



MANUAL PARA O OSCE



UM GUIA DE PROVAS
PRÁTICAS EM MEDICINA

AUTOR
DENIS CARVALHO PARRY

SANAR 

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei no 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Manual para o OSCE

Editor | Guilherme Melo

Diagramação | Luiz Sérgio Galletti | Marketing 360º

Capa | Mateus Machado

Revisão ortográfica | Lindsay Viola

Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes

Paulo Costa Lima

Sandra de Quadros Uzeda

Silvio Jose Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo-SP)

P264m Parry, Denis Carvalho.

Manual para o OSCE / Denis Carvalho Parry. - 1. ed. - Salvador, BA : Editora Sanar, 2020.
144 p.

ISBN 978-65-87930-06-0

1. Manual. 2. Medicina. 3. OSCE. 4. Prática. I. Título. II. Assunto. III. Parry, Denis Carvalho.

CDD 610.3
CDU 61

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Dicionários, manuais e enciclopédias de medicina.
2. Medicina.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

PARRY, Denis Carvalho. **Manual para o OSCE**. 1. ed. Salvador, BA: Editora Sanar, 2020.

Editora Sanar Ltda.

Rua Alceu Amoroso Lima, 172

Caminho das Árvores,

Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.

CEP: 41820-770, Salvador - BA.

Telefone: 71.3052-4831

www.editorasanmar.com.br

atendimento@editorasanmar.com.br

SANAR

AUTOR



Denis Carvalho Parry

Nascido em Belém do Pará em 1959. Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará em 1983. Pós-Graduado em Medicina Aeroespacial pela Universidade da Força Aérea (UNIFA, RJ), Intensivista e Nefrologista. Oficial Médico da Aeronáutica na reserva. Mestre em Clínica Médica com concentração em Nefrologia pela Universidade de Brasília (UnB, DF). Professor Titular de Habilidades Clínicas 7 e 8 e de Simulação Realística do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília (Uniceub, DF). Professor Titular de Simulação Realística do Curso de Medicina do Centro Universitário do Planalto Central (UNICEPLAC, DF). Membro do Núcleo de Apoio Pedagógico e Avaliação (NAPA), implementador e avaliador do OSCE no Uniceub. Instrutor do Curso de Capacitação de Docente em Simulação Realística da UNICEPLAC/Laerdal.

24. Bradley P. Medical Education. 2006; 40: 254-262.

25. Portaria GM/MS n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 [acesso em: 2020 mar. 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

26. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso em: 2020 mar. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

27. Roman C et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. Clinical and biomedical research (Porto Alegre) 2017; 37(4): 349-357.

28. Samira A, Al Saif A. Developing skills in managing Objective Structured Clinical Examinations (OSCE), Life Science Journal 2012; 9(3): 600-602.

29. Sampaio AMB, Pricinote SCMN, Pereira ERS. Avaliação clínica estruturada. Gestão e Saúde 2014; 5(2): 410-417.

30. Saudi Commission for Health Specialties. Objective Structured Clinical Examination Manual. Riyadh; 2014.

31. Smee S. ABC of learning and teaching in medicine – skill based assessment. BMJ. 2003; 326: 703-6.

32. Souza Helmgton JB de. Manual de simulação realística. Rio de Janeiro: Albatroz; 2018.

33. Troncon LEA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an OSCE (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. São Paulo Medical Journal 2004; 122(1): 12-17.

34. Zafar M, Yaqinuddin A, Ikram F, Ganguly P. Practical Examinations – OSPE, OSCE and SPOT Chapter. Saudi Arabia: College of Medicine Alfaisal University; 2013.

35. Zayyan M. Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice, Oman Med J. 2011 Jul; 26(4): 219-222. doi: 10.5001/omj.2011.55

36. Zimmermann MH, Silveira RMCF, Gomes RZ. O Professor e a Arte de Avaliar no Ensino Médico de uma Universidade no Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica 2019; 43(3): 5-15.

O Que é Avaliado no OSCE

CAPÍTULO

3

Autores:

Denis Carvalho Parry

Ana Márcia Lunes Salles Gaudard

Felipe Bruno Santos da Cunha

O que você irá ver neste capítulo:

- ✓ Princípios de Avaliação e Validação do Método
- ✓ Pontos de Avaliação Essenciais
 - Anamnese
 - Exame Clínico
- ✓ A ficha de Avaliação
- ✓ *Global rating e checklist*
- ✓ Referências

PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DO MÉTODO.

O Ministério da Educação, por meio da Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014, no artigo 31, estabeleceu, no âmbito dos cursos de medicina do país, que "as avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares Nacionais". Assim, as competências práticas são necessidades respaldadas pelas instâncias que organizam a atividade curricular das disciplinas práticas. "Entende-se por competências a capacidade de mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para alcançar os resultados pretendidos, com qualidade."⁵⁵

Até a década de 1960 a forma tradicional de avaliação dos acadêmicos de medicina era composta principalmente por exames com uso de casos clínicos curtos e longos, avaliações escritas, questões de múltipla escolha, exames orais, além de apresentação de casos clínicos.²¹

A preocupação com essas formas de avaliação no meio acadêmico no que diz respeito a elas atingirem o objetivo proposto e a qualidade do que deveria ser avaliado fez com que esses métodos de avaliação fossem questionados. As indagações eram relativas à falta de estrutura, aos métodos padronizados de avaliação, à pouca confiabilidade, e por serem insatisfatórios quanto a testar todas as dimensões da competência, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias para a formação médica, além da presença de vieses, como a percepção dos avaliadores.^{7,11}

