, fez-se necessário a elaboração de um código de ética acadêmicos. Código este que estipulou direitos e deveres dos alunos, regras de relacionamento com o paciente, com a profissão, professores e colegas durante os anos de graduação a fim de contribuir com uma formação acadêmica mais humanizada.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o grau de conhecimento dos acadêmicos do primeiro ano do Centro Universitário de Votuporanga-UNIFEV sobre as disposições éticas contidas no atual Código de Ética do Estudante de Medicina-publicado pelo CREMESP, no início de 2017 e promover ações a fim de ampliar o domínio das normas contidas em tal código. Reafirmar a importância do Código de Ética dos estudantes de Medicina e promover ações a fim de aumentar o domínio e a prática das normas contidas em tal código.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não haverá riscos consideráveis por não se tratar de procedimentos invasivo, porém é necessário considerar constrangimento aos sujeitos da pesquisa em virtude da utilização de instrumentos que

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOTUPORANGA - UNIFEV/SP



Continuação do Parecer: 2.060.793

apontam o grau de conhecimento dos alunos.

Quanto ao benefício, pode-se citar a importância da aquisição do conhecimento de ética tanto para a experiência acadêmica como profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante pelos objetivos que estão sendo propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa cumpriu com todas as exigências dos termos da resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

A pesquisa cumpriu com todas as exigências dos termos da resolução 466/12 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa cumpriu com todas as exigências dos termos da resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

A pesquisa cumpriu com todas as exigências dos termos da resolução 466/12 do CNS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_865588.pdf	20/04/2017 22:03:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	20/04/2017 21:59:40	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infra_Estrutura.jpg	13/03/2017 06:50:56	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	09/03/2017 23:42:55	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2017 23:39:24	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	09/03/2017 23:38:02	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_Sigilo.JPG	09/03/2017 18:47:49	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO	Aceito

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
VOTUPORANGA - UNIFEV/SP**



Continuação do Parecer: 2.060.793

Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_Sigilo.JPG	09/03/2017 18:47:49	MARCHI	Aceito
Outros	Declaracao_Concordancia.jpg	09/03/2017 18:43:02	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_nao_remuneracao.JPG	09/03/2017 18:41:20	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_propriedade_de_informacao_e_usodedados.JPG	09/03/2017 18:38:32	ELIZABETE GARCIA FERREIRA ARROYO MARCHI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VOTUPORANGA, 12 de Maio de 2017

Assinado por:

ROBERTO CARLOS GRASSI MALTA
(Coordenador)

Endereço: Rua Pernambuco, 4196

Bairro: centro

CEP: 15.500-006

UF: SP

Município: VOTUPORANGA

Telefone: (17)3405-9974

Fax: (17)3405-9982

E-mail: cepunifev@fev.edu.br