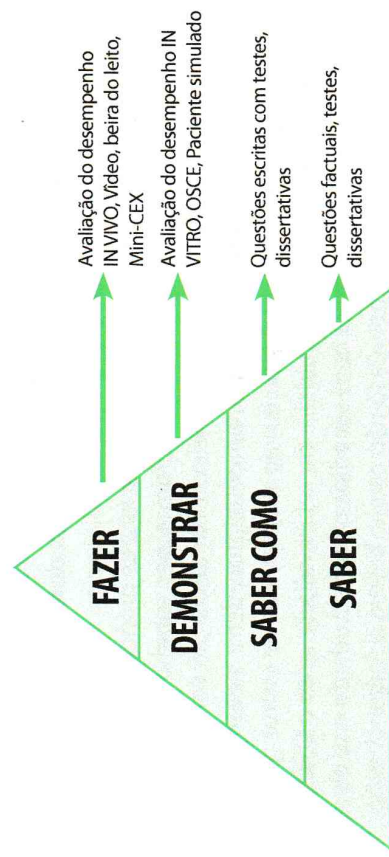
Fazendo alusão à "pirâmide de competência" (fig. 1) de Miller,³⁶ uma ferramenta utilizada como referência para o desenvolvimento de métodos de construção do conhecimento e de avaliação, os exames "tradicionais" focam os aspectos (*know*) "conhecer" e (*know how*), "saber como", ou seja, o foco tem estado na base da pirâmide, que está mais associada ao lado cognitivo da avaliação.^{21,36}

Esses métodos de avaliação, no entanto, atraíram muitas críticas por causa de sua incapacidade de avaliar os níveis mais altos da pirâmide de competência de maneira válida e confiável. Dessa forma, para superar os problemas supracitados, surgiu o OSCE na década de 1970, mais especificamente em 1975,²⁴ quando foi descrito pela primeira vez.

Dentro desse contexto, foi provado que o OSCE cumpre com a meta do (*show how*), "mostrar como faz", ao avaliar um candidato em um ambiente

simulado, atingindo um patamar mais alto da pirâmide ao acessar as áreas de habilidades e atitudes do exame.²¹ (Gupta 2010)

Figura 1- Modelo da Pirâmide de Miller



Fonte: Van der Vleuten CPM, Schwirth LWT.⁶⁷

O OSCE consiste em uma avaliação com a presença de diversas estações com cenários clínicos simulados, objetivando examinar e aperfeiçoar as habilidades dos estudantes e profissionais na área de saúde no que diz respeito às habilidades, ao diagnóstico e ao tratamento dos pacientes.^{29,50}

Para cumprir com tal objetivo, o OSCE auxilia a verificar as competências individuais, tais como aptidões cognitivas (incluindo resolução de problemas, tomada de decisão e condutas terapêuticas) e também as aptidões psicomotoras (incluindo habilidades técnicas, de comunicação e exame físico).³⁸ Nesse contexto, todos os domínios de competências são avaliados.

O exame é montado de forma que todos os alunos sejam avaliados da mesma forma pelos examinadores, usando diretrizes predeterminadas com o uso de *checklists* ou escalas de avaliação para checar habilidades. O autor relata em sua descrição do OSCE que o aluno deve passar pela primeira estação, onde recebe instruções diante da qual ele vai traçar a melhor maneira de chegar ao objetivo. Em seguida, o avaliando passa por uma segunda estação, onde deverá responder a perguntas sobre os procedimentos adotados na estação anterior, e assim por diante. Esses testes exigem do avaliado a capacidade de reconhecer e interpretar situações clínicas. (Harden, 1975)

Nesse caso, observadores avaliam, em cada uma das estações, se estudantes cumprem à risca as etapas previstas na *checklist*, à qual o avaliado não tem acesso senão no momento prático da prova e no final, por meio do *feedback*, que pode ser imediato ou posterior, a depender do perfil da turma. A nota final do aluno avaliará a quantidade de acertos e erros nas competências exigidas no exame de cada rodada nas estações, com igualdade de condições entre todos os estudantes durante a realização dos procedimentos padronizados no exame.²¹

São contados como obrigatórios na *checklist* de proficiência itens como ler, em limitado espaço de tempo, as informações sobre o caso apresentado na estação; lavar as mãos; estabelecer comunicação cordial; realizar os procedimentos adequados de anamnese; proceder a investigações físicas quando houver necessidade e diagnosticar, dentre outros quesitos, para um atendimento clínico padrão. Ou seja, avalia-se, com o OSCE, se a experiência propedéutica foi bem-sucedida com o estudante e se ele está apto naqueles desempenhos. Caso não esteja, haverá o *feedback* sobre as falhas cometidas por ele e, por conseguinte, quais competências precisam ser aprimoradas. (Harden, 1975)

O OSCE é um exame laborioso e de alto custo, mas quando bem construído fornece informações importantes sobre o desempenho do educando, essenciais para o seu aprimoramento pessoal e profissional, assim como para a qualificação do processo educacional. É utilizado na avaliação do desempenho individual dos estudantes, que passam por uma série de estações, nas quais uma situação ou caso clínico é apresentada, para que eles desempenhem uma tarefa específica predeterminada.

O OSCE é adequado para a avaliação de desempenho na obtenção de uma história clínica, na realização de exames físicos de diversos sistemas, na interpretação dos achados e desenvolvimento do raciocínio clínico, na elaboração de relatório ou prescrição, na realização de exames diagnósticos ou intervenções terapêuticas, na interpretação dos resultados de exames complementares, na avaliação de exames de imagem, nas situações de resgate básico ou avançado, nos exames médicos anuais. Os tópicos avaliados e passíveis de *feedback* são técnicas de exame físico, forma de conduzir uma entrevista e habilidade para transmitir ao paciente o que é relevante para o tratamento.²¹

O OSCE é particularmente indicado na avaliação da interação e comunicação adequadas com o paciente, incluindo situações de depressão, sui-

cídios, violência física, abuso sexual, pacientes terminais e comunicação de más notícias.

Os estudantes são cuidadosamente avaliados por instrutores que utilizam as informações relevantes obtidas durante o desempenho da tarefa, para aperfeiçoar o processo formativo do educando. O *feedback*, ao estudante, deve ser imediatamente após a realização da atividade, com fortalecimento dos pontos positivos e correção das fragilidades apresentadas.

Para que o OSCE seja realizado com sucesso é fundamental que ocorra um planejamento das suas estações. Na literatura encontramos diversas formas de planejamento e execução do OSCE. Cada área da medicina dispõe de formas diferentes para escolher o que deve ser cobrado na avaliação de acordo com seus objetivos educacionais. Com essa ideia em mente, é importante para a validade do OSCE que esse processo se inicie com o conteúdo da avaliação sendo produzido de forma bem detalhada com relação aos objetivos de aprendizado. Essa produção se chama *blueprinting* (construção da matriz de conteúdo) (Quadro 1).¹

Quadro 1- Exemplo 1 de *blueprint* (matriz de conteúdo)

ESTAÇÕES		HISTÓRIA CLÍNICA	EXAME FÍSICO	TOMADA DE DECISÃO
ÁREAS DE CONHECIMENTO	DESEMPENHO			
1 Cirurgia	Realizar o exame de abdômen e pelve		X	
2 Clínica Médica	Informar o paciente sobre o problema diagnosticado e esclarecê-lo sobre as alternativas de investigação e tratamento, considerando as melhores evidências disponíveis e avaliar sua compreensão			X
3 Saúde Coletiva	Avaliar a repercussão da doença na vida do paciente como um todo, considerando família, trabalho e os aspectos espirituais, emocionais e financeiros			X
4 Ginecobstetrícia	Colher história da doença atual Antecedentes pessoais (fisiológicos, hábitos de vida, patológicos) Antecedentes familiares e sociais	X		
5 Pediatria	Realizar exame geral qualitativo – inclui a descrição geral do paciente, a avaliação do sistema tegumentar e das cadeias linfonodais		X	

Fonte: Elaborado pelos autores.

A função do *blueprint* é fornecer uma demonstração do que o aluno deverá alcançar em sua avaliação. Na prática, o *blueprint* consiste em preparar uma matriz bidimensional: um eixo representa as competências a serem testadas (por exemplo: obtenção de história clínica, exame clínico, aconselhamento, procedimentos) e o segundo eixo representa o sistema ou os problemas nos quais essas competências devem ser mostradas (por exemplo: sistema cardiovascular, avaliação nutricional, gerenciamento de parada cardíaca etc.).²¹

Um *blueprint* com o objetivo de realização de um exame de programa de residência foi feito utilizando uma força-tarefa composta por cinco professores e os dois chefes de programa de residência. Nele a seleção dos problemas foi orientada pelos objetivos do programa escrito e de acordo com os critérios de prevalência, relevância, disponibilidade, praticidade e amostragem adequada.³⁰

Já no estudo de Pugh o *blueprint* do OSCE foi baseado no conhecimento e nas habilidades esperadas dos residentes formados, conforme definido pelos objetivos de treinamento de onde foram avaliados. (PUGH, 2014).

Alguns aspectos são considerados no planejamento do *blueprint*. Frequentemente os temas são escolhidos por especialistas no assunto que consideram como critérios: temas relevantes e comuns na prática profissional, ou seja, a sua alta frequência como queixa principal e alinhados com uma diretriz de currículo nacional de educação.^{6, 52, 63}

Um exemplo de como é selecionada a matéria de avaliação está descrita no estudo de Park et al. de psiquiatria, no qual se dá ênfase na avaliação do histórico (abuso de substâncias, depressão, uso de medicamentos e efeitos colaterais, histórico médico, histórico familiar, histórico social, histórico de abuso, histórico de tratamento) e habilidades de exame do estado mental, mas também incluiu itens para comunicação clínica (ou seja, dados fornecidos pelo aluno ao paciente e respostas do aluno às perguntas do paciente sobre conformidade / efeitos colaterais da medicação, curso / opções de tratamento, recursos financeiros do paciente) e redação da prescrição.⁴²

Na construção do *blueprint* não se usa apenas uma única estrutura ou esquema para planejar o teste. É possível combinar estruturas para formar uma matriz de avaliação. A matriz permite estruturar o conteúdo em mais de uma forma. No modelo de *blueprint* para o OSCE é importante definir o objetivo do teste e as condições da amostragem, como a habilidade que

está sendo avaliada e o problema no sistema de órgãos apresentado pelo paciente.⁴⁰

Neste outro exemplo de modelo do OSCE mostrado a seguir (Quadro 2) é organizado por uma matriz que descreve as habilidades de comunicação. A matriz apresenta as informações adicionais sobre o caso: sexo, idade e a situação do paciente (a questão principal).⁴⁰

Quadro 2 - Exemplo 2 de blueprint (matriz de conteúdo)

CASO	IDADE	SEXO	FORMATO ESTACÃO	DESEMPENHO	SITUAÇÃO CLÍNICA
1	1 ano	F	Paciente padronizado (SP)	Solicitar Termo de consentimento informado	Paciente precisa realizar uma punção lombar
2	18 anos	F	SP	Aconselhamento para sexo seguro	Adolescente sexualmente ativa com diagnóstico de herpes
3	35 anos	F	SP	Mudança de hábitos de vida	Paciente obeso
4	45 anos	M	SP	Não adesão ao tratamento	Paciente com Polimedicação
5	75 anos	F	SP mãe e filha	Má notícia	Mãe com diagnóstico de demência

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na execução do OSCE os examinadores, os candidatos e os pacientes serão informados com antecedência sobre a data, a hora e o local do exame. Na data marcada, os examinadores receberão uma descrição com as instruções específicas da estação. Os pacientes simulados também participam de uma sessão informativa que visa prepará-los para o OSCE e para destacar a importância de retratar seu papel de maneira consistente. Os candidatos são informados sobre o formato do OSCE e o que é esperado deles.

Os examinadores e pacientes simulados seguem para o seu posto e se preparam para o OSCE. Os candidatos / estudantes se alinham em ordem na frente de cada estação / Laboratório de Habilidades. É permitido aos

estudantes um breve período de tempo para ler as instruções da estação e verificar o que lhes é especificamente solicitado. Então será sinalizado aos estudantes que poderão entrar na estação para executar a tarefa clínica que será avaliada.

PONTOS DE AVALIAÇÃO ESSENCIAIS

ANAMNESE

COMO INTERAGIR COM PACIENTES E ACOMPANHANTES

O OSCE é um dos melhores métodos de avaliação das competências clínicas nos profissionais da saúde. Diante da interação entre pacientes e acompanhantes, o estudante de saúde deve ponderar alguns objetivos / competências para uma boa dinâmica em atendimento clínico, que podem ser assim pontuados:^{46, 62}

1. Elaborar uma história clínica completa em diferentes contextos.
2. Abordar as queixas dos pacientes, buscando e caracterizando de forma minuciosa.
3. Associar uma boa anamnese ao exame físico completo.
4. Integrar sinais e sintomas em síndromes e doenças, refletindo sobre um plano diferencial de diagnósticos e gerenciamento desses.
5. Usar de artifícios técnicos na comunicação clínica, no contexto de uma visita do paciente.
6. Resumir e relatar de forma concisa as informações clínicas, formulando um plano de seguimento clínico e condutas.

Diante disso, faz-se necessário considerar a importância do nível de domínio da história, exame físico, comunicação e raciocínio clínico, para um bom andamento em interconsulta.

Ao avaliar o bom relacionamento do médico com um paciente, deve-se dar valor aos atributos atitudinais, como o equilíbrio, a simpatia e a capacidade de fazer um bom relacionamento, pessoal, que supra de forma objetiva, determinando eficácia e completude no período de consulta.²⁴

Além disso, outro ponto não menos importante é a capacidade de audição, por parte do médico, o que influencia na satisfação, na adesão e nos resultados clínicos dos pacientes. Sendo assim, a linguagem não verbal em muito pode ser empregada, contribuindo com efeito positivo na qualidade geral de cada entrevista. Outras ações também podem ser empregadas diante desse contexto, como: a expressão facial adequada, gestos afirmativos e movimentos não intencionais limitados.⁴³

Outro ponto é a questão do grau de instrução por parte do paciente, que pode fazer com que questões simples, como a pergunta sobre uso de drogas, seja mal interpretada, e o paciente se negue a dizer que usa *Cannabis*, em uma situação hipotética. Ademais, outras situações que dizem respeito a questões ético-religiosas também devem ser pontuadas. O exemplo em questão pode ser um paciente que se diz de uma determinada religião que pelo seu preceito se negue a aceitar alguns procedimentos, determinadas terapêuticas ou até dietas.

Em relação aos acompanhantes, para o bom andamento de uma consulta, presume-se o respeito, a atenção e a boa comunicação durante a entrevista. Porém, nem sempre isso é visto. Muitos deles se mostram irritados diante da demora no atendimento, por exemplo, ou não concordam com o transcurso e com a conduta profissional sendo adotada. Isso pode implicar situações de estresse no consultório simulado, o que faz com que o aluno avaliado tenha que se posicionar adequadamente frente à situação, pensando na melhor conduta sem a redução da qualidade do atendimento e sua repercussão na vida ao paciente. Por vezes, até solicitar que o acompanhante se retire seria uma postura esperada e avaliada.

Dessa forma, cabe ao aluno respeitar questões culturais, éticas e religiosas, a fim de cumprir com esmero, tanto de forma técnica como subjetiva, não deixando de lado o cuidado sempre a vida.

Por fim, muitos desses pontos ressaltados na boa dinâmica de comunicação entre médico, paciente e acompanhante, os quais são empregados em avaliações clínicas objetivas, também devem ser incorporados à prática clínica. Visto a relevância do bom cuidado interpessoal, da segurança e dos resultados médicos efetivos, procede-se para a humanização e a integralidade do cuidado médico, contribuindo para o bom contexto em saúde na comunidade.³¹

IMPREVISTOS

Diante de um cenário inesperado, o aluno deve ser refém das habilidades de raciocínio clínico, diretas e concisas, a fim de fugir das dúvidas, do medo e das condutas inadequadas.

Tudo isso pode ser iniciado a partir de uma coleta de informações eficientes, concentrando-se na queixa principal, no histórico e no bom exame físico, necessários para o diagnóstico correto.⁴⁴

Além da relação com o paciente e com o acompanhante que pode ser tornar inesperadamente conflituosa, outros imprevistos podem se apresentar. Um evento de emergência inesperado (como um atendimento de um trauma ou de um AVC), a falta de algum instrumento, equipamento ou medicação, a falta de algum auxiliar próximo (como em uma PCR, o que demanda uma atuação diferenciada na ordem de compressões e respirações, por exemplo) e até mesmo a demora no suporte de uma ambulância ou de vaga para um centro especializado (o que pode suceder na intervenção de um pneumotórax hipertensivo, com uma simples punção, até o atendimento em sala de trauma, como exemplo).

Em cenários como esses, o bom desempenho clínico pode então ser mensurado por critérios objetivos, usando as *checklists* ou outras escalas holísticas de classificação global.²⁷

EXAME CLÍNICO

PONTOS PRINCIPAIS A SEREM OBSERVADOS

O exame ideal deve preencher ao menos três critérios: É válido? É confiável? É prático? O que se faz pensar sobre a relevância e a abordagem integral em cada avaliação de exame clínico.²⁵

Dessa forma, os principais pontos podem ser assim elencados:

1. Ectoscopia	Compreende a avaliação geral do paciente, como o nível de consciência, a hidratação e a nutrição.
2. Sinais vitais	Diz acerca dos principais parâmetros avaliados inicialmente: temperatura, frequências cardíaca e respiratória, grau de saturação e pressão arterial.
3. Exame físico direcional do sistema-alvo	Aborda a inspeção, por vezes a palpação, a percussão e a ausculta do sistema-alvo da queixa principal. A saber, cabeça e pescoço, sistema respiratório, cardiovascular, abdominal, neurológico etc.

Ademais, outros aspectos da competência no exame clínico podem ser estruturados de forma objetiva, como: (a) educação do paciente e como o avaliado age diante de cada situação; (b) as habilidades interpessoais; (c) os instrumentos clínicos ou cirúrgicos que podem ser utilizados em cada cenário; (d) os exames de amostras e a respectiva conclusão diante deles (laboratório, RX, ECG, por exemplo); (e) a avaliação de aspectos do exame físico difíceis de avaliar a partir da anamnese.²⁵

Erros comuns

Nota-se por vezes uma dificuldade visível na comunicação e na avaliação entre examinador e examinado, o que gera um problema evidente na confiabilidade entre as estações. Muito se deve a se o examinador demonstrou competência cultural para isso, suas habilidades de comunicação e de saber ouvir ou não as respostas e como aborda cada ponto a ser examinado.

Os demais pontos, específicos da atuação do aluno no exame físico, também podem ser assinalados, como inadequação total frente a cada cenário, a deficiência em aspectos como a má técnica ao se realizar um exame físico, a atitude incorreta ou falha em reconhecer sinais e interpretá-los, além de uma deficiência em área específica (como a dificuldade em se calçar luvas estéreis).²⁴

Em suma, os erros comuns podem ser assim sintetizados:

Não entendimento sobre a instrução de cada cenário.
Técnica não apropriada na realização do exame clínico.
Dificuldade na interpretação de sinais e exames de amostras (como laboratório, RX e ECG).
Não responder de forma coerente a aspectos interpessoais, como boa comunicação, respeito e boa audição.
Deficiência em técnicas específicas (como a paramentação).
Uso do tempo de forma inadequada, já que o esforço ocorre normalmente nos primeiros cenários, diminuindo o tempo nas próximas etapas.
Cansaço físico e mental frente à espera até a chamada para avaliação, bem como no tempo decorrido em cada cenário (que não representa o tempo de uma interconsulta real).

Fonte: Adaptado de Harden et al.²⁴

A FICHA DE AVALIAÇÃO

O aluno encontrará um a ficha com as tarefas a serem realizadas em cada estação. Poderá ser afixada uma cópia na porta ao lado de fora da sala, para que seja permitido ao avaliado alguns minutos para leitura do quadro clínico e o que será solicitado. Outra cópia ficará dentro da sala para o aluno consultar a qualquer momento e o avaliador também terá acesso a essas tarefas (vide exemplo a seguir). Na nossa experiência, esse modelo é usado quando se tem um manequim e o avaliador tem que verbalmente informar os dados da anamnese e alguns achados do exame físico que se fizerem necessários. Nos manequins de média e alta fidelidade (simuladores), muitos achados do exame físico podem ser programados, sem falar no uso de maquiagem quando possível. Caso sejam usados pacientes padronizados, como atores, durante anamnese e exame físico eles informarão os dados necessários da anamnese e simularão os achados do exame físico passíveis de tal. Lembramos que esses achados podem ser complementados com os manequins nas já citadas estações híbridas.

ESTAÇÃO 1

CENÁRIO:

Você está atendendo na Clínica Médica do Pronto-Socorro de um hospital terciário.

CASO:

Carolina dos Santos, 24 anos, dois filhos, há três dias com lombalgia importante e alterações ao urinar.

TAREFAS – na sequência, responda em VOZ ALTA:

1. O que pesquisar na anamnese e no exame físico? Realize ambos e fale os dados encontrados.
2. Qual o diagnóstico provável da paciente?
3. Quais os tratamentos farmacológicos específico e sintomático?

Fonte.: Elaborado pelos autores

GLOBAL RATING E CHECKLIST

Em cada estação, os examinadores observam como os candidatos executam a tarefa e marcam o seu desempenho em uma folha de classificação padronizada com um escore. O escore pode ser definido por uma escala de classificação global (*global rating*) ou por *checklist* com opções dicotômicas. Existem evidências que as escalas de classificação global (Quadro 4) aplicadas por um médico experiente é tão confiável quanto a *checklist* padronizada com escore dicotômico.

Quadro 4 - *Global rating*

DESEMPENHO	CRITÉRIO
Excelente	Excelente desempenho de habilidade. Excelente demonstração de aspectos técnicos e não técnicos da habilidade. Ar de confiança e fluência.
Muito bom	Muito bom desempenho de habilidade. Maioria dos aspectos técnicos da habilidade demonstrada. Poucas omissões / erros menores e não essenciais.
Bom	Desempenho aceitável da habilidade. Apesar das omissões / erros demonstrados no desempenho das habilidades.
Limitrofe	Demonstração de alguns aspectos da habilidade, no entanto, ocorrem omissões e imprecisões no desempenho da habilidade.
Insatisfatório	O desempenho da habilidade não atingiu um padrão de aprovação. Apareceu desorganizado. Inseguro e inadequado para o progresso.

Fonte.: Elaborado pelos autores

O uso de escalas de classificações globais, no entanto, exige que apenas pessoas com conhecimentos no assunto avaliado possam ser usadas como examinadores. Os examinadores podem atribuir diferentes juízos na avaliação dos comportamentos e das habilidades dos avaliados. Uma das melhores maneiras de reduzir essa variabilidade entre os examinadores é que eles explicitem os seus critérios de julgamento para os estudantes avaliados. Portanto, um dos principais exercícios desse recurso de treinamento é praticar a atribuição de uma pontuação global ao desempenho.²¹

Outra sugestão para minimizar a avaliação dos desempenhos clínicos dos estudantes por haver mais de um circuito em execução ao mesmo tempo os examinadores são incentivados a conversar com outros examinadores que estão avaliando a mesma estação para garantir consistência nos critérios estabelecidos.

Gupta²¹ ainda sugere uma forma de se ter uma avaliação mais coesa, em que *checklists* podem ser usados para estações de habilidades práticas e técnicas e escalas globais de classificação devem ser empregadas para estações relacionadas ao diagnóstico, às habilidades de comunicação e às tarefas de diagnóstico.

Na identificação das áreas específicas de fortalezas e fraquezas de desempenho do estudante com propósito de *feedback*, a definição dos escores relativos aos *checklist* podem ser uma opção, enquanto escalas de classificação podem ser utilizadas ao fazermos julgamentos multifacetados complexos e difíceis de serem divididos em decisões dicotômicas.⁴⁹

Na literatura temos a citação de uma *checklist* com as seguintes opções de escore em cada estação para avaliar as habilidades clínicas: dicotômico ("realizado" e "não realizado") como o modelo da figura a seguir.²⁶

Figura 2 - Exemplo de checklist com score dicotômico

ESTAÇÃO 3

HABILIDADES CIRÚRGICAS

- Você tem 10 minutos para realizar duas tarefas:
- Realizar um ponto em "X" em um material sintético, composto por 4 nós ajustados ("direitos"), o primeiro duplo, o segundo e o terceiro simples.
 - Retirar 4 cálculos da "cavidade abdominal" na luva.

LISTA DE CHECAGEM

QUESTOS AVALIADOS	SIM	NÃO
25	X	
26	X	
27	X	
28	X	
29	X	
30	X	
31	X	
32	X	
33	X	
34	X	
35	X	
36	X	
TOTAL		

Fonte: <https://docplayer.com.br/20293795-Prova-pratica-cirurgia-geral.html>

Contudo, na nossa experiência pessoal, achamos razoável e mais próximo de uma avaliação justa um score com três opções, com a introdução da opção "parcialmente realizado" na *checklist*. Configuramos, desse modo, como "realizado", se o aluno atingir 100% das tarefas solicitadas na estação, "parcialmente realizado" se de 50% a 99% das habilidades forem demonstradas corretamente, e "não realizado" quando o avaliado executar corretamente abaixo de 50% do esperado (Figura 3).

Figura 3 - Exemplo de checklist de uma estação com três opções de score

ESTAÇÃO 4				
	N	P	R	
1. Pesquisar na anamnese disúria, polaciúria e urgência, febre, calafrio e outros sintomas sistêmicos como náuseas ou vômitos. Todos estarão presentes. O aluno deverá repetir em voz alta os dados da anamnese. Ao exame físico, realizar palpação abdominal que mostrará dor a palpação de globo vesical (hipogástrio), pesquisa de Sinal de Giordano que estará positivo bilateralmente. Temp. = 39,5°C.	X			
2. Pielonefrite aguda (como complicação de uma cistite inicial não tratada).				
3. Internação, hiperhidratação venosa e medicação intravenosa – ESPECÍFICAS: Quinolona (levofloxacino, moxifloxacino – aceitar ciprofloxacino) OU cefalosporinas (ceftriaxona, cefotaxidima, cefotaxime, cefepime). SINTOMÁTICAS: antitérmico, analgésico e/ou antiespasmódico (escopolamina + dipirona) e/ou AINE, opioide s/n, antiemético.		X		
N = NÃO REALIZADO (ABAIXO DE 50%) P = PARCIALMENTE REALIZADO (50% A 99%) R = REALIZADO (100%) Menção =				
				X

Fonte: Elaborado pelos autores

REFERÊNCIAS

1. A-Latif A. An examination of the examinations: the reliability of the objective structured clinical examination and clinical examination. *Medical Teacher*. 1992; 14(2-3): 179-183.
2. Amaral FTV, Troncon LEA. Participação de estudantes de medicina como avaliadores em exame estruturado de habilidades clínicas (OSCE). *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31 (1): 81-9.
3. American Hospital Association. *Hospital Statistics*. Chicago; 1999.
4. Ananthakrishnan N. Objective structured clinical/practical examination (OSCE/OSPE). *J Postgrad Med* 1993; 39: 82
5. American University of the Caribbean School of Medicine 2018. The History of the OSCE. Disponível: <https://www.aucmed.edu/Clinical-Connections/November2018/The-History-of-the-OSCE.html>. Acesso em 10.3.2019
6. Aydin P, Gunalp I, Hasanreisoglu B, Unal M, Turacil M. A Pilot Study of the use of Objective Structural Clinical Examinations for the Assessment of Ophthalmology Education. *European Journal of Ophthalmology*. 2006; 16(4): 595-603.
7. Azim MA, Kumar A, Krishnamurthy K, Ojeh N, Adams O, Sa B. An evaluative study of objective structured clinical examination (OSCE): students and examiners perspectives. *Advances in Medical Education and Practice*. 2019; 10: 387-397.
8. Brannick M, Erol-Korkmaz H, Prewett M. A systematic review of the reliability of objective structured clinical examination scores. *Medical Education*. 2011; 45(12): 1181-1189.
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, CNE/CES de 20/06/2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina; 2014.
10. Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *New England Journal of Medicine* 1991; 324(6): 370-376.
11. Bustamante ZM, Carvajal HC, Gottlieb BB, Contreras PJE, Uribe MM, Melkonian TE, et al. Hacia un nuevo instrumento de evaluación en la carrera de Medicina: Uso del método OSCE. *Rev Med Chil* [Internet]. 2000 Sep [cited 2014 Sep 15]; 128(9). Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200000900013
12. Carraccio C, Englander R. The objective structured clinical examination: a step in the direction of competency-based evaluation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Jul; 154(7): 736-41.
13. Centers for disease control and prevention (national center for health statistics). *Births and Deaths: Preliminary Data for 1998*. National Vital Statistics Reports; 47(25). 1999
14. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference
15. Dahlin M, Soderberg S, Holm U, Nilsson I, Farnebo LO. Comparison of communication skills between medical students admitted after interviews or on academic merits. *BMC Med Educ*. 2012; 12: 46.
16. Edwin Link [Internet]. [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://www.nationalaviation.org/link-edwin/>.
17. Franco CAGS, Franco, RS, Santos VM, Uliama LA, Mendonça NB, Casanova AP et al. et al. OSCE para competências de comunicação clínica e profissionalismo: relato de experiência e meta-avaliação. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2015; 39(3): 433-441.
18. Frank C. Evidence based checklists for objective structured clinical examinations. *Bmj* 2006; 333(7567): 546-548.
19. Frye AW, Richards BF, Philp EB, Philp JR. Is it worth it? A look at the costs and benefits of an OSCE for second-year medical students. *Med Teach* 1989; 11(3-4): 291-293.
20. Gupta P, Dewan P, Singh T. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Revisited. Amaral E, Domingues RCL, Zeferino AMB. Avaliando competência clínica: o método de avaliação estruturada observacional. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31 (3): 287-90.
21. Gupta P, Dewan P, Singh T. Objective structured clinical examination (OSCE) revisited. *Indian Pediatrics*. 2010; 47(11): 911-920.
22. Harden RM. Twelve tips for organizing an Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Medical Teacher* 1990; 12(3): 259-264.
23. Harden RM. What is an OSCE? *Medical Teacher* 1988; 10(1): 19-22.
24. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM et al. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J* 1975; 1(5955): 447-451.
25. Harden RM, Gleeson FA. Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Medical Education* 1979; 13(1): 39-54.

26. Hodges B, Regehr G, Hanson M, McNaughton N. An objective structured clinical examination for evaluating psychiatric clinical clerks. *Academic Medicine*. 1997; 72(8): 715-21.
27. Holzhausen Y Y., Maaz, A., März, Sehy V, Peters H. Exploring the Introduction of Entrustment Rating Scales in an Existing Objective Structured Clinical Examination. *BMC Medical Education* 2019; 19(1): 319.
28. Gupta P1, Dewan P Singh T. Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Revisited. *Indian Pediatr*. 2010; 47(11): 911-20.
29. Jain S, DeLisa J, Nadler S, Kirshblum S, Banerjee S, Eyles M et al. One Program's Experience of OSCE vs. Written Board Certification Results. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2000; 79(5): 462-467.
30. Joorabchi B. Objective Structured Clinical Examination in a Pediatric Residency Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1991; 145(7): 750.
31. Jünger J, Schäfer S, Roth C, Schellberg D, Friedman Ben-David M, Nikendei C. Effects of Basic Clinical Skills Training on Objective Structured Clinical Examination Performance. *Medical Education* 2005; 39(10): 1015-1020.
32. Kaufman DM, Mann KV, Chapter 2. Teaching and Learning in Medical Education: How Theory can Inform Practice. In: Swanwick T. *Understanding Medical Education: evidence, Theory and practice*. London: Oxford; 2010. cap. 2, p. 246-58.
33. Khan K, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide n. 81. Part I: An historical and theoretical perspective. *Medical Teacher*. 2013; 35(9): e1437-e1446.
34. Khan R, Payne M, Chahine S. Peer assessment in the objective structured clinical examination: A scoping review. *Medical Teacher* 2017; 39(7): 745-756.
35. Kolb DA. *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: FT Press, 2014.
36. Miller G. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*. 1990; 65(9): S63-7.
37. Moraes MAA, Tonhom SFR, Hafner MLMB, Gomes R. *Avaliação nos Cursos de Medicina e Enfermagem: desafios e perspectivas*. Curitiba: CRV, 2012. v. 1. 228p
38. Muthusamia MS, Sureshkumar S, Anandhi A, Elamurugan T, Srinivasan K et al. Efficacy and Feasibility of Objective Structured Clinical Examination in the Internal Assessment for Surgery Postgraduates. *Journal of Surgical Education* 2017; 74(3): 398-405.
39. National Aviation Hall of Fame. Edwin Link: Retrieved August 27, 2012. <https://www.nationalaviation.org/our-enshrinees/link-edwin/>

40. National Board Of Medical Examiners (NBME) [homepage na internet] *Exames Clínicos Estruturados Objetivos* [acesso em: 2020 maio 13]. Disponível em https://www.nbme.org/PDF/Publications/OSCE_IV_Training_Physicians_to_Rate_OSCE_Patient_Notes.pdf
41. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach* 2011; 33 (3): 206-14.
42. Park R. Construct Validity of an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Psychiatry: Associations With the Clinical Skills Examination and Other Indicators. *Academic Psychiatry*. 2004; 28(2): 122-128.
43. Park SG, Park KH. Correlation between non verbal communication and objective structured clinical examination score in medical students. *Korean Journal of Medical Education* 2018; 30(3): 199.
44. Park WB, Kang SH, Lee YS, Myung SJ. Does objective structured clinical examinations score reflect the clinical reasoning ability of medical students?. *The American Journal of the Medical Sciences* 2015; 350(1): 64-67.
45. Bradley P. *Medical Education* 2006; 40: 254-262.
46. Pereira VH, Morgado P, Gonçalves M, Costa L, Sousa N Cerqueira J. An objective structured clinical exam to assess semiology skills of medical students. *Acta medica portuguesa* 2016; 29(12): 819-825.
47. Portaria GM/MS n. 2.048, de 5 de novembro de 2002 [acesso em: 2020 mar. 31]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
48. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 [acesso em: 2020 mar. 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
49. Pugh D, Touchie C, Wood T, Humphrey-Murto S. Progress testing: is there a role for the OSCE? *Medical Education*. 2014; 48(6): 623-631.
50. Reznick R, Smee S, Rothman A, Chalmers A, Swanson D, Dufresne L et al. An objective structured clinical examination for the licentiate. *Academic Medicine* 1992; 67(8): 487-94.
51. Sampaio A, Pricinote S, Pereira E. Avaliação Clínica Estruturada. *Revista Eletrônica Gestão e Saúde* 2014; 5(2): 410-416.
52. Stewart C, Masood H, Pandian V, Laeeq K, Akst L, Francis H et al. Development and pilot testing of an objective structured clinical examination (OSCE) on hoarseness. *The Laryngoscope* 2010; 120(11): 2177-2182.

53. Roman C, Ellwanger J, Becker GC, Silveira AD, Bezerra CLB Machado, Manfroi WC, Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clinical and biomedical research (Porto Alegre)* 2017; 37(4): 349-357.
54. Samira A, Al Saif A. Developing skills in managing Objective Structured Clinical Examinations (OSCE), *Life Science Journal* 2012; 9(3): 600-602.
55. Sampaio AMB, Pricinote SCMN, Pereira ERS. Avaliação clínica estruturada. *Gestão e Saúde* 2014; 5(2): 410-417.
56. Saudi Commission for Health Specialties. *Objective Structured Clinical Examination Manual*. Riyadh; 2014.
57. Smee S. ABC of learning and teaching in medicine – skill based assessment. *BMJ*. 2003; 326: 703-6.
58. Souza Helmington JB de. *Manual de simulação realística*. Rio de Janeiro: Albatroz; 2018.
59. Troncon LEA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an OSCE (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. *São Paulo Medical Journal* 2004; 122(1): 12-17.
60. Troncon L, Foss N, Voltarelli J, Dantas R. Avaliação de habilidades clínicas por exame objetivo estruturado por estações, com emprego de pacientes padronizados: Descrição de dois métodos (Parte I). *Revista Brasileira de Educação Médica* 1996; 20(2/3): 45-52.
61. Van Vught, Anneke JAH et al. Analysis of the level of general clinical skills of physician assistant students using an objective structured clinical examination. *Journal of Evaluation in clinical practice* 2015; 21(5): 971-975.
62. Wallenstein J, Ander D. Objective Structured Clinical Examinations Provide Valid Clinical Skills Assessment in Emergency Medicine Education. *Western Journal of Emergency Medicine* 2015; 16(1): 121-126.
63. Zafar M, Yaqinuddin A, Ikram F, Ganguly P. Practical Examinations – OSPE, OSCE and SPOT Chapter. Saudi Arabia: College of Medicine AlFaisal University; 2013.
64. Zayyan M. Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice, *Oman Med J*. 2011 Jul; 26(4): 219-222. doi: 10.5001/omj.2011.55.
65. Zimmermann MH, Silveira RMC, Gomes RZ. O Professor e a Arte de Avaliar no Ensino Médico de uma Universidade no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2019; 43(3): 5-15.
66. Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programs. *Med Educ*. 39: 309-317, 2005.

OSCE na Clínica Médica

Autor:
Denis Carvalho Parry

O que você irá ver neste capítulo:

- ✓ Abordagem dos Principais Temas
- ✓ Exemplos de Cenários e Estações